

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS – UNIFAL - MG

RENATA PINTO RIBEIRO MIRANDA

**DESEMPENHO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM NA
REALIZAÇÃO DO BANHO NO LEITO EM TREINO DE HABILIDADE
E EM CENÁRIO SIMULADO: UM ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO
RANDOMIZADO**

ALFENAS/MG

2016

RENATA PINTO RIBEIRO MIRANDA

**DESEMPENHO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM NA
REALIZAÇÃO DO BANHO NO LEITO EM TREINO DE HABILIDADE
E EM CENÁRIO SIMULADO: UM ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO
RANDOMIZADO**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas.

Linha de pesquisa: O processo de cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Érika de Cássia Lopes Chaves

Co-orientadora: Denise Hollanda Iunes

ALFENAS/MG

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Alfenas

Miranda, Renata Pinto Ribeiro.

Desempenho dos estudantes de enfermagem na realização do banho no leito em treino de habilidade e em cenário simulado: um ensaio clínico controlado randomizado / Renata Pinto Ribeiro Miranda. -- Alfenas-MG, 2016.

150 f.

Orientadora: Érika de Cássia Lopes Chaves.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, 2016.

Bibliografia.

1. Simulação. 2. Enfermagem. 3. Ensino. 4. Higiene da Pele. 5. Ensaio Clínico Controlado Aleatório. I. Chaves, Érika de Cássia Lopes. II. Título.

CDD-610.7



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Celso Monteiro da Silva, 700 - Alfenas/MG - CEP: 37130-000



Renata Pinto Ribeiro Miranda

“Desempenho dos estudantes de enfermagem na realização do banho no leito em treino de habilidade e em cenário simulado: um ensaio clínico controlado randomizado”.

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 08/02/2015

Profa. Dra. Érika de Cássia Lopes Chaves
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Erika Lopes

Dra. Andréia Maria Silva
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Andréia Maria Silva

Profa. Dra. Cristiane Giffoni Braga
Instituição: Escola de Enfermagem Wenceslau
Braz

Assinatura: Cristiane Giffoni Braga

DEDICATÓRIA

A minha mãe, Regina, um exemplo de mulher e de mãe, que sempre esteve comigo em minhas caminhadas e me ajudou para que esse sonho se tornasse realidade. É um imenso privilégio ser sua filha.

Ao meu pai, Laércio, pelo amor e pela dedicação. Sei que me protege e me guia, mesmo não estando mais conosco. Essa conquista também é sua. Saudades.

Aos meus irmãos, Adriana e Luiz Sérgio, meu cunhado Ricardo e minha cunhada Clarissa e aos meus sobrinhos Guilherme, Ricardo e Livia, pelo incentivo, amor e carinho.

Ao meu querido Jean, pelo companheirismo e pela amizade, com quem compartilho minhas lutas e conquistas. Obrigada por compreender a minha ausência em vários momentos.

Aos professores Érika de Cássia Lopes Chaves, Denise Hollanda Iunes e Denismar Nogueira, pelo apoio e por me estimularem a seguir em frente.

Enfim, a toda minha família e a todos que torceram por mim e que de alguma forma colaboraram na realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me da força e saúde para prosseguir.

Aos pacientes, razão pela qual procuro aperfeiçoar-me constantemente.

A minha orientadora Prof^a. Dra. Érika de Cássia Lopes Chaves agradeço pela orientação, mas também pela sua amizade. Não tenho palavras para agradecer todo seu apoio e por desde o início ter acreditado que juntas seríamos mais. Ser sua orientanda é um imenso orgulho para mim.

Prof^a. Dra. Denise Holanda Iunes agradeço pela orientação, competência, amizade e por esses anos de convivência. Ser sua orientanda é um imenso orgulho para mim e levarei seus ensinamentos para toda a vida.

Ao professor Dr^o. Denismar Nogueira, pela dedicação e paciência.

A professora Dr^a. Andrea Maria Silva e a professora Dr. Emília Campos de Carvalho, pela disponibilidade e pelas preciosas sugestões.

Ao professor Ms. Rogério Silva Lima pela disponibilidade e contribuição para o aperfeiçoamento de meu estudo.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas que contribuíram para meu crescimento profissional.

A Prof^a. Dr^a. Cristiane Giffoni pelo carinho, disponibilidade e dedicação.

A Escola de Enfermagem Wenceslau Braz e a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas que possibilitaram a concretização desse estudo.

Aos enfermeiros peritos pelo apoio e ajuda na validação de meus instrumentos.

Aos meus colegas da Pós-graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Alfenas, por partilharem comigo os desafios desta caminhada.

Às minhas colegas Lidiane, Valéria, Roberta Paiva e Caroline de Castro e aos meus colegas Luciano e Sérgio pelo apoio e pelas parceiras durante todos esses anos.

A minha amiga Ana Leticia, pelas parcerias, pelo carinho, pelo apoio e por toda a amizade.

A minha mãe, Regina, pelo companheirismo e por todo carinho. Minha companheira em todos os momentos do mestrado, nas viagens, na coleta de dados, na organização dos dados.

Muito obrigada pelo amor e pela dedicação. Sem você não teria conseguido.

Aos meus irmãos, pelo amor e por acreditarem na realização desse sonho. Amo vocês.

A meus sobrinhos pelas alegrias, vocês são bênçãos de Deus na minha vida.

Ao Jean, meu companheiro e amigo. Agradeço pelo incentivo, amor e compreensão.

A todos que acreditaram neste sonho e sonharam comigo, meu muito obrigado!

“Tente uma, duas, três vezes e se possível tente a quarta, a quinta e quantas vezes for necessário. Só não desista nas primeiras tentativas, a persistência é amiga da conquista. Se você quer chegar aonde a maioria não chega, faça aquilo que a maioria não faz”.

Bill Gates

“Ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.”

Paulo Freire

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a efetividade do treino de habilidades e do cenário simulado no conhecimento cognitivo, no desempenho prático e na satisfação dos estudantes de enfermagem durante o ensino do banho no leito. Trata-se de um ensaio clínico, controlado e randomizado comparando o treino de habilidades e o cenário simulado, formado por 58 discentes do 5º período da graduação de enfermagem de duas instituições de ensino no Sul do Estado de Minas Gerais. Na primeira fase do estudo, todos os discentes participaram da aula expositiva dialogada sobre o banho. Logo ao término da aula todos foram encaminhados ao laboratório e observaram a pesquisadora realizar o cuidado em um manequim de baixa fidelidade. Ao final da demonstração foi realizada uma randomização, por meio de moeda ao ar, no qual 28 alunos formaram o Grupo Controle (GC) e 30 alunos formaram o Grupo Simulado (GS). Na segunda etapa do estudo os alunos do GC realizaram o banho no leito em treino de habilidades com manequim de baixa fidelidade em laboratório de enfermagem e os alunos do GS realizaram o cuidado em cenário simulado com um paciente ator. Ao término do cenário simulado os alunos do GS participaram do *debriefing*, baseado em três questionamentos: Como você se sentiu atendendo a esse paciente? Quais foram as suas ações positivas? O que você faria diferente? Para o alcance dos objetivos foram elaborados quatro instrumentos, os quais passaram por um processo de refinamento e análise de conteúdo por cinco juízes. As avaliações ocorreram por meio desses instrumentos, acerca do conhecimento cognitivo e prático sobre a temática e da satisfação em participar dessas estratégias de ensino em diversos momentos da pesquisa. Na terceira etapa do estudo foi realizado o *follow up*, momento no qual houve uma perda de seis alunos, ficando nessa fase do estudo no GC=25 e no GS=27 alunos. Nesse momento os discentes foram avaliados novamente quanto ao conhecimento cognitivo sobre a temática e quanto a satisfação. Nos meses de outubro e novembro de 2014 foi realizado um teste piloto com 15 alunos de ambas instituições. Os resultados encontrados permitiram observar que em relação ao conhecimento cognitivo geral houve uma melhora no momento imediatamente após e no *follow up* no GS. Quanto ao desempenho geral dos alunos durante a realização do cuidado pode-se verificar que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sendo que em algumas ações o GC apresentou melhor desempenho e em outras o GS. Em relação à satisfação ambos os grupos apresentaram escores altos, porém, o GS apresentou maior satisfação geral e a manteve

mesmo após os 30 dias (*follow up*). Pode-se observar ao final do estudo que o cenário simulado auxiliou na aquisição e na retenção do conhecimento e que ambas as estratégias proporcionaram o desempenho prático aos alunos sobre a temática estudada, porém o GS apresentou maior satisfação e durante o *debriefing* esses reconheceram seus erros e as ações que poderiam ter realizado de forma diferenciada a fim de proporcionar uma efetiva recuperação ao paciente.

Palavras-chave: Simulação. Enfermagem. Ensino. Higiene da pele. Ensaio clínico controlado aleatório.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the effectiveness of skills training and simulated scenario in cognitive knowledge, practical performance and satisfaction of nursing students during education in bed bath. This is a clinical trial, controlled and randomized trial comparing the skills training and the simulated scenario, formed by 58 students of the 5th period of nursing degree in two educational institutions in the southern state of Minas Gerais. In the first phase of the study, all students participated in the exhibition of a dialogic class about bed bath. Soon the end of the class they were all sent to the laboratory and observed the researcher perform care on a low-fidelity mannequin. At the end of the demonstration a randomization was performed by coin toss, in which 28 students formed the control group (CG) and 30 students formed the Simulated Group (GS). In the second stage of the study GC students performed the bed bath at training skills with low-fidelity mannequin in the nursing lab and GS students performed the careful simulated scenario with an actor patient. At the end of the simulated scenario the students of GS participated in the debriefing, based on three questions: How did you feel attending this patient? What were your positive actions? What would you do differently? To achieve the objectives were developed four instruments, which have undergone a process of refinement and content analysis of five judges. Assessments were made through these instruments, about the cognitive and practical knowledge on the subject and pleased to participate in these teaching strategies in various stages of research. In the third stage of the study was the follow up, at which point there was a loss of six students, staying in that phase of the study on GC = 25 and GS = 27 students. At that moment the students were assessed again on the cognitive knowledge on the subject and how much satisfaction. In October and November 2014 we conducted a pilot test with 15 students of both institutions. Results allowed identified that the acquisition and assimilation of cognitive knowledge was significantly higher in the simulation group. The performance was similar in both groups regardless of the teaching strategy, and in some actions the GC performed better and in others the GS. Regarding satisfaction both groups had high scores, however, the GS showed higher overall satisfaction and remained even after 30 days (follow up). One can observe the end of the study that simulated scenario assisted in the acquisition and retention of knowledge and that both strategies have provided the practical performance students on the studied subject, but the GS showed higher satisfaction and during the debriefing these acknowledged their

mistakes and the actions that could have done differently in order to provide an effective recovery for the patient.

Key words: Simulation. Nursing. Teaching. Skin hygiene. Randomized controlled clinical trial.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Adaptado do Fluxograma de rastreamento da amostra, conforme CONSORT (2010).....	36
Figura 2 –	Fluxograma do desenvolvimento das intervenções e coleta de dados. Minas Gerais, 2015, n=58.....	43
Figura 3 –	Realização do treino de habilidades na EEWB. Minas Gerais. 2015.....	46
Figura 4 –	Realização do cenário simulado na EEWB. Minas Gerais. 2015.....	49
Figura 5 –	Mapa temático com as categorias da análise do <i>debriefing</i> . Minas Gerais, 2015, n=58.....	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Critérios estabelecidos por Fehring (1994) para identificação de peritos. Minas Gerais, 2015, n=58.....	41
------------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do perfil sociodemográfico dos alunos do grupo controle (GC) e do grupo simulado (GS), Minas Gerais, 2015, n=58.....	57
Tabela 2 - Distribuição das médias do conhecimento cognitivo dos alunos no teste escrito, pré, pós e 30 dias depois (<i>follow up</i>) da aula expositiva dialogada no grupo controle (GC) e do grupo simulado (GS), Minas Gerais, 2015, n=58.....	58
Tabela 3 - Associação entre o grupo controle (GC) e o grupo simulado (GS) no momento pré, pós e 30 dias depois (<i>follow up</i>) a aula expositiva dialogada, Minas Gerais, 2015, n=58.....	60
Tabela 4 - Distribuição e percentual de acertos por questões do teste escrito no pré, pós e 30 dias depois (<i>follow up</i>) a aula expositiva dialogada no grupo controle (GC) e no grupo simulado (GS), Minas Gerais, 2015, n=58.....	61
Tabela 5 - Distribuição das médias do desempenho dos alunos durante o banho no leito no grupo controle (GC) e no grupo simulado (GS), Minas Gerais, 2015, n=58.....	62
Tabela 6 - Distribuição e percentual de acertos por questões no desempenho dos alunos durante o banho no leito no grupo controle (GC) e no grupo simulado (GS), Minas Gerais, 2015, n=58.....	62
Tabela 7 - Distribuição das médias de satisfação dos alunos no pós e 30 dias depois (<i>follow up</i>) do treino de habilidades e do cenário simulado no grupo controle (GC) e no grupo simulado (GS), Minas Gerais, 2015, n=58.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	- Acidente Vascular Cerebral
bpm	- Batimentos por minuto
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CONSORT	- Consolidated Standards of Reporting Trials
f	- Frequência
FR	- Frequência respiratória
GC	- Grupo Controle
GS	- Grupo Simulado
EEWB	- Escola de Enfermagem Wenceslau Braz
mmHg	- Milímetro de mercúrio
N	- Número da amostra
OSCE	- Objective Structured Clinical Examination
p	- p valor
P	- Pulso
PA	- Pressão Arterial
rpm	- Respirações por minuto
Sat	- Saturação
SPSS	- Statistical Package for the Social Sciences
T	- Temperatura
UNIFAL	- Universidade Federal de Alfenas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS DO ESTUDO.....	20
2.1	OBJETIVO GERAL.....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1	PRÁTICAS DE HIGIENE.....	21
3.1.1	Banho no leito.....	22
3.2	ENSINO DA ENFERMAGEM NO BRASIL.....	24
3.3	O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM E ESTRATÉGIAS DE ENSINO.....	26
3.3.1	Aula tradicional - expositiva-dialogada.....	27
3.3.2	Treino de habilidades.....	29
3.3.3	Cenário simulado e simuladores.....	31
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	34
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	34
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	34
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	34
4.4	DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS.....	36
4.6	PROCESSO DE ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	40
4.7	DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA.....	42
4.7.1	Aula tradicional – expositiva dialogada sobre banho.....	43
4.7.2	Demonstração do banho no leito.....	44
4.7.3	Treino de habilidades do banho no leito.....	45
4.7.4	Cenário simulado sobre banho no leito.....	46
4.7.4.1	Condução e análise do <i>debriefing</i>	49
4.8	COLETA DE DADOS.....	50
4.9	ANÁLISE DE DADOS.....	51
4.10	TESTE PILOTO.....	53

4.11	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	55
5	RESULTADOS	57
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS ESTUDANTES.....	57
5.2	AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO COGNITIVO NOS MOMENTOS PRÉ, PÓS E 30 DIAS DEPOIS (<i>FOLLOW UP</i>) DA AULA EXPOSITIVA-DIALOGADA SOBRE BANHO NO LEITO.....	58
5.3	AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS ALUNOS DURANTE O TREINO DE HABILIDADES E DURANTE O CENÁRIO SIMULADO SOBRE BANHO NO LEITO.....	61
5.4	SATISFAÇÃO DOS ALUNOS A RESPEITO DO TREINO DE HABILIDADES E DO CENÁRIO SIMULADO NO PÓS E 30 DIAS DEPOIS (<i>FOLLOW UP</i>) DO DESENVOLVIMENTO DA TÉCNICA DO BANHO NO LEITO.....	65
5.5	ANÁLISE QUALITATIVA DAS FALAS DOS ALUNOS DURANTE O <i>DEBRIEFING</i>	66
6	DISCUSSÃO	71
7	CONCLUSÃO	77
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICES	89
	ANEXOS	147

1 INTRODUÇÃO

A higiene corporal é uma necessidade humana básica extremamente importante, tanto para pessoas saudáveis quanto para pessoas doentes, contudo, para estas, há o acréscimo do risco de infecções, associado ao ambiente hospitalar (DIAS et al., 2003).

A importância e a realização do banho como forma de se manter a saúde adequada nem sempre foram observadas. Na Idade Média, o banho não tinha como finalidade a limpeza; o asseio que importava era o do rosto e o das mãos, a aparência prevalecia em detrimento das razões sanitárias (MARTINS, 2009).

Entre os cuidados de higiene, o banho no leito, em especial, é extremamente importante para os indivíduos incapazes de realizar sua higiene corporal, no entanto observa-se muita resistência por parte dos profissionais em executá-lo (DIAS et al., 2003).

Alguns desses profissionais de enfermagem consideram o banho no leito uma técnica sem fundamento científico, o que mostra que não aprenderam na academia a verdadeira finalidade da ação terapêutica do banho no leito, a qual vai além de proporcionar a higiene corporal, uma vez que estimula a circulação sanguínea, complementa as atividades físicas e também proporciona o momento ideal para a realização do exame físico completo, pela observação e pelo toque de todo o corpo do paciente (DIAS JÚNIOR et al., 2011).

Enfermeiros e demais membros da equipe e pacientes, frequentemente, mencionam que determinados profissionais e, principalmente, os alunos de enfermagem, apresentam dificuldade em dar um banho de qualidade no leito, sendo possível perceber que o procedimento ensinado em sala de aula pode estar sofrendo modificações no campo prático (MACIEL; BOCCHI, 2006). O próprio profissional e o acadêmico de enfermagem também muitas vezes experienciam o banho no leito como uma obrigação curricular, atribuindo tal atividade ao técnico de enfermagem (LIMA, 2008).

Atualmente, com o avanço da medicina, sabe-se que os cuidados com a higiene estão intimamente ligados à saúde das pessoas, sendo então uma das responsabilidades da equipe de enfermagem proporcionar esse conforto ao paciente, o que torna essencial uma formação adequada aos futuros profissionais enfermeiros a fim de capacitá-los para o desenvolvimento desses cuidados de forma eficaz.

Nessa ótica, o ensino em enfermagem, ao longo dos anos, vem exigindo tanto do docente quanto do discente, a capacidade de adquirir conhecimentos teóricos e habilidades

cognitivas e psicomotoras, a fim de tornar o futuro profissional capacitado para o desempenho de suas funções em sua prática assistencial.

Entende-se por habilidade cognitiva e psicomotora a associação do pensamento crítico, do saber científico com a atividade puramente física, a destreza manual (CIANCIARULLO, 1996). Assim, a técnica de banho no leito precisa ser vista e ensinada de forma que o acadêmico de enfermagem desenvolva essas habilidades e o conhecimento.

Cabe, então, ao docente, mostrar aos alunos que o enfermeiro deve supervisionar, avaliar o banho e, muitas vezes, participar desse cuidado, pois, assim, será possível elaborar um plano de cuidados compatível com as necessidades individuais do paciente (DIAS et al., 2003; DOWNEY; LLOYD, 2008).

Dessa forma, o preparo adequado dos profissionais e dos discentes, na realização das práticas de higiene, envolve uma série de metodologias de ensino. Entre essas, a aula expositiva dialogada, que, no ensino do banho no leito, aborda os aspectos teóricos da temática, a qual deve ser implementada pelo docente, possibilitando uma discussão e reflexão por parte dos alunos sobre o conteúdo. Outra metodologia, que pode ser utilizada no ensino do banho no leito, é o treino de habilidades, realizada em laboratório, a qual permite que o aluno treine a técnica, ou seja, propicia a demonstração do procedimento pelo docente e a replicação pelo aluno (GIL, 2012).

Por fim, destaca-se a experiência clínica simulada, também realizada em laboratório, cujo foco se diferencia do treino de habilidades, em que ocorre apenas a execução da técnica. A simulação ocorre em ambiente realista e irá possibilitar a interação do aluno com o paciente/ator, o raciocínio clínico, a avaliação das respostas às intervenções, o trabalho em equipe, entre outros aspectos, como a comunicação, a segurança e a privacidade do paciente (MARTINS et al., 2012).

Práticas como a interação, a comunicação, a segurança e a privacidade do paciente antes, durante e após os cuidados de higiene, como no banho no leito, podem contribuir para o relaxamento do paciente, para sua segurança, além de facilitar a aproximação durante este cuidado (MARTINS, 2009).

A estratégia simulada visa tornar, assim, o cuidado o mais próximo possível da realidade. Poderá, então, o aluno, além de praticar a técnica, treinar habilidades como a interação com o paciente; a comunicação; a iniciativa; as intervenções a partir das respostas que o simulador gerar; o trabalho em equipe; além de fomentar seu capital criativo e intelectual, tudo com atenção aos detalhes; às habilidades precisas; ao pensamento crítico e,

ao final, à avaliação do cuidado, juntamente com o docente em um *feedback*. A simulação permite praticar essas habilidades difíceis de serem ensinadas em aula expositiva dialogada ou em aula prática, devido aos recursos limitados, tudo em um ambiente controlado e seguro para o aluno (MARTINS et al., 2012; TEIXEIRA; FELIX, 2011a; SANINO, 2012).

Entretanto, mesmo com evidências de que o uso da simulação traz benefícios no processo ensino aprendizagem dos discentes, não foi possível encontrar na literatura o uso dessa metodologia no ensino de diversas técnicas de enfermagem, como no caso do banho no leito. Esse momento é caracterizado como de extrema importância para que o aluno aprenda tanto a habilidade prática pertinente ao cuidado quanto as competências, como a interação com o paciente; a comunicação; a iniciativa e as intervenções que devem ser realizadas a partir das respostas que o paciente/simulador gerar.

Nesse sentido, este estudo é importante, tanto por propiciar uma investigação da estratégia de ensino aula expositiva dialogada, seguida do treino de habilidades e da aula expositiva dialogada, seguida, ainda, do cenário simulado na promoção do conhecimento cognitivo e prático na realização correta do banho no leito, quanto para testar essas duas estratégias no ensino desse cuidado, tendo em vista não haver na literatura estudos que versem sobre as suas efetividades.

Diante do exposto, este estudo propôs-se comparar se a estratégia de cenário simulado com simulador ator é mais efetiva para o aprendizado teórico e prático no ensino do banho no leito se comparada ao treino de habilidades, nos alunos da graduação de enfermagem.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

A seguir estão apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos do referido estudo.

2.1 OBJETIVO GERAL

- a) Avaliar a efetividade do treino de habilidades e do cenário simulado no ensino do banho de leito.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Avaliar e comparar o conhecimento cognitivo dos discentes antes, imediatamente após e trinta dias depois (*follow up*) da aula expositiva dialogada no ensino do banho no leito;
- b) Avaliar e comparar o desempenho prático dos discentes durante a realização do banho no leito por meio do treino de habilidades e do cenário simulado;
- c) Avaliar e comparar a satisfação dos discentes no treino de habilidades e no cenário simulado do banho no leito imediatamente após o treino de habilidades e o cenário simulado e trinta dias após (*follow up*);
- d) Analisar a percepção dos alunos sobre o cenário simulado durante o *debriefing*.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PRÁTICAS DE HIGIENE

As práticas de higiene são definidas como um conjunto de ações, as quais visam promover e manter a saúde e o conforto do indivíduo, incluindo os cuidados com a pele, com as mucosas, com o cabelo e com as unhas; assim, seus benefícios abrangem restaurar a limpeza, eliminar os odores corporais, reduzir ou evitar infecções, estimular a circulação sanguínea, oferecer sensação refrescante e melhorar a autoestima do paciente (TIMBY, 2014).

Referem-se, assim, as diversas práticas as quais visam conservar e promover a saúde do indivíduo e evitar doenças, permitindo uma série de possibilidades, como a higiene coletiva, mental, profissional, pública e a higiene corporal, enfatizada nesta pesquisa (FERREIRA, 2011; MARTINS, 2009).

Nesse sentido, as pessoas diferem na execução de práticas como higiene corporal conforme seus aspectos sociais e culturais, porém, independentemente desses fatores, o imprescindível é que esses cuidados sejam realizados com uma frequência suficiente para promover a limpeza pessoal e auxiliar na manutenção da saúde (FUERST; WOLFF; WEITZEL, 1977; MINNAERT; FREITAS, 2010).

A realização da higiene pessoal, como a prática do banho, é imprescindível para a saúde de um indivíduo e para seu bem-estar e, nesse sentido, cabe ao enfermeiro, assegurar que essas práticas sejam realizadas de forma correta e efetiva ao paciente que se encontra hospitalizado e acamado (DEPARTMENT OF HEALTH, 2003).

Portanto, o papel da equipe de enfermagem nas práticas de higiene é de extrema importância, por ser responsáveis em manter o bem-estar e a saúde do paciente (GEORGE, 2000), sendo definida sua participação nesse cuidado e a tomada de decisão conforme o grau de dependência desse paciente, ou seja, de acordo com sua capacidade de realizá-las sozinho ou não (PEGGRAM; BLOOMFIELD; JONES, 2007).

Entre as práticas de higiene as quais os profissionais de Enfermagem auxiliam e acompanham os pacientes em sua realização, temos higiene oral, lavagem dos cabelos, higiene íntima e as diversas modalidades de banho, como banho de imersão, de aspersão e banho no leito. Este foi implementando nesta pesquisa, pela complexidade na sua realização,

por ser um cuidado realizado em pacientes dependentes, ou seja, em indivíduos que precisam do auxílio da Enfermagem para a manutenção de sua higiene, por ser esta de responsabilidade dessa equipe e pela sua importância na recuperação e no bem-estar do mesmo.

3.1.1 Banho no leito

O banho no leito é definido como a higienização parcial ou total do corpo, realizado em pacientes acamados, ou seja, em indivíduos que, por motivos de saúde, estão impossibilitados de saírem do leito (TIMBY, 2014). Esse consiste em diversas partes as quais serão realizadas conforme a necessidade do paciente, como a lavagem dos cabelos, a limpeza do corpo, a higiene oral e a higiene íntima (POTTER; PERRY, 2013).

Assim, para pacientes que se encontram em maior grau de dependência, é recomendado o banho no leito, cuja realização é responsabilidade da equipe de Enfermagem e é uma intervenção que requer habilidades interpessoais, incluindo comunicação verbal e não-verbal, bem como o conhecimento de anatomia e de fisiologia para a prestação de cuidados eficazes (PEGRAM; BLOOMFIELD; JONES, 2007).

Esse fica, então, caracterizado como um cuidado de extrema importância tanto ao paciente como para a Enfermagem, pois, durante sua execução, o profissional poderá observar e identificar com mais facilidade qualquer alteração, desconforto ou dor que possa surgir, realizar um exame físico completo, verificar a integridade da pele do paciente, fortalecer suas relações interpessoais, além de proporcionar um momento ímpar para o estabelecimento de uma comunicação mais efetiva com o paciente (DOWNEY; LLOYD, 2008; LOPES; MARTINS; BARROS, 2013; TIMBY, 2014).

Para a implementação do cuidado, deve-se iniciar com seu planejamento inicial, a partir do preparo de todo material necessário, se apresentar ao paciente, explicar-lhe o que será feito e preparar o ambiente e o paciente para o recebimento do banho no leito. Posteriormente, deve-se dar início a sua realização, começando pela limpeza da face e do pescoço, seguindo da limpeza dos membros superiores, das mãos, das axilas, do tórax, do abdôme, dos membros inferiores, da região dorsal, dos glúteos e da região anal. Conforme a necessidade do paciente, pode-se realizar a higiene oral e íntima antes do início do banho no leito propriamente dito (FIGUEIREDO; CARVALHO; TYRRELL, 2006).

Porém, apesar das evidências que a literatura apresenta sobre a importância da realização do banho no leito e da participação da equipe de Enfermagem na sua implementação, atualmente, no cotidiano da Enfermagem, observa-se uma preocupação e uma maior valorização no cumprimento, apenas, de normas e rotinas, o que levam a um cuidado fragmentado, centrado apenas no diagnóstico do paciente (BUÓGO; COGO, 2002).

Diante de todos esses aspectos, o banho no leito deixa de ser apenas um procedimento manual, para ser um cuidado que envolve um conjunto de processos, de conhecimentos e de técnicas específicas do saber de Enfermagem, sendo necessário resgatar tal importância no processo de ensino aprendizagem, a fim de proporcionar uma assistência integral ao paciente (FIGUEIREDO; CARVALHO; TYRRELL, 2006).

Nesse sentido, a assistência integral e individualizada deve envolver a maneira de tocá-lo, de ouvi-lo e de atender suas necessidades de higiene (BUÓGO; COGO, 2002). Conseqüentemente, tem se modificado a técnica tradicional do banho no leito, levando a um distanciando dos seus princípios técnico-científicos, o que se constitui uma variável a qual pode estar interferindo na preservação da integridade da pele, no bem-estar e na boa e efetiva recuperação do paciente acamado (MACIEL; BOCCHI, 2006).

Portanto, o banho no leito é um cuidado que deve ser visto e trabalhado na formação do enfermeiro como um momento que propicia o primeiro contato do cuidador com o ser cuidado. Para isso, aluno deverá aprender a tocar e a se comunicar com o outro, interagindo com ele, buscando minimizar sua ansiedade acarretada por sua doença e por sua hospitalização, sendo esse momento uma ocasião propícia a essa interação (BUÓGO; COGO, 2002; MOURÃO et al., 2009).

Várias pesquisas já realizadas anteriormente apontam a importância da realização do banho no leito tanto para o profissional quanto para o bem-estar e a efetiva recuperação do paciente, reforçando sempre a relevância que esse cuidado possui na prática assistencial do profissional enfermeiro e a necessidade de este ser realizado visando à humanização durante sua implementação (FIGUEIREDO; CARVALHO; TYRRELL, 2006; LOPES; MARTINS; BARROS, 2013; MACIEL; BOCCHI, 2006; NEPOMUCENO et al., 2014).

Faz-se necessária, dessa forma, a reaproximação do enfermeiro ao procedimento com embasamento científico, visando melhorar a qualidade do banho no leito oferecido pela equipe de enfermagem, para que, assim, esse cuidado possa ser executado dentro de seus princípios e traga os benefícios esperados (MACIEL; BOCCHI, 2006).

3.2 ENSINO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

No ano de 1922, marco inicial da Enfermagem no Brasil, a sociedade brasileira passava por profundas transformações no campo econômico, político, social, cultural e na saúde, em que alguns acontecimentos contribuíram para uma futura oficialização da Enfermagem como profissão no país. Do ano de 1922 até os dias atuais, muitas foram as mudanças tanto na Enfermagem quanto profissão e ciência, quanto no contexto da população brasileira (RIZZOTTO, 2006).

Associado às mudanças da profissão, está o avanço tecnológico decorrente do processo de globalização, em que as novas gerações, oriundas a partir do final do século XX e XXI, se abastecem, com facilidade, de novos conhecimentos em seus próprios lares, sem a necessidade de bibliotecas ou de salas de aulas convencionais. São esses alunos que chegam para os educadores da área da saúde, nas instituições de ensino superior, que, por sua vez, têm a árdua missão de transformá-los em profissionais competentes (KAWAKAME, 2011).

Com isso, os desafios da educação na Enfermagem, no século XXI, são inúmeros. Instituições de ensino que oferecem o curso de Enfermagem são confrontadas com o aumento do número de ingressantes, com o aumento no número de instituições que oferecem o curso e de profissionais graduados no mercado de trabalho, associados à diminuição e à falta de pacientes para todos os discentes nos estágios clínicos, além dos aspectos éticos quanto à realização do procedimento pela primeira vez no indivíduo hospitalizado, com as mudanças exigidas pelo mercado de trabalho e pelas diversas competências necessárias a esse profissional (DONATI; ALVES; CAMELO, 2010; SILVA et al., 2012; WILFORD; DOYLE, 2006).

Dados do Ministério da Educação sobre os cursos de Enfermagem no Brasil confirmam essas informações, pois apontam um aumento no número de cursos oferecidos, no número de vagas, no número de inscritos e de concluintes, entre o ano de 2001 e 2011, tanto em instituições privadas quanto em instituições públicas (TEIXEIRA et al., 2013).

Essas mudanças, associadas a ambientes de cuidado em saúde cada vez mais complexos, com o prolongamento da estimativa de vida do paciente, com os avanços tecnológicos, com a demanda de recursos e de estudantes, fazem com que as escolas de Enfermagem busquem renovar suas propostas de ensino (WATERKEMPER; PRADO, 2011).

Outro fator importante que aponta a necessidade de modificações no processo de ensino aprendizagem no curso de Enfermagem é o perfil dos alunos ingressantes no curso. Os discentes muitas vezes já estão inseridos no mercado de trabalho na área da saúde, como técnicos de Enfermagem, o que traz a necessidade de transformação no modelo de assistência à saúde, sendo necessários cenários diversificados de aprendizagem, os quais permitam a formação adequada desses futuros profissionais, a fim de atender ao novo perfil de saúde da população (SILVA et al., 2012).

É necessária, assim, a formação de profissionais com competência técnica, científica e social, de modo que possam confrontar os desafios do novo perfil de saúde-doença da sociedade, agregar valor no atendimento prestado e garantir a qualidade e a segurança da assistência (SOUZA et al., 2013). A reestruturação da educação é urgente, na medida em que a transmissão de conhecimentos não garante a formação de indivíduos competentes (DOMENICO; IDE, 2005).

Ainda, diante dos aspectos sociais, políticos e éticos do ensino na área da saúde, já não é desejável que os alunos aprimorem suas habilidades em pacientes reais, pois estas podem gerar riscos inerentes de erro e consequente danos à pessoa (KNEEBONE et al., 2004).

Associada a esses fatores, tem-se que, desde 1994 tem sido proposta a reformulação do currículo nacional de Enfermagem, respaldado no Parecer 314/94 e na Portaria 1721/94, a qual prevê a formação do enfermeiro em quatro áreas básicas: assistência, gerência, ensino e pesquisa (ITO; TAKAHASHI, 2005).

No Brasil, o enfermeiro deve ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, sendo capaz de reconhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença, porém apenas 20% da carga horária dos cursos de Enfermagem são previstos para a realização dos estágios na prática clínica, sendo essa a prática que propicia ao aluno maior aquisição e maior consolidação do conhecimento (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2007).

Segundo o Conselho Nacional de Educação (2001), o futuro enfermeiro deve desenvolver durante a graduação, por meio dos estágios e das metodologias de ensino utilizadas, diversas habilidades e competências como tomada de decisão, liderança, comunicação, administração e gerenciamento. Nesse sentido, torna-se fundamental a utilização de estratégias as quais permitam que os discentes desenvolvam esses conhecimentos e habilidades.

Assim, o futuro profissional de Enfermagem precisa aprimorar seus conhecimentos cognitivos e suas habilidades práticas para a execução das atividades diárias. Portanto, é

necessário que se utilizem recursos metodológicos que permitam a aquisição e o aperfeiçoamento dessas competências (FELIX; FARO; DIAS, 2011).

3.3 O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM E ESTRATÉGIAS DE ENSINO

Aprendizagem segundo Vygostky (1988) é o processo pelo qual o sujeito adquire e transforma informações, habilidades, valores e atitudes a partir de seu contato com o meio, pessoas e com sua realidade, reforçando, que os indivíduos diferem quanto a forma de adquirir e processar os diversos conhecimentos.

A aprendizagem é definida, nesse sentido, como um processo amplo, a qual acontece durante toda a vida do indivíduo, abrangendo aspectos como a aquisição de conhecimentos cognitivos, a capacidade de desenvolver habilidades e a capacidade de executar uma profissão (GIL, 2012).

Segundo Zeferino e Passeri (2007), o processo de aprendizagem é a forma como os indivíduos adquirem novos conhecimentos, desenvolvem competências e mudam seu comportamento. Nesse sentido, o processo de ensino-aprendizagem é caracterizado pela utilização de diferentes estratégias de ensino, que propiciem a associação de atividades entre aluno, professor e conteúdo, sendo função do docente realizar a condução e o desenvolvimento do trabalho proposto com o discente, de forma a atingir os objetivos esperados pela disciplina ministrada (LIBÂNEO, 1994).

Estratégias de ensino referem-se, então, aos meios e recursos utilizados pelos docentes na implementação do processo de aprendizagem. Seu planejamento exige do docente a análise dos objetivos a serem alcançados e do conteúdo programático para o alcance dos mesmos, análise das estratégias e dos recursos que serão utilizados, bem como dos critérios de avaliação dos alunos (GIL, 2012; MAZZIONI, 2013).

Comumente, nesse processo de ensino-aprendizagem, vários são os fatores que interferem nos resultados esperados, como as condições estruturais da instituição de ensino, as condições de trabalho dos docentes, as condições sociais dos alunos, os recursos disponíveis e as estratégias de ensino utilizadas pelos docentes que, por sua vez, devem ser capazes de sensibilizar, de motivar e de envolver os alunos (MAZZIONI, 2013).

Esse processo de ensino deve focar a formação holística do profissional e não apenas os aspectos cognitivos da aprendizagem, portanto torna-se importante a utilização de variados recursos metodológicos que permitam ao aluno a construção dos diversos conhecimentos, habilidades, competências, atitudes e valores (ZEFERINO; PASSERI, 2007).

Nesse sentido, a formação generalista necessita da inserção precoce do aluno no mundo do trabalho, de forma a permitir sua atuação crítica e reflexiva; o que deve resultar de currículos que garantam aos estudantes a aplicação dos conhecimentos cognitivos e o desenvolvimento de suas habilidades, assim como a utilização de estratégias de ensino que envolvam ativamente os discentes no processo ensino-aprendizagem, de maneira a promover situações reais e simuladas, de forma contextualizada, crítica e participativa (CHIESA et al., 2007). Dessa forma, uma formação repetitiva durante a formação profissional de um aluno, pode ajudar a formar uma memória de longo prazo (SMOLEN, ZHANG; BYRNE, 2016).

Portanto, o uso das distintas estratégias de ensino existentes deve considerar o modo pelo qual o aluno aprende, não sendo assim, um ato isolado, escolhido ao acaso, sem análise dos conteúdos trabalhados, sem considerar as habilidades necessárias para sua execução e dos objetivos a serem alcançados; sua escolha deve ser analisada e planejada conforme a necessidade, o conteúdo e o perfil dos alunos (MAZZIONI, 2013).

Entre as variadas estratégias disponíveis para o processo ensino aprendizagem dos futuros profissionais de Enfermagem a fim de torná-los críticos-reflexivos e seguros em sua atuação, várias são os recursos que podem ser implementados, tornando-se assim fundamental conhecer suas potencialidades e fragilidades. Dessa forma, para este estudo, foi selecionada a aula tradicional - expositiva dialogada, o treino de habilidades e a construção de cenários simulados, os quais foram escolhidos com o objetivo de investigar a efetividade e a interação desses métodos no ensino do banho no leito.

3.3.1 Aula tradicional - expositiva-dialogada

A aula tradicional, expositiva dialogada, muito utilizada pelos docentes com o objetivo de transmitir informações aos estudantes por meio da comunicação verbal, constitui provavelmente, o mais antigo e, ainda, o mais utilizado método de ensino (GIL, 2012).

Muitos são os fatores que tornam essa estratégia tão utilizada entre os docentes, como seu baixo custo para execução, sua flexibilidade, pois pode se adaptar aos recursos e ao seu público, com versatilidade, pois pode ser utilizada para qualquer curso e conteúdo e sua rapidez, fatores que podem se adequar a qualquer realidade e facilita sua aplicação (GIL, 2012).

Assim, essa estratégia se baseia na exposição dos conceitos e dos conteúdos, conhecidos e preparados anteriormente pelo docente, necessários para que o professor estimule os discentes a participar e dialogar, de modo a evitar que estes se tornem passivos durante seu aprendizado (LOPES, 2012).

Nessa estratégia, Filtzgerald (2010) evidencia a necessidade de uma introdução por meio da qual o docente deve propiciar uma visão geral, com os objetivos do que será trabalhado; já na fase de desenvolvimento da aula, ocorre a apresentação do conteúdo e a fase final deve ser destinada à discussão, à reflexão e ao resumo do que foi fornecido, tornando o aluno ativo nesse processo.

Dessa forma, esse tipo de estratégia está mais ligada a uma abordagem teórica da aprendizagem (COSTA; PFEUTI; NOVA, 2014). É um tipo de metodologia muito aplicada nas instituições de ensino, em que as informações, os conhecimentos, as habilidades e as tarefas são oferecidas, explicadas e demonstradas pelo professor, sendo necessário, ao docente a capacidade de despertar e de motivar os alunos a refletir e a discutir sobre a temática, gerando um processo ativo de aprendizado (LIBÂNEO, 1994).

Para Anastasiou et al., (2004), essa estratégia de ensino é uma exposição do conteúdo, que deve incentivar uma participação ativa dos alunos, cujo conhecimento prévio dos discentes deve ser considerado e pode ser utilizado como ponto de partida para a condução da aula. O professor deve levar os estudantes a questionarem, a interpretar e a discutirem o objetivo de estudo e confrontá-los com a realidade.

Vários estudos já realizados anteriormente apontam a importância da implementação da aula expositiva-dialogada no processo de ensino-aprendizagem dos discentes durante toda sua formação e a necessidade de sua aplicação de forma a tornar o aluno um ser ativo em seu processo de aprendizagem (DIAS, 2003; GIL, 2012; LOPES, 2012; PEDERSOLI, 2013).

Nessa estratégia, o docente deve propiciar que o aluno seja tão diligente quanto, pois este pode instigar o discente a dialogar, expor seus conhecimentos prévios e fazer acordos (SERVILHA; MONTEIRO, 2007). Lopes (2012) refere que, se o professor conseguir promover um clima favorável ao diálogo e de troca de conhecimentos entre ele e os alunos,

tornará esta estratégia favorável à apreensão do conhecimento e o alcance dos objetivos proposto.

Porém, na maioria dos casos, a aplicabilidade da metodologia expositiva dialogada gera tamanha discussão pelo fato de que muitos dos docentes tornam essa estratégia apenas expositiva e não mais dialogada, na qual apenas o professor expõe o conteúdo e o aluno se torna um ser passivo, que somente recebe aquela informação que está sendo passada, ou seja, a prática efetivamente realizada não condiz com o propósito e com os objetivos reais da metodologia, assim, esta acaba sendo avaliada por uma prática incompleta para o desenvolvimento dos diversos conhecimentos pertinentes ao enfermeiro (DIAS, 2003).

Para o curso de Enfermagem, torna-se uma estratégia importante, pois, por meio desta, é possível transmitir aos alunos os conhecimentos teóricos pertinentes a diversos conteúdos, porém torna-se limitada por não permitir ao aluno uma atuação ativa em seu processo de ensino aprendizagem, com o desenvolvimento de habilidades práticas e diversas competências como trabalho em equipe, tomada de decisão, comunicação, interação, iniciativa, liderança, entre outras.

3.3.2 Treino de habilidades

Outra importante metodologia a ser utilizada nas instituições de ensino superior, as quais oferecem o curso de Enfermagem, é o treino de habilidades, o qual favorece o uso da demonstração e da devolução de técnicas/procedimentos pelo professor aos alunos, porém essas nem sempre acontecem de modo contextualizado e, geralmente, são implementadas em um ambiente pobre de respostas e de interatividade (SANINO, 2012).

A estratégia de treino de habilidades é de extrema importância na formação dos futuros profissionais, pois favorece o uso da demonstração e da devolução de técnicas as quais são difíceis de ensinar em aula teórica, sendo mais bem aprendidas quando demonstradas e executadas (RAUEN, 2004; SANINO, 2012). Esse termo é conceituado como característica ou particularidade daquele que é hábil; aquele com capacidade, com destreza e com agilidade (FERREIRA, 2011).

Essa estratégia pode ser desenvolvida nos laboratórios de Enfermagem, que são ambientes utilizados a fim de promover conhecimentos e habilidades teórico-práticas, e

posteriormente, possibilitar a inserção dos alunos ao ambiente clínico, sendo um facilitador no processo de ensino aprendizagem dos discentes (GOMES et al., 2005).

Esses laboratórios podem, assim, serem utilizados para que os discentes executem, de maneira repetida, as diversas práticas, como cateterismo vesical, punção venosa, atividades de higiene, exame físico, entre outras, a fim de aprimorar seu desempenho e suas habilidades na realização dos procedimentos (COFFMAN, 2012).

Nesse sentido, existem inúmeras vantagens para da implementação do treino de habilidades no ensino da graduação de Enfermagem, dentre elas, a importância do contato inicial do aluno com técnicas, com modelos e com procedimentos; do treinamento e da repetição de técnicas para a aquisição de segurança e de habilidade; da interação em grupos e em troca de experiências, o que propicia seu aprendizado prático (JESUS, 2006).

Na Enfermagem, o desenvolvimento de habilidades práticas específicas da profissão é imprescindível para a atuação dos profissionais, e esta se faz por meio do ensino das técnicas e dos procedimentos, as quais exigem dos discentes diversas competências psicomotoras, que devem ser trabalhadas pelos docentes de maneira gradativa, em várias etapas, segundo o grau de complexidade de cada cuidado a fim de facilitar sua aprendizagem (MIYADAHIRA, 2001).

A combinação da exposição do conteúdo nas aulas expositivas dialogadas e da demonstração da técnica, no treino de habilidades, é utilizada para ilustrar o assunto ministrado. Por meio dela, o professor pode valer-se de diversos recursos, tais como modelos, máquinas, instrumentos e manequins, com a finalidade de promover um aprendizado mais significativo (GIL, 2012).

Estudos já realizados apontam essa estratégia como importante para a formação dos futuros profissionais enfermeiros na aquisição das habilidades práticas, porém se mostram pouco efetivas no que se refere a competências como trabalho em equipe, tomada de decisão, comunicação, interação, iniciativa, liderança, entre outras, sendo necessárias estratégias mais concretas como a simulação realística para a aquisição dessas competências (MERRIMAN; STAYT; RICKETTS, 2014; PEDERSOLI, 2013).

Assim, a utilização dos treinos de habilidades propicia a execução e a repetição de técnicas individualmente ou em grupos, tendo o professor a função de orientar, auxiliar o discente quando necessário e fornecer um *feedback* da atividade que está sendo realizada, o que é de extrema importância para o enfermeiro, porém essa estratégia acontece normalmente em ambiente descontextualizado e de pouca interatividade, o que também a torna limitada

para o desenvolvimento das demais competências necessárias para a atuação do profissional (KNEEBONE et al., 2004).

3.3.3 Cenário simulado e simuladores

O cenário simulado se dá pela apresentação de um caso real ao estudante (ou grupo de estudantes), no qual este assumirá a responsabilidade integral pelo paciente. A atividade deve ocorrer em um ambiente realista (cenário simulado) e de interação entre o estudante e o simulador (GABA, 2004; MARMOL et al., 2012; MARTINS et al., 2012).

Assim, para que se compreenda melhor o significado das expressões “simulador” e “simulação”, define-se o primeiro como um objeto físico ou como uma pessoa que representa uma tarefa integral ou parcial a ser replicada; estas podem ser de diferentes formas: *role playing*, que são atores padronizados como pacientes; realidade virtual (paciente no computador); paciente eletrônico (réplica do local clínico; manequim completo). Já a simulação, é compreendida como a aplicação ou a utilização desses simuladores os quais representam (simulam) a tarefa (COOPER; TAQUETI, 2004; GABA, 2004).

Os simuladores, quando manequins, podem ser classificados como de baixa, de média ou de alta fidelidade, de acordo com sua capacidade de reproduzir precisamente sons ou imagens, e de se assemelharem a uma pessoa (COOPER et al., 2004; TEIXEIRA; FELIX, 2011a).

Se a simulação for realizada no estilo *role-playing* (ator simulado), podem-se ainda adquirir noções em relação ao peso, à mecânica corporal, à força necessária para movimentar esse paciente e à interação e comunicação com este (GABA, 2004; TEIXEIRA; FELIX, 2011a). Vale ressaltar que o ensino simulado não substitui o contato do aluno com o paciente em ambiente clínico, porém agrega valor ao aprendizado antes que se realizem suas atividades na prática hospitalar (BAILLIE; CURZIO, 2009; HOWARD et al., 2011; SZPAK; KAMEG, 2013; TIFFEN et al., 2011).

A elaboração do cenário e a escolha do simulador acontecem conforme a necessidade e as especificidades do conteúdo a ser trabalhado com os alunos, sendo que o uso de simuladores de baixa fidelidade propicia o desenvolvimento de habilidades e os de alta fidelidade possibilitam a tomada de decisão, de comunicação e de interação, por trazerem

realidade ao cuidado prestado (GABA, 2004; SANINO, 2012; SCALESE; OBESO; ISSENBERG, 2007).

Para o processo de implementação da simulação, deve-se iniciar com a construção de um cenário clínico, fundamentado sempre nos objetivos que se deseja alcançar para aquele conteúdo, o qual deve conter as características do paciente, sua história clínica, os dados do exame físico, os desfechos possíveis para o cenário, sendo o próximo passo sua aplicação no aluno, o qual irá conhecer o ambiente e se familiarizar com ele e, após sua apresentação pelo professor, o cenário se inicia (QUILICI et al., 2012).

Ao final do cenário simulado, deve-se realizar o *debriefing*, objetivando discutir com os alunos a experiência de participar da simulação, sendo esse momento próprio das simulações realísticas. O *debriefing* é definido, dessa forma, como o tempo no qual docentes e discentes podem refletir e descobrir o que aconteceu durante o cenário simulado e o que isso significa, devendo ser composto por três etapas de discussão e de reflexão: expressão do vivido, análise dos eventos e aplicação da experiência, sendo 75% de seu tempo para exposição oral dos estudantes, devendo demorar o mesmo tempo ou até o dobro do tempo que durou o cenário simulado (QUILICI et al., 2012; STEINWACHS, 1992).

Pesquisas realizadas anteriormente apontam o uso da simulação em diversas áreas como na aeronáutica, na arquitetura, na agropecuária e em outras profissões da saúde, como a farmácia e a medicina (GILLILAND et al., 2012; MARTINS, 2008; MATSUURA, 1995; MUNIZ et al., 2007; RAUEN, 2004; RODRIGUES; REZENDE et al., 2012; SKOY; EUKEL; FRENZEL, 2013), além de diversas áreas de atuação da Enfermagem, como obstetrícia, administração, nas manobras de ressuscitação cardiopulmonar, gestão de crise e semiotécnica (COOPER et al., 2004; CAETANO, 2006; FELIX, 2007; MARMOL et al., 2012; TEIXEIRA et al., 2011b).

Butler e Veltre (2009) estudaram a simulação na prática de Enfermagem, analisando a eficácia da aprendizagem dos discentes em pediatria. Nesse estudo, os alunos foram randomizados em dois grupos, sendo que o grupo controle participou de um cenário simulado em pediatria de baixa fidelidade e o grupo experimental participou do mesmo cenário em pediatria, porém com manequim de alta fidelidade. Comparando o conhecimento dos alunos, pôde-se perceber que o grupo do cenário simulado de alta fidelidade apresentou escores mais altos em relação ao aprendizado, do que o grupo da simulação de baixa fidelidade. No estudo, ainda foi possível identificar que o grupo experimental obteve maiores escores de autoconfiança e maior satisfação do que o grupo controle.

Outro estudo avaliou o uso do simulador no ensino da avaliação clínica dos olhos, realizado com 31 alunos do curso de Graduação em Enfermagem, em que Grupo 1 teve o ensino com aula expositiva dialogada, com demonstração pelo professor e a prática em laboratório com o simulador de exame dos olhos. O Grupo 2 teve a aula expositiva dialogada e a demonstração pelo professor em laboratório sem o uso do simulador. Em relação ao desempenho na avaliação prática dos olhos, a média percentual de acertos foi de 76 ± 7 no grupo que utilizou o simulador (Grupo 1) e de 21 ± 11 , no grupo 2, o qual não utilizou o simulador ($p < 0,001$). Os dados desse estudo mostraram que o uso de simulador no ensino da avaliação clínica dos olhos influenciou no desempenho das habilidades práticas dos estudantes de Enfermagem (TEIXEIRA et al., 2011b).

Portanto, percebeu-se que o uso da simulação, dos simuladores e dos cenários simulados pode trazer uma série de benefícios no aprendizado dos discentes, ao torná-los mais confiantes e seguros em sua prática, pois ajuda no desenvolvimento de habilidades psicomotoras, permite que desenvolvam o pensamento crítico, promove a interatividade, estimula a comunicação verbal, o trabalho em equipe, treina intervenções mediante as respostas do simulador e promove o *feedback* pelo docente, o qual discute o caso com os alunos (GABA, 2004; MARTINS et al., 2012; SANINO, 2012; TEIXEIRA et al., 2011a).

A expectativa é que, a partir das experiências de simulação, associada aos outros métodos e das interações com os cenários simulados, haja uma redução de erros de Enfermagem, pois o aluno, ao tê-las incluídas em seu processo de ensino aprendizagem, se tornará mais hábil e seguro, o que agregará qualidade ao cuidado realizado (TEIXEIRA et al., 2011a), contribuindo para o desenvolvimento da tomada de decisão e na prática de habilidades, permitindo a relação, em ambiente próximo da realidade, de todos os conhecimentos aprendidos (COFFMAN, 2012).

Porém, mesmo com vários estudos que comprovem a efetividade da simulação para o processo de ensino-aprendizagem de alunos na graduação de Enfermagem, não foi possível encontrar na literatura essa estratégia sendo aplicada a diversos conteúdos pertinentes à Enfermagem, como no caso do ensino do banho no leito, o qual foi selecionado para esta pesquisa. Torna-se, assim, relevante verificar se o cenário simulado com ator auxilia no conhecimento cognitivo e no desenvolvimento de diversas competências, nos discentes, durante a implementação do banho no leito.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um ensaio clínico controlado e randomizado.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no laboratório multidisciplinar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG e no laboratório de habilidades I da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz – EEWB, ambas localizadas no Sul do Estado de Minas Gerais.

Essas duas instituições foram escolhidas para a realização da referida pesquisa, por ambas apresentarem o mesmo perfil quanto ao ensino do conteúdo de banho no leito, a saber: as duas instituições oferecem esse conteúdo no 5º período da graduação; é o primeiro conteúdo oferecido no semestre; em ambas, os alunos ainda não tiveram contato com a prática hospitalar; esse procedimento é ministrado de forma tradicional e com demonstração pelo professor, sendo que os discentes só voltam a realizá-lo nas monitorias e em ambiente hospitalar.

Faz-se necessário destacar que não foi realizada comparação entre as instituições, quanto ao desempenho dos alunos, pois este não é o objetivo do estudo.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

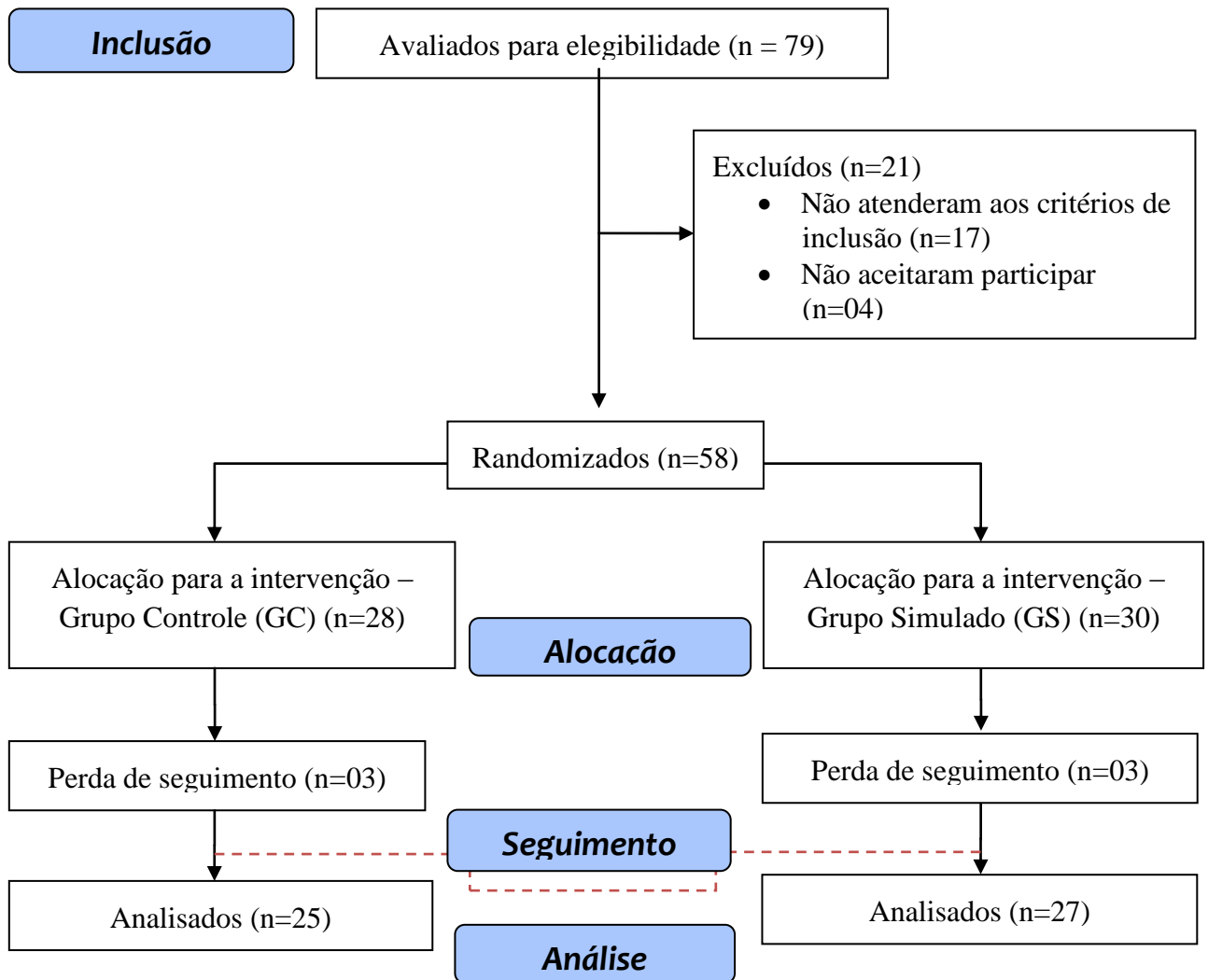
A população de estudo foi composta por 79 alunos matriculados no 5º período da graduação de Enfermagem, sendo 29 alunos da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz – EEWB e de 29 alunos da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL – MG. A amostra foi

constituída 58 (73%) alunos que obedecerem aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo, conforme discriminado na Figura 1.

Os critérios de inclusão considerados foram: estar matriculado e cursando a disciplina de semiotécnica do 5º período da graduação em Enfermagem na EEWB e UNIFAL-MG e estar presente na sala de aula durante a coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: ser técnico ou auxiliar de Enfermagem e já ter realizado anteriormente o cuidado de banho no leito.

A amostra do estudo (58 alunos) foi randomizada por meio de moeda ao ar, dando origem a dois braços de estudo: *Grupo controle (GC)*, composto de 28 alunos e *Grupo simulado (GS)*, formado por 30 alunos. A alocação foi realizada por uma pessoa não participante do estudo. No momento do *follow up* a amostra do estudo ficou determinada em 52 alunos: *Grupo controle (GC)*, composto de 25 alunos e *Grupo simulado (GS)*, formado por 27 alunos, sendo que quatro alunos estavam ausentes no momento da aplicação dos instrumentos e dois haviam desistido do curso.

Figura 1 – Adaptado do Fluxograma de rastreamento da amostra, conforme CONSORT (2010).



Fonte: Fluxograma CONSORT, 2010.

4.4 DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Após a busca na literatura nacional e internacional, não foram encontrados instrumentos de avaliação sobre o conhecimento cognitivo ou sobre o desenvolvimento da técnica de banho no leito. Também não foram encontrados instrumentos gerais ou específicos que permitissem avaliar o “conhecimento” adquirido, portanto foi necessária a elaboração de questionários, tal como sugere Pasquali (1996).

Assim, para contemplar os objetivos desta pesquisa, foram elaborados pela autora quatro instrumentos de coleta de dados, todos com base na literatura (LOPES, 2012; PEGRAM; BLOOMFIELD, 2007; POTTER; PERRY, 2013; PEDERSOLI, 2013; TIMBY, 2014).

- a) Questionário sociodemográfico (APÊNDICE A);
- b) Teste escrito sobre banho no leito (APÊNDICE B);
- c) Instrumento de avaliação clínica objetiva e estruturada sobre banho no leito (OSCE) (APÊNDICE C);
- d) Instrumento de avaliação da satisfação no ensino do banho no leito (APÊNDICE D).

a) Questionário sociodemográfico

Este questionário teve a finalidade de caracterizar e selecionar a população do estudo e foi aplicado antes da intervenção da aula expositiva dialogada. O instrumento era composto por 07 questões, do tipo múltipla escolha, que abordavam as variáveis: idade; gênero; estado civil; ocupação; formação anterior como técnico de Enfermagem e experiência na área (LOPES, 2012; PEDERSOLI, 2013).

b) Teste escrito sobre banho

Esse teste visava identificar o conhecimento cognitivo sobre o conteúdo de banho (PEGRAM; BLOOMFIELD, 2007; POTTER; PERRY, 2013; TIMBY, 2014). Trata-se de um instrumento autoaplicativo, composto de 12 perguntas fechadas, com respostas dicotômicas, do tipo verdadeiro ou falso. Foi aplicado antes e após a aula expositiva dialogada, cuja finalidade era investigar o conhecimento prévio sobre o assunto. Esse teste foi aplicado, novamente, 30 dias após a aula (*follow up*), a fim verificar a apreensão do conhecimento, depois desse intervalo de tempo (LOPES, 2012).

c) Avaliação clínica objetiva e estruturada sobre banho no leito

Este instrumento foi elaborado com base no *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE), cuja finalidade foi avaliar o desempenho individual do aluno durante a realização do banho no leito, portanto seus itens contemplam ações, minuciosamente planejadas, a serem desenvolvidas no cenário simulado de banho no leito (PEGRAM; BLOOMFIELD, 2007; PEDERSOLI, 2013; POTTER; PERRY, 2013; TIMBY, 2014).

Esse modelo de *check-list* foi originalmente desenvolvido em Dundee em meados dos anos setenta, por Harden e Gleeson, que tiveram o interesse em criar este teste, a fim de avaliar as competências clínicas de médicos em formação, os quais transitavam por diversas 'estações' nas quais eram avaliados individualmente por meio de uma lista criteriosa de verificação, a qual continha as ações que deveriam ser executadas pelos alunos (ALINIER, 2003).

O OSCE foi desenvolvido para a formação de médicos e de outros estudantes e permanece em uso até os dias de hoje. Nesse, os estudantes podem demonstrar sua competência sob uma variedade de condições simuladas, pode ser introduzido usando observadores ou examinadores que não conhecem os alunos e que podem até vir de outras instituições apenas para avaliá-los (WATSON et al., 2002).

Esse é um formato de avaliação na qual os candidatos podem participar de várias estações/cenários elaboradas pelos docentes, os quais listaram, no instrumento, todas as tarefas que deverão ser executadas pelos alunos, normalmente envolvendo o conhecimento cognitivo, as habilidades clínicas, a entrevista, a iniciativa, a comunicação com o paciente e o exame físico deste (BOURSIKOT; ROBERTS, 2005). Esse instrumento propicia, então, a avaliação do “saber como”, por meio da qual professor pode avaliar o aluno a partir da observação deste com o indivíduo (ZEFERINO; PASSERI, 2007).

Dessa forma, esse instrumento pode ser utilizado para avaliar um conjunto de habilidades as quais se esperam do estudante, podendo ser adaptado conforme a necessidade e o currículo da instituição; assim, após sua elaboração os alunos são observados pelo corpo docente, ou por outra pessoa treinada para o devido fim; e, ao término, pode ser utilizado para discussão com os discentes sobre seu desempenho (DENNEHY; SUSARLA; KARIMBUX, 2008).

A elaboração desse instrumento se dá pela avaliação da situação na qual este será aplicado, em consonância com o nível dos discentes e com os objetivos do curso, já que não é pertinente para avaliar qualquer competência clínica, sendo indispensável o uso de um modelo para planejar um exame (BOURSIKOT; ROBERTS, 2005).

Nesse sentido, os principais desafios para a adoção dessa ferramenta de ensino estão relacionados ao preparo adequado do corpo docente e a sua capacidade de elaboração de problemas clínicos a serem trabalhados pelos discentes, porém, após superados estes desafios, o instrumento propicia uma formação ampla ao aluno, por permitir a articulação entre o conhecimento teórico, as habilidades práticas e a resolução de problemas reais (GALATO et al., 2011).

Pode-se afirmar, assim, que o OSCE, bem elaborado e planejado, utilizando diversos recursos e criteriosos dados de avaliação, pode ser de grande valia para a formação de profissionais nas diversas áreas da saúde, assim como na Enfermagem (MEDEIROS et al., 2014).

Neste estudo, o instrumento de “Avaliação clínica objetiva e estruturada sobre banho no leito” é apresentado na forma de *check-list*, composto por 11 categorias, divididas em 73 itens, que especificam, respectivamente, as intervenções e ações a serem realizadas durante o banho de leito. Portanto, esse instrumento descreve os passos da implementação do cuidado, incluindo não só as ações práticas ligadas diretamente a essa intervenção, mas também inclui as atividades relacionadas à interação e à comunicação com o paciente.

Esse instrumento foi preenchido por um avaliador, previamente treinado, durante o treino de habilidades e novamente durante o cenário simulado, à medida que o discente realizava a intervenção do banho no leito. O avaliador fez a checagem dessas ações, assinalando se essas estavam sendo realizadas de forma certa ou de forma errada.

Para a aplicação desse instrumento, foi elaborado o cenário simulado intitulado “Cenário simulado do banho no leito” (QUILICI et al., 2012; SIMULATION SCENARIO DEVELOPMENT TEMPLATE, 2014).

A ferramenta utilizada nesse cenário foi o simulador ator, no qual um ator padronizado e previamente treinado desempenhou o papel de paciente.

Para a elaboração do cenário simulado, iniciou-se com a construção do instrumento de elaboração de cenários, do qual constam a data da realização; o responsável pelo cenário; os objetivos gerais e específicos; o local da simulação; o manequim utilizado; as características do paciente (manequim); os equipamentos e os materiais que foram utilizados; a descrição do caso clínico; o roteiro do cenário, com as ações esperadas pelos discentes, os principais pontos do *debriefing* e as referências utilizadas para a elaboração do cenário simulado (PEGRAM; BLOOMFIELD, 2007; PEDERSOLI, 2013; POTTER; PERRY, 2013; TIMBY, 201

d) Avaliação da satisfação no treino de habilidades e no cenário simulado sobre banho no leito

Com a finalidade de avaliar o contentamento dos alunos em relação às metodologias utilizadas para o ensino do banho de leito (LOPES, 2012), para o treino de habilidades e para o cenário simulado, utilizou-se esse instrumento composto de 10 questões, do tipo *Likert*, com pontuação mínima para cada questão de um ponto e máxima de 10 pontos. O instrumento foi aplicado imediatamente ao final de cada estratégia e 30 dias após (*follow up*), para verificar a satisfação dos alunos após esse intervalo de tempo.

4.6 PROCESSO DE ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Após a elaboração, todos os instrumentos foram submetidos a um processo de análise, com o objetivo de analisar a clareza e a abrangência dos itens, a facilidade de compreensão, a extensão e a forma de apresentação (GALDEANO, 2007). Esse refinamento foi realizado por cinco peritos com experiência no fenômeno investigado. A seleção dos peritos obedeceu aos critérios estabelecidos por Fehring (1994) para a Validação de Conteúdo de Diagnóstico de Enfermagem. O modelo foi considerado pertinente para este estudo, uma vez que não foi encontrado na literatura nenhum referencial para determinar a escolha de juízes para o processo de refinamento desses instrumentos de pesquisa.

Segundo Fehring (1994), foram incluídos como enfermeiros especialistas ou peritos aqueles que obtiverem uma pontuação mínima de cinco pontos, conforme o Quadro 1. Neste estudo, dois juízes eram mestres, um possuía experiência na temática investigada e os demais possuíam doutorado na área do fenômeno investigado.

Quadro 1 – Critérios estabelecidos por Fehring (1994) para a identificação de peritos. Minas Gerais, 2015, n=58.

Critérios	Pontuação
Titulação de Mestre em Enfermagem	04
Titulação de Mestre em Enfermagem com dissertação direcionada a conteúdo relevante do estudo	01
Publicação de artigo sobre a temática em periódicos de referência	02
Artigo publicado sobre a temática e com conteúdo relevante à área em foco	02
Doutorado versando sobre a temática	02
Experiência clínica de pelo menos 01 ano na área em estudo	01
Certificado de prática clínica relevante à área em estudo	02

Fonte: FEHRING, R. J., 1994, p. 59.

Para a avaliação dos instrumentos, foram observados os critérios de inteligibilidade preconizados por Pasquali (1997), sendo eles:

- a) Pertinência: visa indicar se cada questão é adequada, ou seja, apropriada ao instrumento;
- b) Aparência/estrutura: a exterioridade, aspecto de cada questão;
- c) Confiabilidade: capacidade da questão de ser confiável para aquele conteúdo, ou seja, de representar aquilo que se propõe;
- d) Compreensão: avalia o entendimento ao se realizar a leitura de cada item, a fim de evitar vários entendimentos de uma mesma questão.

Os juízes receberam todos os instrumentos dispostos em um formulário para análise (APÊNDICE E), bem como as orientações pertinentes a cada item a ser avaliado e a cada questão. Todos procederam à análise dos instrumentos, após a leitura do projeto de pesquisa.

Para a análise do processo de refinamento, foi empregado o teste *Kappa Fleiss* que avalia a concordância dos juízes a respeito dos critérios de inteligibilidade preconizados para cada instrumento. Foi utilizado o *Kappa Fleiss*, pois esse teste permite a correlação entre mais de dois juízes (FLEISS; LEVIN; PAIK, 2003).

O *Kappa* ou o *Kappa Fleiss* mede o grau de concordância além do que seria esperado tão somente pelo acaso (NEWMAN; BROWNER; CUMMINGS, 2003). A interpretação dos

valores de concordância medida pelo kappa seguiu a orientação da literatura especializada: kappa abaixo de 0: pobre; de 0 a 0,20: leve; de 0,21 a 0,40: razoável; de 0,41 a 0,60: moderada; 0,61 a 0,80: substancial e de 0,81 a 1,00: concordância perfeita (LANDIS; KOCH, 1977; ROSNER, 2006).

O questionário sociodemográfico e o instrumento de avaliação da satisfação no treino de habilidades e no cenário simulado apresentaram concordância perfeita (1,00) em todos os critérios de inteligibilidade não sendo necessária nenhuma adequação.

O teste escrito, no que se refere à aparência/estrutura, apresentou uma concordância moderada (0,70); o item confiabilidade apresentou uma concordância razoável (0,50); quanto ao item pertinência; uma concordância moderada (0,70) e quanto à compreensão uma concordância razoável (0,50); sendo que as sugestões foram acatadas pela pesquisadora.

O OSCE, no que se refere à aparência/estrutura, à confiabilidade e à pertinência apresentou uma concordância leve (0,40); quanto à compreensão apresentou uma concordância razoável (0,50); as sugestões também foram acatadas pela pesquisadora.

As contribuições do processo de validação de aparência e de conteúdo pelos juízes foram:

- a) Em relação ao teste escrito sobre banho, as questões anteriormente existentes, 2, 3, 9, 10, 12, 13 e 15 foram eliminadas, pois estavam repetindo informações de outras questões ou eram pouco pertinentes ou impertinentes, segundo as avaliações feitas;
- b) Em relação à avaliação clínica objetiva e estruturada em cenário simulado sobre banho no leito (OSCE), as questões, anteriormente existentes, 2, 3, 5, 6, 12, 32, 39, 42, 54, 64, 68, 74, 78 e 79 foram eliminadas, pois estavam repetindo informações de outras questões ou eram pouco pertinentes ou impertinentes, segundo as avaliações feitas.

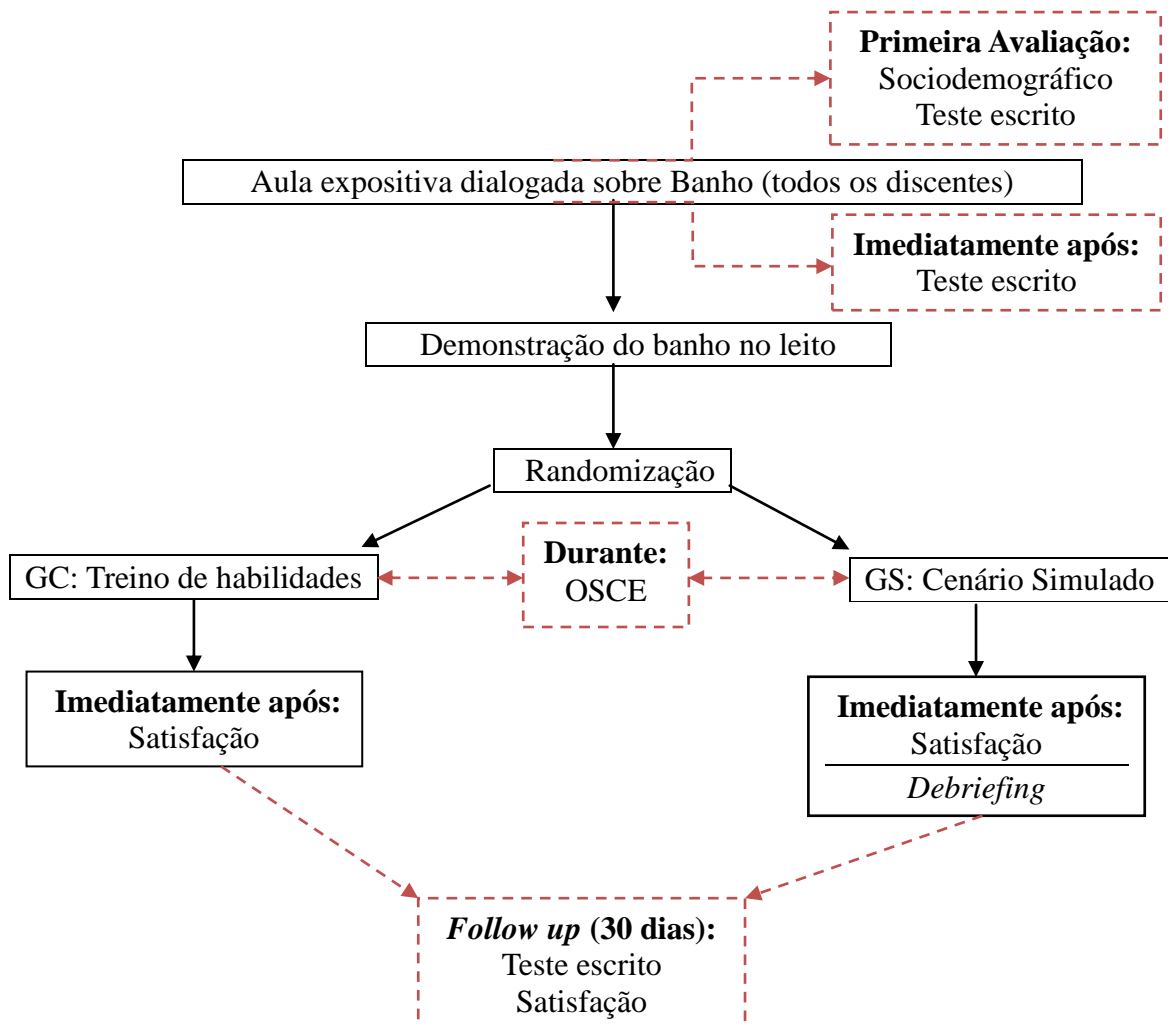
4.7 DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA

As intervenções do estudo foram constituídas pela: “aula tradicional – expositiva dialogada e treino de habilidades sobre o banho no leito” e “aula tradicional – expositiva dialogada e cenário simulado do banho no leito”, como demonstradas na Figura 2, as quais estão alicerçadas em outros estudos desse fenômeno (GILLILAND, 2012; TEIXEIRA, 2011a;

PEDERSOLI, 2013; SULLIVAN-BOLYAI, 2012). O período de coleta de dados ocorreu de novembro de 2014 e de fevereiro a março de 2015.

Todos os alunos foram comunicados pela própria pesquisadora quanto ao dia e ao horário em que deveriam comparecer ao laboratório para a participação nas aulas expositiva dialogada, do treino de habilidades e do cenário simulado sobre o banho no leito, por meio do contato feito por *e-mail* e por telefone. Esses dias e horários foram agendados conforme a disponibilidade dos alunos. As intervenções ocorreram em mais de um dia.

Figura 2 – Fluxograma do desenvolvimento das intervenções e coleta de dados. Minas Gerais, 2015, n=58.



Fonte: Do autor.

4.7.1 Aula tradicional – expositiva dialogada sobre banho

Todos os alunos participaram da aula tradicional – expositiva dialogada, a qual foi ministrada pela própria pesquisadora, com duração de 90 minutos, conforme outros estudos (LOPES, 2012; PEDERSOLI, 2013; SULLIVAN-BOLYAI, 2012; TEIXEIRA, 2011a).

O conteúdo ministrado foi apresentado por meio da utilização de um aplicativo *Microsoft Power Point®*, 2010 e abordou os seguintes tópicos: os objetivos da aula; a definição e os tipos de banho; o levantamento dos dados do paciente; o planejamento dos equipamentos e a preparação destes para cada tipo de banho; as implementações do banho; a justificativa das ações no banho; os cuidados de Enfermagem antes, durante e após o procedimento; a documentação; os benefícios do cuidado para o paciente e para o profissional, e as referências utilizadas para elaboração da aula (PEGRAM; BLOOMFIELD, 2007; POTTER; PERRY, 2013; TIMBY, 2014). Toda a aula foi composta de várias figuras e fotos que demonstrassem os cuidados, os equipamentos e as implementações, com interação durante toda a aula entre a pesquisadora e os alunos (APÊNDICE F).

O ensino do banho no leito foi desenvolvido por meio da aula expositiva dialogada sobre banho, cujo planejamento (APÊNDICE G) foi submetido a um processo de avaliação por três juízes, que consideraram adequados para o conteúdo ministrado.

4.7.2 Demonstração do banho no leito

Imediatamente após a apresentação do conteúdo teórico, todos os alunos foram encaminhados ao laboratório para a demonstração do banho no leito pela pesquisadora e pela auxiliar de pesquisa.

O laboratório foi devidamente equipado, contendo um manequim de baixa fidelidade, leito hospitalar, mesa de cabeceira do paciente e todos os materiais e produtos de higiene necessários para a realização do cuidado.

Nesse momento, cada ação destinada a contemplar as intervenções necessárias para o banho de leito era explicada e demonstrada. A pesquisadora realizava o banho no leito, como tal cuidado deve ser realizado na prática. Durante todo o atendimento, esta comunicava-se e interagiu com o paciente, a todo o momento e agia como se este estivesse respondendo, para que os alunos observassem a importância da comunicação durante a realização do cuidado.

Também foram demonstrados e discutidos com os alunos, a importância da leitura e da anotação de Enfermagem no prontuário do paciente e os cuidados com a privacidade e a segurança deste, com a elevação das grades laterais, a hidratação cutânea, a preparação do ambiente e a colocação do biombo.

Ao término da demonstração, foi destinado um momento para o diálogo da pesquisadora com os alunos, em que estes eram incentivados a relatar o conhecimento adquirido, retirar as dúvidas, interagir e manusear o manequim e os equipamentos.

Após, foi realizada a randomização, pela técnica de moeda ao ar, formando os dois grupos do estudo, grupo controle (GC), formado por 28 alunos, os quais participaram do treino de habilidades do banho no leito e o grupo simulado (GS), formado por 30 alunos, os quais participaram do cenário simulado sobre banho no leito.

4.7.3 Treino de habilidades do banho no leito

Ao término da randomização, foi agendado com os alunos do grupo controle, um dia e horário para a realização do treino de habilidades sobre banho no leito. Foi agendado um dia na mesma semana, conforme disponibilidades dos alunos.

O treino de habilidades sobre banho no leito foi desenvolvido no laboratório das instituições e foi previamente preparado com todos os materiais utilizados durante o procedimento, a saber: um leito hospitalar; mesa de cabeceira do paciente; manequim de baixa fidelidade; materiais pertinentes para a técnica (bacia, jarra, balde, roupa de cama, produtos de higiene, entre outros) e prontuário do paciente com prescrição médica e anotação de Enfermagem.

O treino de habilidades sobre banho no leito foi realizado de forma individual por cada um dos alunos que, ao chegar ao laboratório, recebia a ordem de que deveria realizar a técnica de banho no leito no manequim de baixa fidelidade, da forma em que aprenderam na aula tradicional – expositiva dialogada seguida da demonstração, realizando todos os cuidados apreendidos na aula teórica e na demonstração. Esses alunos tinham, em média, 30 minutos para sua realização. Esse tempo foi alicerçado com base no tempo médio de realização do banho no leito no manequim de baixa fidelidade no teste piloto, pois não foi possível encontrar na literatura qual o tempo estimado de duração do banho no leito.

Como se trata de uma técnica que requer a mão-de-obra de no mínimo dois profissionais de Enfermagem (DIAS JUNIOR et al., 2011), a pesquisadora desempenhou o papel de facilitadora, auxiliando cada aluno na tarefa. Porém vale ressaltar que o aluno deveria coordenar a tarefa, ou seja, comandar as ações e solicitar ao agente facilitador as contribuições necessárias.

Figura 3 – Realização do treino de habilidades na EEWB. Minas Gerais. 2015.



Fonte: Do autor.

Para essa atividade, foi desenvolvido o planejamento das atividades para o treino de habilidades (APÊNDICE H), o qual passou por um processo de refinamento por três juízes, sendo dois juízes doutores e um mestre com experiência na temática.

Após esse processo de refinamento, os juízes procederam as sugestões, as quais foram prontamente acatadas pela pesquisadora, conforme será descrito no item 4.10 (Teste piloto).

4.7.4 Cenário simulado sobre banho no leito

Também, ao término da randomização, foi agendado com os alunos do grupo simulado um dia e um horário para a realização do cenário simulado sobre banho no leito. Para esse grupo, foi preparado o cenário simulado do banho no leito, também desenvolvido no laboratório.

O cenário continha a presença de todos os equipamentos utilizados durante o procedimento: leito hospitalar; mesa de cabeceira do paciente; prontuário do paciente com prescrição médica e anotação de Enfermagem, um paciente padronizado (ator voluntário) com diagnóstico de angina instável severa, o qual tinha um acesso venoso periférico, em dorso da mão esquerda, em soroterapia com solução fisiológica 500 ml para manter o acesso venoso. O ator voluntário foi previamente treinado para desempenhar seu papel e, durante o banho, foi orientado a interagir com o aluno.

O paciente padronizado tinha um grau intermediário de dependência, podendo auxiliar em algumas atividades e, em outras, não; tudo previamente planejado e treinado com a pesquisadora do estudo (CARMONA; ÉVORA, 2003; FONSECA; ECHER, 2003).

Esse paciente utilizou uma roupa apropriada (regata e calça *legging*) de tecido Neoprene, o qual possibilitou que fosse molhado, secasse com rapidez, mantivesse sua temperatura corporal adequada, a fim de tornar a intervenção possível de ser realizada, trazendo o máximo da realidade hospitalar para o contexto simulado.

Dessa forma, os alunos eram recebidos no laboratório, individualmente e realizavam o cuidado com o auxílio da pesquisadora como facilitadora, assim como no treino de habilidades.

O cenário se iniciava com a apresentação de um caso clínico, pela própria pesquisadora (APÊNDICE I).

A. M. F., sexo feminino, 45 anos, vítima de angina instável severa há dois dias, enquanto estava em sua casa juntamente com uma vizinha. Foi encaminhada ao pronto socorro da Santa Casa da cidade, em carro particular. Nega alergias medicamentosas e alimentares, atividade física e qualquer tipo de cuidados com a alimentação. Tabagista fumando uma cartela de cigarros por dia. Faz uso de bebida alcoólica socialmente, em média quantidade. Pai faleceu de infarto agudo do miocárdio há três anos e mãe hipertensa. Ao dar entrada na unidade de pronto socorro foram realizados os primeiros

atendimentos e exames laboratoriais. A paciente se mantém, hoje, em observação na clínica médica da instituição hospitalar.

Você é o (a) enfermeiro (a) da unidade e recebeu o plantão de uma paciente que sofreu angina há dois dias. A paciente apresenta-se orientada, comunicativa, acesso venoso periférico infundindo soro fisiológico (500 ml para manter acesso venoso periférico) em dorso da mão esquerda e sinais vitais estáveis. Ao exame físico, sem anormalidades; mantendo-se com restrição de movimentos. PA = 140 x 90 mmHg, FR = 21 rpm, P = 96 bpm, Sat O₂ = 98% e T = 36,1°C. Paciente aguardando a intervenção do banho.

Nesse momento, era esclarecido ao aluno que deveria realizar a técnica de banho no leito no paciente (manequim – ator), da mesma forma que aprenderam na aula tradicional – expositiva dialogada, seguida da demonstração, realizando todos os cuidados apreendidos nas aulas anteriores. O aluno também tinha, em média, 30 minutos para a realização do cuidado. Esse tempo foi alicerçado com base no tempo médio de realização do banho no leito no manequim-ator no teste piloto, assim como no treino de habilidades.

O cenário simulado também passou por um processo de refinamento por três juízes, sendo dois juízes doutores e um mestre com experiência na temática. Após esse processo de refinamento, os juízes procederam a sugestões, as quais foram prontamente acatadas pela pesquisadora, conforme está descrito no item 4.10 (Teste piloto).

Figura 4 – Realização do cenário simulado na EEWB. Minas Gerais. 2015.



Fonte: Do autor.

Durante todos os cenários simulados, foram utilizados o mesmo ator e o mesmo quadro clínico na representação do paciente para cada aluno.

4.7.4.1 Condução e análise do *debriefing*

Imediatamente ao final de todos os cenários simulados, os alunos do grupo simulado participaram do *debriefing*, objetivando discutir com os alunos a experiência de participar da simulação, sendo esse momento próprio das simulações realísticas. Era-lhes solicitado que aguardassem o término dos cenários para sua realização.

Nesse momento, todos os alunos permaneceram sentados em semicírculo e eram indagados pela pesquisadora, com base nesses três principais questionamentos.

- Como você se sentiu atendendo a esse paciente?
- Quais foram as suas ações positivas?
- O que você faria diferente? (STEINWACHS, 1992).

Na medida em que os alunos expunham suas opiniões e percepções, essas eram gravadas em áudio de forma coletiva pela pesquisadora, com autorização prévia destes (APÊNDICE J). Todos os alunos tiveram a oportunidade de se manifestar e o momento do *debriefing* teve duração de 30 minutos.

4.8 COLETA DE DADOS

Antes de se iniciar a aula expositiva dialogada, foi solicitado que os alunos respondessem ao “Questionário sociodemográfico” (APÊNDICE A) e ao instrumento “Teste escrito sobre banho” (APÊNDICE B). Imediatamente ao final da aula e 30 dias após (*follow up*), os alunos responderam novamente ao instrumento “Teste escrito sobre banho”. Os discentes tinham 10 minutos para respondê-lo (LOPES, 2012). Foi realizada a avaliação do conhecimento sobre o banho antes, imediatamente após e novamente após os 30 dias (*follow up*) para identificar o conhecimento prévio e adquirido acerca do assunto e a apreensão do conhecimento teórico após esse intervalo de tempo (LOPES, 2012).

Durante a realização do banho no leito, por cada um dos alunos, individualmente, tanto no treino de habilidades quanto no cenário simulado, o avaliador preenchia o instrumento de “Avaliação clínica objetiva e estruturada sobre banho no leito (OSCE)” (APÊNDICE C), à medida em que os alunos de ambos os grupos realizavam o procedimento.

O avaliador e o ator simulado foram previamente treinados pela pesquisadora e independentes da pesquisa e foi utilizado o mesmo avaliador e o mesmo ator para todos os alunos e cenários.

Imediatamente após o término do treino de habilidades e do cenário simulado e 30 dias (*follow up*) após, os alunos responderam ao “Questionário de satisfação no ensino do banho no leito” (APÊNDICE D), a que tinham cinco minutos para responder (LOPES, 2012).

A coleta de dados 30 dias após (*follow up*), ocorreu enquanto os alunos aguardavam o início de uma aula; dessa forma, o instrumento foi aplicado nos discentes que estavam presentes.

Nessa fase do estudo, houve perdas, mantendo, assim, a amostra de 52 alunos, sendo 25 alunos no grupo controle e 27 no grupo experimental. Dos seis alunos excluídos da pesquisa, quatro estavam ausentes no dia da coleta e dois haviam desistido do curso.

Durante todas as avaliações, os alunos não podiam sair da sala, consultar materiais, trocar informações com outros colegas ou retirar dúvidas com a pesquisadora.

4.9 ANÁLISE DE DADOS

O banco de dados foi construído em uma planilha eletrônica do programa *Microsoft Excel*® 2010, com dupla digitação e validação. Posteriormente, estes foram importados ao *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 22.0, para se proceder à análise estatística.

Para facilitar as análises e manter o mascaramento do estatístico, ficou determinado o Grupo controle como Turma 1 e o Grupo simulado como Turma 2.

Foi utilizado o teste Qui-quadrado (AGRESTI, 2002) e as análises descritivas para a caracterização sociodemográfica dos discentes. As variáveis quantitativas e classificatórias estão apresentadas em tabelas, contendo as frequências absolutas e relativas, médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos. O teste McNemar foi utilizado no teste escrito para avaliar o conhecimento teórico dos alunos antes e após a aula ministrada e, para avaliar o conhecimento teórico dos discentes, após os 30 dias após (*follow up*) do teste escrito.

Foi utilizado o Teste Exato de Fisher para comparar o desempenho dos alunos do grupo controle e do grupo simulado no OSCE. O teste Mann-Whitney foi realizado para avaliar o conhecimento cognitivo geral dos discentes antes e imediatamente após e 30 dias depois (*follow up*) da aula ministrada, o desempenho geral dos discentes durante a realização do banho no leito e para a comparação intergrupos no teste escrito antes, imediatamente após e 30 dias após (*follow up*) a aula expositiva dialogada.

da satisfação 30 dias após (*follow up*) (LEHMANN; D'ABRERA, 2006). O teste de Wilcoxon foi aplicado para avaliar a satisfação entre os grupos no momento pós-intervenção e 30 dias após (*follow up*) e para comparação intergrupos.

Vale ressaltar que todos os testes foram aplicados, considerando-se um nível de significância de 5%.

Foi realizado o teste piloto, com um grupo homogêneo de 15 discentes e foram utilizados os mesmos testes em sua análise.

Para identificar o poder estatístico do estudo, foi realizada a análise dos resultados do teste escrito pós-curso como medida principal e considerando desvio padrão de 1,5 pontos para a nota nos dois grupos, por meio do programa *Piface Application Selecto*. O poder estatístico de um ensaio clínico é definido pela probabilidade de se identificar diferença de efeito entre os grupos simulado e treino de habilidade; dessa forma, é influenciado por quatro fatores: a natureza do teste estatístico, o nível de significância estatística adotada, o tamanho da amostra e a diferença esperada no efeito dos dois tratamentos (COUTINHO; CUNHA, 2005). Como referência, utiliza-se um poder estatístico acima de 80% (COUTINHO; CUNHA, 2005).

Nesse sentido, ressalta-se que a média de todas as variáveis do presente estudo aponta um poder estatístico de 80% para detectar diferença de 1 ponto em média entre as notas. E 88% de poder para avaliar a diferença de 1,2 que foi observada (BUSSAB E MORETTIN, 2006), demonstrando que o tamanho da amostra está suficiente para o delineamento utilizado. Nesse sentido, destaca-se que o cálculo amostral não foi realizado, pois o poder estatístico do estudo foi acima de 80%, não sendo necessário o cálculo amostral.

Para a análise dos resultados do *debriefing*, foi utilizado o método qualitativo de Análise Temática proposta por Braum e Clarke (2006). Esse método se propõe à identificação e à análise de padrões dentro dos dados, relevantes à questão de pesquisa.

As respostas foram transcritas na íntegra em editor de texto, pela pesquisadora. Após a transcrição, as respostas foram devolvidas aos participantes para que pudessem corrigir, retirar ou acrescentar algo. Apenas uma participante fez um acréscimo em seu depoimento. Essa estratégia é utilizada para validação dos dados qualitativos, ou seja, para que o participantes verifique se o que foi transcrito era realmente aquilo que ele desejava expressar. (MAXWELL, 1992) Para se manter o anonimato dos participantes, estes foram denominados pela letra “A” maiúscula precedida por um algarismo arábico.

Para a organização e a análise dos dados, como uma das formas de operacionalização do método, as autoras sugerem seis fases: a primeira fase envolve a transcrição dos dados; a leitura repetida para imersão dos pesquisadores nos dados coletados e a busca inicial por significados e padrões de repetição. Na segunda fase, inicia-se a identificação dos códigos, que são os segmentos ou elementos básicos que retratam as características dos dados. A terceira fase visa à organização dos códigos iniciais semelhantes em temas e subtemas e sua representação em um mapa temático. A quarta fase envolve a revisão dos temas na busca por sua coerência e consistência. Na quinta fase, os temas são nomeados após seu refinamento.

Finalmente, a sexta fase consiste na produção e na redação do manuscrito, permeada pelos fragmentos das entrevistas que melhor retratem a análise desenvolvida e a correlação com a literatura (BRAUM; CLARKE, 2006).

4.10 TESTE PILOTO

A fim de testar a compreensão dos alunos sobre aos instrumentos de pesquisa e avaliar os procedimentos de coleta de dados, foi realizado o teste piloto do estudo com um grupo de 15 alunos da graduação de Enfermagem, sendo nove da UNIFAL-MG e seis da EEWB, nos meses de outubro e novembro de 2014.

Em relação aos instrumentos de pesquisa, após sua aplicação, os sujeitos podem expor suas dificuldades, dúvidas e sugerir termos que sejam mais compreensíveis para a sua realidade e, caso o instrumento necessite de alguma adaptação, ele é novamente revisado e um novo teste é realizado (BEATON et al., 2002). Portanto, foi identificado se os itens dos instrumentos estavam de fácil entendimento pelos participantes, e se o tempo de resposta estava adequado.

Ainda, no teste piloto, foi avaliada a necessidade de ajustes no tempo da aula expositiva-dialogada, bem como do treino de habilidades e do cenário simulado, dos ajustes dos equipamentos necessários para o ensino do banho de leito, como por exemplo, projetor de mídia, o treinamento do avaliador e do ator, disposição dos materiais e treino da pesquisadora na condução do cenário simulado e do *debriefing*.

Os dados coletados foram tabulados em uma planilha eletrônica do programa *Microsoft Excel*® 2010, e duplamente validados, sendo posteriormente importados para o programa *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 22.0. O nível de significância utilizado nos testes foi de 5%.

As contribuições do pré-teste foram:

- a) Devido às especificidades dos cuidados de xampu, de higiene oral e de higiene íntima estes não foram incluídas na pesquisa, já que esses são conteúdos podem ser ensinados separadamente ao banho no leito (POTTER; PERRY, 2013; TIMBY, 2014);
- b) Possibilitou verificar o tempo de execução das aulas expositiva-dialogada, sendo estipulado o tempo de 90 minutos. Espinosa (2008) desenvolveu pesquisas na área da

educação, de psicologia e de neurociência e refere que o aluno consegue manter sua atenção durante no máximo 20 minutos; após esse tempo, o professor precisa lançar mão de recursos e de estratégias diferenciadas para a apreensão da atenção dos discentes por um tempo maior; dessa forma, com base no tempo médio de duração da aula expositiva-dialogada no pré-teste, a aula ficou definida com duração de 90 minutos, incluindo fotos e demonstração do procedimento para facilitar a atenção dos mesmos;

- c) Possibilitou verificar o tempo de execução do treino de habilidades e do cenário simulado. Esse tempo ficou estimado, em média, em 30 minutos para cada aluno, fundamentado no tempo de realização do pré-teste, pois não foi possível na literatura o tempo médio para a realização do banho no leito;
- d) Permitiu verificar o tempo de aplicação dos instrumentos de avaliação. Os alunos levaram em média 10 minutos para responder aos questionários, o que é de consonância com outros estudos quanto ao tempo de aplicação desses instrumentos (LOPES, 2012; PEDERSOLI, 2013);
- e) Permitiu o treinamento e retirada de dúvidas do avaliador, quanto ao instrumento OSCE, como este deveria preenchê-lo e o treino do avaliador em preencher o instrumento, à medida em que o aluno realizasse o procedimento;
- f) Permitiu o treinamento e retirada de dúvidas do ator simulado, quanto à interação com o aluno e quais as atividades ele poderia auxiliar este;
- g) Permitiu o treinamento da pesquisadora na apresentação e na condução do cenário e no papel de facilitadora. A apresentação do cenário era feita, em média, em dois minutos;
- h) Possibilitou o treinamento na condução do *debriefing*, quanto ao tempo de duração, o qual durou, em média, 30 minutos e as perguntas norteadoras. O tempo do *debriefing* foi estimado no tempo de duração do cenário simulado, conforme Quilici et al., (2012);
- i) Possibilitou verificar a compreensão dos alunos quanto aos instrumentos, sendo feitas as adequações necessárias.

- j) Permitiu validar os planos de aulas elaborados, tanto para o treino de habilidades quanto para o cenário simulado.

4.11 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os aspectos éticos do presente estudo obedeceram à Resolução nº 466/12 do Ministério da Saúde e foram cadastrados na Plataforma Brasil e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG, PARECER 722.137 e CAAE 31509314.5.0000.5142 (ANEXO A).

Foi solicitada a autorização para o desenvolvimento da pesquisa à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG (APÊNDICE K) e à Escola de Enfermagem Wenceslau Braz–EEWB-MG (APÊNDICE L).

Todos os voluntários do estudo foram recrutados para participar da pesquisa por meio de um convite feito pela própria pesquisadora, realizado em sala de aula, no qual estes receberam as orientações da pesquisa, seus objetivos, seu caráter voluntário e a garantia do anonimato.

Ao término desses esclarecimentos e da retirada de dúvidas, foi entregue aos discentes, que aceitaram participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE M) para que o assinassem, o qual esclarecia de forma clara e objetiva os objetivos da pesquisa; o local; a duração; os conteúdos ministrados; a forma como seriam ministrados; os possíveis riscos e desconfortos a sua pessoa; os benefícios esperados; os custos e reembolsos para o participante e a confiabilidade dessa pesquisa. Foi fornecida uma cópia do termo para cada participante da pesquisa, com as devidas assinaturas.

Todas as atividades ministradas, a expositiva dialogada, o treino de habilidades e o cenário simulado sobre banho no leito, foram agendadas previamente com os discentes, em dias e horários diferentes das atividades curriculares e seguiram a um plano de aula pré-estabelecido, tendo as salas e os laboratórios sido previamente agendados (APÊNDICE G, H e I).

Todas as atividades realizadas, aula expositiva dialogada, o treino de habilidades e o cenário simulado foram fotografados para a elaboração final da dissertação, e aos participantes que aceitaram participar da pesquisa e assinaram a autorização do uso de sua imagem e da gravação do áudio para a condução do *debriefing* (APÊNDICE J).

O ensino desse procedimento enquanto pesquisa não substituiu a aula ministrada pelo professor como consta na proposta da disciplina. Assim, os alunos que aceitaram participar da pesquisa tiveram o conteúdo de banho no leito previamente com a pesquisadora, tratando-se de pesquisa e, posteriormente, com o docente, tratando-se da atividade curricular da graduação. Os alunos que não aceitaram participar da pesquisa tiveram o conteúdo de banho no leito normalmente, com o professor, como previsto na grade curricular do curso de graduação.

Ao final da pesquisa, todos os alunos foram convidados a participar do cenário simulado sobre banho no leito.

Esse estudo, por se tratar de um ensaio clínico, foi cadastrado na Plataforma de Registro para Ensaio Clínicos – Rebec, sob o requerimento número 3474, o qual está em processo de análise (ANEXO B).

5 RESULTADOS

Para fins didáticos, os resultados deste estudo foram subdivididos em tópicos, conforme seguem.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS ESTUDANTES

O estudo contou com a participação de 58 estudantes, em que 28 (48%) alunos compuseram o grupo controle (GC) e 30 (52%) alunos, o grupo simulado (GS). O perfil sociodemográfico é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição do perfil sociodemográfico dos alunos do grupo controle (GC) e do grupo simulado (GS), Minas Gerais, 2015, n=58.

Variáveis do Estudo		GC (n=28) f (%)	GS (n=30) f (%)	Total (n=58) f (%)	Valor p ¹
Sexo	Feminino	23 (82)	26 (87)	49 (84)	0,726
	Masculino	05 (18)	04 (13)	09 (16)	
Estado Civil	Casado	02 (07)	00 (00)	02 (03)	0,328
	Relação Estável	01 (04)	01 (03)	02 (03)	
	Solteiro	25 (89)	29 (97)	54 (94)	
Trabalha	Sim	02 (07)	03 (10)	05 (09)	0,612
	Não	26 (93)	27 (90)	53 (91)	

Fonte: Do autor.

¹ Teste Qui-quadrado

Em relação ao sexo, observou-se uma prevalência do sexo feminino em ambos os grupos, com um total de 49 (84%). Quanto à idade dos alunos, estes possuíam de 18 a 36 anos, com uma média de idade de 22 anos com desvio padrão de 3,8 para os alunos do GC e 21,5 com desvio padrão de 3,6 para os alunos do GS. Em relação ao estado civil, tem-se o predomínio de solteiros, 54 (93%).

Quando questionados se trabalham, 53 (91%) referem trabalhar, porém nenhum aluno (100%) refere ser na área da saúde.

A partir desses dados, pode-se verificar que houve homogeneidade entre os grupos, uma vez que não houve diferença estatística significativa nas variáveis que caracterizam a amostra (TABELA 1).

5.2 AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO COGNITIVO NOS MOMENTOS PRÉ, PÓS E 30 DIAS DEPOIS (*FOLLOW UP*) DA AULA EXPOSITIVA-DIALOGADA SOBRE BANHO NO LEITO.

Avaliar o conhecimento cognitivo do aluno é importante, pois permite verificar o que este sabe e o que apreendeu sobre um determinado conteúdo, irá auxiliar o professor a planejar as futuras atividades de acordo com as dificuldades ou facilidades do aluno. Ao avaliar o conhecimento cognitivo dos alunos do curso de graduação em enfermagem sobre o banho no leito, por meio do teste escrito sobre banho, foi possível verificar o conhecimento prévio, imediatamente após e a assimilação destes em relação ao conteúdo trabalhado após os 30 dias de todo o processo de conhecimento. Essa avaliação é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das médias do conhecimento cognitivo dos alunos no teste escrito, pré, pós e 30 dias depois (*follow up*) da aula expositiva dialogada no grupo controle (GC) e do grupo simulado (GS), Minas Gerais, 2015, n=58.

Teste Escrito	GC				
	Pré (n=28) Média (DP)	Pós (n=28) Média (DP)	Valor p ¹ - pré e pós	Follow up (n=25) Média (DP)	Valor p ¹ - pós e follow up
Total	8,03 (1,47)	9,10 (1,65)	0,068	8,24 (-1,88)	0,972
Teste Escrito	GS				
	Pré (n=30) Média (DP)	Pós (n=30) Média (DP)	Valor p ¹ - pré e pós	Follow up (n=27) Média (DP)	Valor p ¹ - pós e follow up
Total	8,23 (1,3)	9,66 (1,16)	0,001	9,25 (-1,18)	0,197

Fonte: Do autor.

¹ Teste de Mann-Whitney

A partir dos resultados obtidos, foi possível verificar que, no geral, o conhecimento cognitivo dos alunos do Grupo Simulado (GS) foi superior - imediatamente após a aula, a média geral, do conhecimento cognitivo do grupo controle (GC) foi 9,10 e do GS foi 9,66; sendo estatisticamente significativamente a melhora do conhecimento dos alunos do GS, ($p=0,001$). Ao analisar o conhecimento cognitivo dos alunos imediatamente após a aula expositiva e 30 dias depois (*follow up*), foi possível identificar uma queda da média em ambos os grupos, porém sem significância estatística (TABELA 2).

Na avaliação realizada antes da aula expositiva dialogada, a média geral do conhecimento cognitivo no GC foi 8,03 e no GS 8,23 (TABELA 2), ou seja, quanto ao conhecimento cognitivo, os grupos eram homogêneos, pois não houve significância estatística. Portanto, antes da aula e imediatamente após a aula expositiva, os grupos apresentavam similaridade no conhecimento sobre o banho de leito. Entretanto, ao comparar o conhecimento cognitivo entre os grupos, 30 dias após (*follow up*) a aula expositiva dialogada, houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,009$) para o grupo simulado, ou seja, os alunos que participaram deste grupo, após todas as fases do estudo, apresentaram melhora na assimilação do conhecimento (TABELA 3).

Ainda, observa-se que 30 dias após, quatro itens avaliados apresentaram diferenças estatisticamente significativa, demonstrando melhor absorção do conhecimento nos seguintes aspectos: benefícios do banho para o paciente; importância do paciente auxiliar durante o banho no leito; quais os materiais utilizados durante o banho de aspersão e a realização da massagem de conforto (TABELA 2).

Tabela 3 – Associação entre o grupo controle (GC) e o grupo simulado (GS) no momento pré, pós e 30 dias depois (*follow up*) a aula expositiva dialogada, Minas Gerais, 2015, n=58.

Questões avaliadas	Valor p ¹		
	GC e GS - pré	GC e GS - pós	GC e GS - follow up
1. Quais os tipos de banho;	1,000	0,673	1,000
2. No banho de aspersão, o enfermeiro deve encaminhar o paciente ao banheiro e supervisioná-lo somente se necessário;	0,743	0,430	0,080
3. O que avaliar para determinar o tipo de banho;	1,000	1,000	1,000
4. Quais aspectos devem ser considerados durante o banho;	0,688	1,000	0,100
5. Benefícios do banho para o paciente;	0,390	0,699	0,010
6. Oportunidades do banho ao profissional;	0,354	1,000	0,603
7. Realização do curativo;	1,000	1,000	0,047
8. Participação do paciente durante o banho;	0,050	1,000	0,603
9. Materiais para o banho de aspersão;	1,000	1,000	0,046
10. Materiais para o banho no leito;	0,633	0,699	0,245
11. Anotação de enfermagem;	0,097	0,234	0,840
12. Massagem de conforto.	1,000	1,000	0,010
TOTAL	0,834	0,640	0,009

Fonte: Do autor.

¹ Qui-Quadrado

A Tabela 4 apresenta os resultados item a item, das 12 questões do teste escrito, ministrado antes da aula expositiva dialogada, imediatamente após e 30 dias depois (*follow up*).

Nas questões 5, 9 e 12, a porcentagem de acertos, após as aulas, melhorou nos dois grupos, mas 30 dias depois essa porcentagem manteve-se elevada apenas no GS, diminuindo no GC.

Tabela 4 - Distribuição e percentual de acertos por questões do teste escrito no pré, pós e 30 dias depois (*follow up*) a aula expositiva dialogada no grupo controle (GC) e no grupo simulado (GS), Minas Gerais, 2015, n=58.

Questões	GC					GS				
	Pré (n=28) f (%)	Pós (n=28) f (%)	Valor p ¹ - pré e pós	Follow up (n=25) f (%)	Valor p ¹ - pós e follow up	Pré (n=30) f (%)	Pós (n=30) f (%)	Valor p ¹ - pré e pós	Follow up (n=27) f (%)	Valor p ¹ - pós e follow up
1	25 (89)	22 (79)	0,453	21 (84)	0,754	26 (87)	18 (60)	0,057	22 (81)	0,267
2	12 (43)	14 (50)	0,791	07 (28)	0,063	15 (50)	19 (63)	0,454	14 (52)	0,508
3	27 (96)	27 (96)	1,000	23 (92)	1,000	28 (93)	30 (100)	0,500	25 (93)	0,500
4	07 (25)	11 (39)	0,388	12 (48)	0,453	12 (40)	18 (60)	0,210	19 (70)	0,344
5	15 (53)	14 (50)	1,000	06 (24)	0,109	19 (63)	18 (60)	1,000	16 (59)	1,000
6	12 (43)	28 (100)	<0,001	24 (96)	0,500	07 (23)	30 (100)	<0,001	26 (96)	1,000
7	28 (100)	28 (100)	1,000	21 (84)	0,125	27 (90)	30 (100)	0,250	27 (100)	1,000
8	22 (78)	26 (93)	0,219	23 (92)	1,000	25 (83)	29 (97)	0,219	26 (96)	1,000
9	20 (71)	25 (89)	0,180	19 (76)	0,375	23 (77)	23 (77)	1,000	26 (96)	0,070
10	20 (71)	14 (50)	0,146	18 (72)	0,180	23 (77)	19 (63)	0,219	23 (85)	0,180
11	18 (64)	19 (68)	1,000	16 (64)	1,000	19 (63)	26 (87)	0,065	18 (67)	0,227
12	19 (68)	27 (96)	0,021	17 (68)	0,039	23 (100)	30 (100)	0,016	26 (96)	1,000

Fonte: Do autor.

¹ McNemar

De maneira geral, é possível observar que a porcentagem de acertos aumenta após a aula, independentemente da técnica utilizada, no entanto, após os 30 dias o GS mantém a porcentagem de acertos na maioria das questões, enquanto o GC diminui, como por exemplo é observado na questões: 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 11.

5.3 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS ALUNOS DURANTE O TREINO DE HABILIDADES E DURANTE O CENÁRIO SIMULADO SOBRE BANHO NO LEITO.

A avaliação geral do desempenho dos alunos, do curso de graduação em enfermagem, durante o desenvolvimento do banho no leito, no treino de habilidades e no cenário simulado, por meio do instrumento de avaliação clínica objetiva e estruturada, sobre banho no leito (OSCE), é apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição das médias do desempenho dos alunos durante o banho no leito no grupo controle (GC) e no grupo simulado (GS), Minas Gerais, 2015, n=58.

OSCE	GC (n=28)	GS (n=30)	Valor p ¹
	Média (DP)	Média (DP)	
Total	42,7 (6,6)	40,9 (6,2)	0,435

Fonte: Do autor.

¹ Teste de Mann-Whitney

A partir desses resultados obtidos, pode-se verificar que no geral que os grupos foram similares no que se refere ao desempenho durante a realização do banho no leito, pois não houve diferença (p=0,435).

A tabela 6 apresenta as ações que os alunos realizaram durante o banho no leito, sendo que em algumas houve similaridade no desempenho de ambos os grupos; em outras, os alunos do GC realizaram de forma mais adequada e outras o GS.

Tabela 6 - Distribuição e percentual de acertos por questões no desempenho dos alunos durante o banho no leito no grupo controle (GC) e no grupo simulado (GS), Minas Gerais, 2015, n=58.

(Continua)			
QUESTÕES AVALIADAS	GC (n=28)	GS (n=30)	Valor p ¹
	f (%)	f (%)	
1. Leitura do prontuário	10 (36)	11 (38)	0,940
2. Chamou e tocou o paciente	20 (71)	24 (80)	0,446
3. Identificou-se	18 (64)	25 (83)	0,098
4. Explicou o procedimento	19 (68)	24 (80)	0,291
5. Perguntou sobre os materiais de higiene	04 (14)	09 (30)	0,152
6. Preparou o ambiente	01 (3,6)	06 (20)	0,104
7. Manteve cabeceira elevada	18 (64)	28 (93)	0,006
8. Calçou luvas de procedimento	26 (93)	25 (83)	0,425
9. Ofereceu comadre ou urinol	00 (00)	03 (10)	0,238
10. Soltou lençol da cama	03 (11)	11 (37)	0,021
11. Abaixou a grade lateral do leito	19 (68)	15 (50)	0,168
12. Comunicou-se	12 (43)	11(37)	0,630

(Continuação)

QUESTÕES AVALIADAS		GC (n=28)	GS (n=30)	Valor p ¹
		f (%)	f (%)	
13.	Calçou luva de banho	26 (93)	27 (90)	1,000
14.	Posicionou a toalha de rosto	19 (68)	08 (27)	0,002
15.	Iniciou a limpeza pelos olhos	25 (89)	26 (87)	1,000
16.	Realizou a limpeza dos olhos corretamente	26 (93)	27 (90)	1,000
17.	Limpeza dos olhos com movimentos corretos	21 (75)	25 (83)	0,434
18.	Limpeza da compressa	22 (78)	22 (73)	0,641
19.	Limpeza do restante da face	25 (89)	28 (93)	0,665
20.	Secou a face	23 (82)	23 (78)	0,607
21.	Comunicou-se	10 (36)	09 (30)	0,643
22.	Retirou parte do pijama	17 (61)	29 (97)	0,001
23.	Manteve lençol cobrindo tórax	15 (54)	08 (27)	0,036
24.	Expôs os braços	27 (96)	30 (100)	0,483
25.	Limpeza do braço mais distante	15 (54)	11 (37)	0,196
26.	Limpeza dos braços com movimentos corretos	27 (96)	26 (87)	0,354
27.	Limpeza das axilas e das mãos	23 (82)	28 (93)	0,246
28.	Secou os braços	26 (93)	28 (93)	1,000
29.	Trocou de compressa	13 (46)	17 (57)	0,436
30.	Repetiu a limpeza no outro braço	19 (68)	27 (90)	0,038
31.	Ofereceu desodorante ou talco	04 (14)	00 (00)	0,032
32.	Comunicou-se	10 (36)	04 (13)	0,047
33.	Expôs o tórax	25 (89)	29 (97)	0,344
34.	Lavou e secou tórax	25 (89)	29 (97)	0,344
35.	Expôs o abdômen	21 (75)	28 (93)	0,750
36.	Lavou e secou o abdômen	19 (68)	28 (93)	0,013
37.	Colocou novo pijama	18 (64)	14 (47)	0,178
38.	Comunicou-se	09 (32)	04 (13)	0,086
39.	Comadre para higiene íntima	11 (39)	05 (17)	0,054
40.	Mencionou a realização da higiene íntima	18 (64)	22 (73)	0,457
41.	Cobriu com o pijama região íntima	14 (50)	04 (13)	0,003
42.	Trocou compressa	09 (32)	06 (20)	0,291
43.	Comunicou-se	10 (36)	05 (17)	0,098
44.	Expôs a perna mais distante	18 (64)	07 (23)	0,002
45.	Limpeza das pernas com movimentos corretos	25 (89)	26 (87)	1,000
46.	Lavou os pés	25 (89)	26 (87)	0,344
47.	Secou as pernas e os pés	23 (82)	30 (100)	0,021
48.	Limpeza da outra perna	26 (93)	29 (97)	0,605
49.	Flexão e extensão das pernas	21 (75)	20 (67)	0,486
50.	Hidratação cutânea	09 (32)	07 (23)	0,453

(Conclusão)

QUESTÕES AVALIADAS		GC (n=28)	GS (n=30)	Valor p ¹
		f (%)	f (%)	
51.	Arrumou a camisola, cobrindo membros inferiores	15 (54)	14 (47)	0,599
52.	Trocou a compressa	10 (36)	04 (13)	0,047
53.	Comunicou-se	09 (32)	07 (23)	0,453
54.	Posição lateral	23 (82)	29 (97)	0,097
55.	Expôs região dorsal	25 (89)	29 (97)	0,344
56.	Comunicou-se	12 (43)	11 (36,7)	0,630
57.	Lavou e secou região dorsal e glútea	27 (96)	29 (97)	1,000
58.	Massagem de conforto e hidratação	16 (57)	18 (60)	0,825
59.	Comunicou-se	08 (29)	06 (20)	0,446
60.	Arrumou a camisola na região dorsal	21 (75)	23 (77)	0,882
61.	Posição dorsal	19 (68)	24 (80)	0,291
62.	Comunicou-se com o paciente	06 (21)	06 (20)	0,893
63.	Arrumou camisola	24 (86)	17 (57)	0,015
64.	Trocou roupa de cama	25 (89)	30 (100)	0,106
65.	Colocou novas roupas de cama	22 (79)	26 (87)	0,499
66.	Elevou as grades laterais	09 (32)	04 (13)	0,086
67.	Organizou o quarto	05 (18)	00 (00)	0,021
68.	Guardou produtos de higiene	06 (21)	00 (00)	0,009
69.	Colocou as roupas sujas no hamper	24 (86)	22 (73)	0,245
70.	Questionou as necessidades do paciente	06 (21)	03 (10)	0,290
71.	Mostrou a campainha e orientou	02 (07)	04 (13)	0,671
72.	Retirou luvas e higienizou as mãos	11 (39)	02 (07)	0,003
73.	Efetuiu a anotação de enfermagem	02 (07)	02 (07)	1,000

Fonte: Do autor.

¹ Teste exato de Fisher

Dessa forma, pode-se observar que, das 73 questões, 32 (44%) obtiveram escore mais altas no GC, com diferença estatisticamente significativa em 11 (15%), sendo elas: 14, 23, 31, 32, 41, 44, 52, 63, 67, 68 e 72.

Em relação ao GS, pode-se observar que, das 73 questões, 38 (52%) obtiveram escores mais altos nesse grupo, com diferenças estatisticamente significativa em seis (8,2%), sendo elas: 7, 10, 22, 30, 36 e 47.

Ainda, das 73 questões, sete (9,5%) apresentaram igualdade no escore entre os dois grupos, sendo elas: 13, 15, 16, 28, 45, 57 e 73.

5.4 SATISFAÇÃO DOS ALUNOS A RESPEITO DO TREINO DE HABILIDADES E DO CENÁRIO SIMULADO IMEDIATAMENTE APÓS E 30 DIAS DEPOIS (*FOLLOW UP*) DO DESENVOLVIMENTO DA TÉCNICA DO BANHO NO LEITO.

Avaliar a satisfação dos alunos do curso de graduação em enfermagem, sobre o treino de habilidades e sobre o cenário simulado, por meio do instrumento de avaliação da satisfação no ensino do banho no leito foi de extrema importância, pois permitiu observar o contentamento dos alunos, quanto à utilização de ambas as estratégias.

Em relação à satisfação geral dos alunos, foi possível verificar que, em ambos os grupos, os escores foram altos, no GS foi de 90,1 e no GC foi de 87,4, ou seja, os grupos foram homogêneos, pois não houve significância estatística (TABELA 7).

Tabela 7 - Distribuição das médias de satisfação dos alunos no pós e 30 dias depois (*follow up*) do treino de habilidades e do cenário simulado no grupo controle (GC) e no grupo simulado (GS), Minas Gerais, 2015, n=58.

Questões	GC			GS			Valor p ²	
	Pós (n=28)	Follow up (n=25)	Valor p ¹ - pós e follow up	Pós (n=30)	Follow up (n=27)	Valor p ¹ - pós e follow up	GC e GS - pós	GC e GS - follow up
	Média (DP)	Média (DP)		Média (DP)	Média (DP)			
1	9,25 (1,43)	8,04 (2,37)	0,006	8,8 (1,27)	8,52 (1,55)	0,511	0,056	0,821
2	9,11 (1,57)	7,80 (2,60)	0,031	8,97 (1,25)	8,81 (1,42)	0,650	0,237	0,143
3	7,57 (2,27)	6,28 (2,89)	0,059	8,70 (1,56)	8,41 (1,62)	0,199	0,052	0,004
4	8,29 (1,78)	7,16 (2,32)	0,028	8,73 (1,44)	8,44 (1,72)	0,510	0,287	0,025
5	8,36 (2,11)	6,96 (2,84)	0,056	9,63 (0,67)	9,30 (1,23)	0,253	0,005	<0,001
6	9,43 (1,29)	8,24 (2,20)	0,010	9,27 (1,14)	9,04 (1,22)	0,091	0,432	0,177
7	8,03 (2,22)	6,84 (2,13)	0,062	7,80 (1,63)	8,04 (1,65)	0,542	0,306	0,038
8	8,96 (1,88)	7,88 (2,68)	0,081	9,23 (1,01)	8,96 (1,16)	0,259	1,000	0,276
9	9,14 (1,56)	8,63 (2,44)	0,006	9,47 (0,97)	8,74 (1,43)	0,063	0,501	0,126
10	9,32 (1,52)	7,60 (2,63)	<0,001	9,50 (0,82)	9,00 (1,07)	0,026	0,734	0,038
TOTAL	87,4 (15,07)	74,5 (22,55)	0,972	90,1 (6,32)	87,2 (11,00)	0,197	0,913	0,007

Fonte: Do autor.

¹ Teste de Wilcoxon

² Teste de Mann-Whitney

A partir desses resultados obtidos, pode-se verificar que, em relação aos itens do instrumento, a questão 5 apresentou diferença estatisticamente significativa para os alunos do GS ($p=0,005$) (TABELA 7). A referida questão avalia se a aula da qual participaram proporcionou que os alunos pratiquem o banho no leito em ambiente próximo da realidade.

Ao analisar a satisfação dos alunos imediatamente após o treino de habilidades e o cenário simulado e 30 dias depois (*follow up*), foi possível identificar uma queda da média em ambos os grupos, com significância estatística em seis questões no GC e uma no GS (TABELA 7).

As questões do GC são: 1, 2, 4, 6, 9 e 10, as quais avaliam, respectivamente, se a aula proporcionou o aprendizado cognitivo e permitiu que o discente utilizasse esses conhecimentos no banho no leito; se proporcionou conhecimento prático sobre o assunto; se a estratégia utilizada permitiu treinar a tomada de decisão; se proporcionou que o mesmo praticasse a intervenção do banho no leito próximo a realidade; se foi dinâmica e se a aula proporcionou um aprendizado significativo.

No GS se refere à questão 12, a qual avalia se a aula proporcionou um aprendizado significativo ($p=0,026$) (TABELA 7).

Na comparação entre o *follow up* do GC e o *follow up* do GS, a média de satisfação do GS se manteve mais alta, sendo estatisticamente significativa a esse grupo ($p=0,007$).

5.5 ANÁLISE QUALITATIVA DAS FALAS DOS ALUNOS DURANTE O *DEBRIEFING*

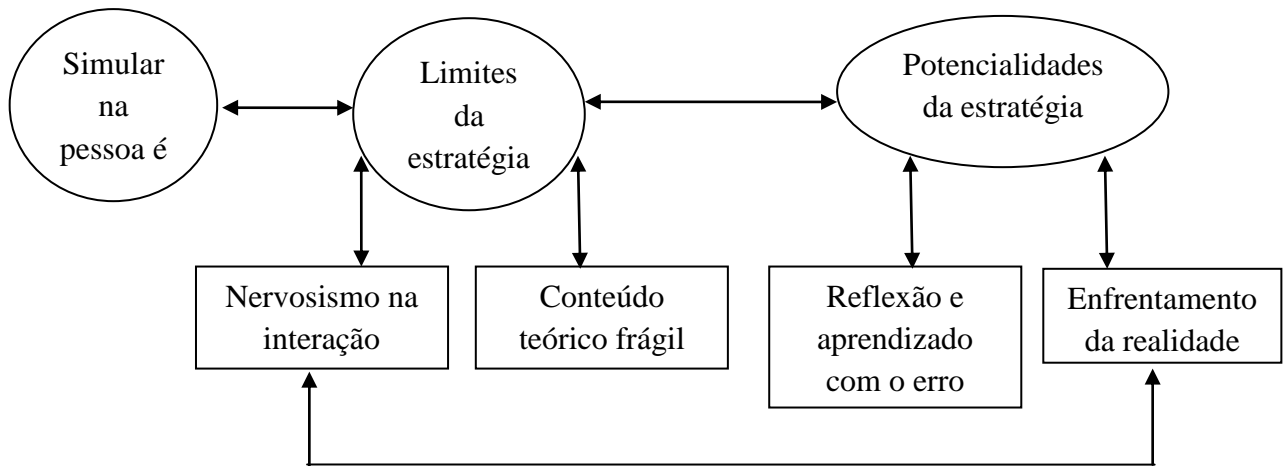
A utilização do *debriefing* é própria das simulações realísticas e sua implementação é de extrema importância, por propiciar ao professor e aos alunos a oportunidade de discutir suas experiências.

Nessa ótica, conhecer a percepção dos alunos, sobre participar do cenário simulado, com ator, no ensino do banho no leito, é imprescindível, por ser a satisfação algo essencial para o aprendizado efetivo do indivíduo.

Após a implementação do *debriefing*, foi possível verificar que essa técnica possibilitou aos alunos um momento de reflexão de seus erros e acertos, o que auxiliou na identificação das ações e dos cuidados que esses poderiam ter realizado de forma diferenciada, a fim de proporcionar segurança e qualidade ao atendimento prestado.

Dos passos propostos por Braum e Clarke (2001), foram identificados três temas e quatro subtemas, conforme a Figura 5.

Figura 5 – Mapa temático com as categorias da análise do *debriefing*. Minas Gerais, 2015. (n=58).



Fonte: Do autor.

O primeiro tema identificado foi “Simular na pessoa é melhor”. Neste, os alunos referiram que realizar o cuidado na pessoa é melhor para o aprendizado por auxiliar na identificação e na diminuição dos erros.

...melhor do que no boneco...a gente fez em uma pessoa de verdade, a gente errou bastante, todo mundo errou e quando a gente erra a gente não erra mais de novo, então foi bem melhor. (A1)

Referiram também que se sentiram mais seguros nas ações que estavam realizando, pois o paciente real reage a suas interações, tanto com a comunicação verbal quanto com as expressões faciais.

Eu acho que quando faz assim ao vivo, né, em uma pessoa mesmo, a gente sente um pouco segura, porque se a gente está machucando ou alguma coisa a pessoa vai demonstrar, vai gritar, vai falar e no boneco a gente não tem essa noção se tá fazendo errado, se tá machucando, se não tá machucando, o que mantém a segurança e o bem-estar dele. (A2)

Relatam, ainda, que realizar em um paciente real permite aprender noções em relação à movimentação correta de um paciente.

Bem melhor fazer numa pessoa de verdade do que fazer no boneco, porque aí você tem noção de como você está fazendo, aí quando você for pegar e movimentar um paciente de verdade você vai fazer mais certo. (A5)

Eu acho que é muito válido, sim, e como a gente nunca, aliás como a gente sempre aprende no boneco, então a movimentação do boneco é diferente, o paciente às vezes pode ajudar, então eu acho superválido ... (A13)

Reforçaram também a possibilidade de realmente realizar o cuidado em ambiente próximo da realidade.

Eu já acho importante porque querendo ou não você já vai vendo como que você vai lidar com o paciente no ambiente hospitalar porque muitas vezes a gente faz aqui chega na prática você vai pegar lá o paciente nunca viu, não sabe nem como que é, não sabe nem como que você vai reagir diante ao paciente. (A4)

Eu acho muito bom porque a gente entra aqui para fazer mesmo... (A8)

O segundo tema identificado foi “Limites da estratégia”, no qual os alunos apresentaram alguns aspectos que eles identificaram como barreira para o seu aprendizado e para a execução correta do cuidado.

Assim, num primeiro momento eu fiquei com vergonha porque era o primeiro. (A3)

O nervosismo, porque eu entrei sabendo de tudo, mas na hora que eu cheguei ali já tinha esquecido de tudo [...] é mais o psicológico que atrapalha, porque a teoria eu sabia.(A1)

...acho que o fato de ficar com vergonha, eu ficava muito preocupada com o próximo passo que eu ia fazer e deixei de conversar com a paciente, eu acho que essa parte então para mim foi meio falha. (A6)

...mas na hora a gente fica nervosa, fica até sem jeito de abordar o paciente, acho que é isso. (A7)

Os alunos referiram, ainda, que apenas uma aula e uma demonstração do cuidado é muito pouco para que saibam executá-lo corretamente, e que como o aprendizado foi muito

recente, fez com que eles não consigam realizá-lo adequadamente e ao mesmo tempo interagir com o paciente.

Eu acho assim, que por eu nunca ter dado, e a gente teve só uma aula antes, eu não sabia direito como que ia dar o banho tudo certinho [...] eu não sabia com uma aula só um dia antes, eu acho que não deu para saber. (A4)

...ficou muito recente a técnica para a gente conseguir relacionar a técnica com a interação com o ser humano. Acho que isso foi o que mais me dificultou, porque eu ficava pensando é isso que eu tenho que fazer, é isso que eu tenho que fazer aí olhava para e falava nossa Dona Antônia calma não sei o que lá, então acho que é difícil conciliar os dois quando você acabou de aprender uma coisa. (A9)

O terceiro tema identificado nessa pesquisa foi “Potencialidades da estratégia”, no qual os alunos refletiram sobre seus próprios erros e identificaram alguns cuidados e ações que poderiam ser realizadas pela equipe com o intuito de auxiliar na recuperação do paciente.

...eu acho que poderia ter conversado mais com ela...(A6)

A gente poderia ter interagido melhor com o paciente, ter conversado, ter falado mais... (A7)

Acho que faltou, assim, desenvoltura, porque eu tentava interagir, mas às vezes você acabava esquecendo de falar com a pessoa... (A9)

Até na hora de sair mesmo, eu saí e nem me despedi, esqueci de falar que terminou e já sai. (A8)

Relataram também ações como a privacidade do paciente e a mudança de decúbito, como cuidados importantes para sua boa recuperação e bem-estar.

Acho que a questão é a privacidade que na hora ali do banho no leito, por mais que você coloque um paninho tampando parte do corpo acho que é importante para o paciente que está ali você ter cuidado com sua privacidade, porque isso é tudo para o paciente que tá ali debilitado. (A10)

Eu acho que na hora que o paciente já passou, por exemplo, a noite inteira naquela posição, né, eu acho que depois do banho eu poderia ter colocado ele na lateral.(A11)

No que se refere à outra potencialidade da estratégia, foi identificado o subtema “Enfrentamento da realidade”. Nesta, os alunos relataram que, após a possibilidade de realizar o atendimento em uma pessoa e em ambiente realista, se sentem mais seguros, motivados e confiantes para atender um paciente em ambiente hospitalar.

...a gente perdeu um pouco o medo de cuidar de um paciente...(A2)

...e é o que a gente vai ver na realidade né, porque a gente não vai trabalhar sempre com boneco, então é muito válido...(A13)

...a gente não vai ficar muito nervoso, porque meio que a gente perdeu um pouco desse medo [...] porque quando chegar agora no hospital não vai ser a primeira vez, então não sendo a primeira vez a gente não vai ficar tão nervoso... (A5)

A partir da análise das falas dos discentes, foi possível identificar que estes consideram o cenário simulado uma estratégia eficiente no desenvolvimento de diversas competências e conhecimentos, sendo uma metodologia muito válida e útil para um melhor preparo desses futuros profissionais de enfermagem.

6 DISCUSSÃO

O cenário das práticas pedagógicas no ensino da enfermagem tem sofrido inúmeras modificações, exigindo dos docentes do século XXI a inserção de metodologias inovadoras que favoreçam a associação entre teoria e a prática, a fim de permitir e de facilitar a aquisição de diversas competências e conhecimentos (TEIXEIRA et al., 2011a; WATERKEMPER et al., 2011). Assim, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento em saúde, garantir a segurança do paciente e tornar o aprendizado mais motivador e interativo, o uso de diversas metodologias ativas, como o cenário simulado vem sendo bastante discutido, por serem estas capazes de contribuir para desenvolver nos discentes o conhecimento teórico, as habilidades práticas e as diversas competências pertinentes a sua atuação profissional (AKHU-ZAHEGA et al., 2013; IŞIK et al., 2014).

Nesse sentido, os resultados deste estudo demonstram que o conhecimento cognitivo sobre o banho no leito para o grupo controle não se modificou em nenhum momento avaliado. No entanto, ao comparar com grupo da simulação, observa-se que o conhecimento foi superior no *follow up*, ou seja, após vivenciar a simulação, evidenciando que a simulação auxiliou na retenção da teoria sobre o banho no leito.

Essa melhora foi também identificada em vários outros estudos sobre simulação (AKHU-ZAHEGA; GHARAIBEH; ALOSTAZ, 2013; FORONDA et al., 2014; TIFFEN et al., 2011).

Um estudo realizado no Brasil a fim de avaliar a aprendizagem teórica de 42 alunos da graduação de enfermagem sobre o acidente vascular cerebral (AVC), após a aula expositiva dialogada e após a simulação realística, demonstrou ser possível observar que os alunos que participaram da simulação apresentaram melhor apreensão do conhecimento cognitivo (LOPES, 2012).

Assim como no estudo de Tiffen et al., (2011), realizado nos Estados Unidos, com o objetivo de verificar se os estudantes que participaram de uma simulação de média fidelidade sobre o exame físico cardíaco e pulmonar, desenvolveram maior confiança, conhecimento e satisfação, se comparados aos que participaram da aula tradicional, foi observada uma melhora do conhecimento cognitivo nos alunos da simulação.

Simulações são, portanto, metodologias que se objetivam a tornar o aprendizado mais produtivo, dinâmico e flexível, o que conseqüentemente facilita a apreensão do conhecimento

cognitivo, pois permite que o aluno participe de experiências próximas da realidade e reflita sobre a forma como realizou o atendimento, tornando-o protagonista na construção de seu conhecimento (ARAÚJO et al., 2014). Nesse sentido, o uso da simulação realística auxilia os alunos a apreenderem o conteúdo de forma mais eficaz, por ser uma estratégia de aprendizagem ativa, centrada no aluno, sendo este responsável por construir seu conhecimento com base em suas experiências, acertos e erros (MERRIMAN; STAYT; RICKETTS, 2012).

A identificação da retenção do conhecimento cognitivo, no *follow up*, também foi observada no estudo de Lopes (2012), pois os alunos que participaram da simulação apresentaram maior retenção do conteúdo de AVC após 15 e 30 dias da aula ministrada, se comparados ao grupo que participou do ensino tradicional, dado de relevância, pois evidencia que participar da simulação também auxiliou na apreensão do conteúdo teórico (LOPES, 2012). Esses alunos foram avaliados por meio de um instrumento, o qual continha questões teóricas sobre o AVC.

Nesse sentido, o aprendizado significativo e a retenção do conhecimento com o uso das simulações pode ser explicado porque este tipo de metodologia proporciona aos alunos vivenciar situações muito próximas da realidade da prática clínica, o que facilita a compreensão do conteúdo, se comparado a situações tradicionais de aprendizado, por exigir do aluno um papel ativo na construção de seu conhecimento e não um papel passivo, no qual o aluno apenas recebe do docente as informações (GIL, 2011; HOWARD et al., 2010).

Observa-se que a retenção de alguns conhecimentos independem do tipo de metodologia aplicada. No entanto, para reter os conhecimentos sobre os benefícios do banho na limpeza da pele para o paciente (questão 5), quais materiais são utilizados para o cuidado de banho no leito (questão 9) e se a massagem de conforto, para a promoção do retorno venoso, pode ser realizada em qualquer paciente, sem contraindicações (questão 12), a simulação se mostrou mais efetiva

Em relação ao desempenho geral dos alunos, durante a realização do banho no leito, foi possível verificar que este foi igual entre os grupos, ou seja, ambas as estratégias se mostraram eficazes para a realização correta do cuidado prestado, avaliada durante as aulas.

Esses dados corroboram com o encontrado em outro estudo, realizado no Brasil, a fim de verificar o desempenho dos discentes durante a inserção da máscara laríngea em treino de habilidades e em cenário simulado, foi observado que, independentemente da estratégia utilizada, o desempenho foi semelhante (PEDERSOLI, 2013).

Essa semelhança no desempenho pode ser reflexo da oportunidade que ambas as estratégias oferecem aos discentes de realizarem o cuidado, ou seja, de implementarem a prática, sendo a diferença entre os métodos a contextualização, a realidade e o desenvolvimento de competências diversas, como comunicação, liderança, tomada de decisão entre outras que nesse caso, apenas o cenário simulado propicia (COFFMAN, 2012; MARTINS et al., 2012; MARMOL et al., 2012; SANINO, 2012).

Porém, apesar da similaridade no desempenho, foi possível observar que algumas ações foram mais bem desempenhadas nos alunos que participaram do grupo controle, sendo elas: se o aluno posicionou a toalha de rosto no tórax do paciente para a limpeza de seu rosto; manteve o lençol ou toalha cobrindo o tórax do paciente enquanto realiza a limpeza dos membros superiores; ofereceu desodorante ou talco ao paciente após limpeza das axilas; comunicou-se com o paciente durante a limpeza dos membros superiores; cobriu com o pijama, a região íntima; expôs primeiramente a perna mais distante do paciente; trocou a luva de banho ou compressa durante a limpeza dos membros inferiores; arrumou a camisola do paciente; organizou o quarto ao final do cuidado; guardou os produtos de higiene utilizados na mesinha de cabeceira do paciente e se retirou as luvas e realizou a lavagem das mãos ao final do cuidado. Nota-se, assim, que o treino de habilidades auxiliou os discentes na realização correta das ações discriminadas acima.

Esses dados confirmam a possibilidade que o treino de habilidades propicia aos alunos de executar a técnica do banho no leito, assim como o cenário simulado, já que ambas as estratégias possibilitam que os alunos implementem a prática.

Outras ações já foram executadas de melhor forma pelo grupo simulado, como na manutenção da cabeceira elevada 30°, a fim manter uma posição confortável ao paciente e propiciar uma melhor respiração; na retirada do lençol do leito antes de iniciar o cuidado, o que facilita a troca da roupa de cama; na retirada da camisola antes de se iniciar a limpeza dos membros superiores, com o intuito de não contaminá-los com a camisola suja e na limpeza e na secagem correta do abdômen, dos braços, das pernas e dos pés, para evitar que fiquem sujos e molhados.

Nessa ótica, pode-se identificar que a participação dos alunos no cenário simulado, com manequim ator, proporcionou que os discentes se atentassem a detalhes, já que o paciente era real, facilitando a implementação de alguns cuidados (SWENTY; EGGLESTON, 2011).

Dessa forma, os benefícios trazidos pela realização do cuidado em um paciente real também foram percebidos, durante a condução do *debriefing*, momento identificado nessa

pesquisa como de extrema importância, pois proporcionou aos discentes a oportunidade de reflexão de seus erros, acertos, e sobre como poderiam ter executado de melhor forma para o paciente. Segundo Grant et al., (2014), o *debriefing* é um momento ímpar e indispensável na simulação. Esse é considerado uma estratégia eficaz, a qual permite avaliar os alunos durante todo o processo da aprendizagem, facilitando o desenvolvimento destes (MAESTRI; RUDOLPH, 2015).

Nesse sentido, durante o *debriefing*, os discentes referiram, no tema “Simular na pessoa é melhor”, que realizar o cuidado em uma pessoa é melhor para o aprendizado e para seu desempenho, pois conseguiram adquirir noções tanto em relação à teoria pertinente ao banho no leito, quanto a cuidados como a movimentação correta do paciente e os cuidados para a manutenção de seu bem-estar, o que possibilitou vivenciar um atendimento próximo ao que irão encontrar em ambiente hospitalar.

Dessa forma, a oportunidade de realizar um atendimento primeiramente em ambiente simulado faz com que se sintam mais preparados para o cuidado, quando esse for realizado na prática clínica, sendo esta uma estratégia efetiva para oferecer ao aluno as noções, os conhecimentos e as competências pertinentes a um atendimento de qualidade (FLUHARTY et al., 2012; MERRIMAN; STAYT; RICKETTS, 2014; SZPAK; KAMEG, 2013).

No que se refere à satisfação geral dos alunos, foi possível verificar que esta foi alta imediatamente após a aula, em ambos os grupos. Esses dados corroboram com outro estudo, realizado nos Estados Unidos, sobre simulações em situações pediátricas, em cenários de baixa e de alta fidelidade, o qual evidenciou alta satisfação dos discentes em ambos os grupos (MEGEL et al., 2012). Assim, como no estudo de Tosterud et al., (2013), realizado na Noruega, no qual foram implementados casos clínicos em lápis e papel, em manequim de baixa fidelidade e em manequim de alta fidelidade e foi identificado que, independentemente do manequim utilizado, a satisfação dos grupos foram alta, sendo todos os simuladores motivadores para esses discentes, pois os alunos tendem a gostar de estratégias as quais eles já estão habituados a participar, como no caso do manequim de baixa fidelidade. Já os alunos da simulação de alta fidelidade, se sentem satisfeitos pela realidade do cenário, o que torna o aprendizado mais dinâmico e interativo.

As altas médias na satisfação foram, ainda, confirmadas nas falas dos discentes, no tema “Potencialidades da estratégia”, no qual os mesmos referiram que, ao participar do cenário simulado, se sentiram mais seguros, motivados e confiantes para atender um paciente real em ambiente hospitalar. Simulações possibilitam, portanto, que os discentes vivenciem uma

situação semelhante ao que encontrarão na realidade, antes mesmo de atender ao paciente, o que torna o aprendizado mais motivador (FLUHARTY et al., 2012; MERRIMAN; STAYT; RICKETTS, 2014; TIFFEN et al, 2011).

Nesse sentido, as médias altas de satisfação do GC podem ser reflexo da primeira oportunidade que os alunos estão tendo de interagir e de realizar um atendimento em manequins e em laboratório de enfermagem, pois estes se encontravam no período em que se inicia o contato aluno-paciente e o aprendizado prático, sendo esperada uma grande satisfação nesse momento.

No entanto, no momento do *follow up*, foi possível verificar que a satisfação dos discentes do GC apresentou uma queda, e esta desmotivação pode ser justificada pela oportunidade de compartilharem informações com os discentes do GS, sobre como é participar de um cenário no estilo *role-playing*, contexto no qual o paciente é real, interage e conversa.

Foi identificado, ainda, no *follow up*, que a satisfação do GS se manteve alta, o que demonstra que, mesmo após os 30 dias e após a troca de experiências, os discentes se mantiveram mais satisfeitos e motivados.

Esses achados corroboram com o estudo desenvolvido por Swenty e Eggleston (2011), nos Estados Unidos, com o objetivo de verificar a percepção dos discentes em participar de quatro cenários simulados com simuladores distintos, tendo sido observada maior satisfação dos alunos que participaram do cenário simulado com o simulador *role-playing*, sendo esta atribuída pelos discentes ao contato humano entre aluno e paciente.

Por fim, acredita-se que, por ser este, o primeiro estudo a testar e comparar o treino de habilidades e o cenário simulado na aquisição de conhecimentos cognitivos e habilidades práticas aos discentes de enfermagem, no ensino do banho do leito, pode-se afirmar que a participação em cenários simulados com manequim ator auxilia na aquisição e na apreensão do conhecimento cognitivo e também na realização de alguns cuidados benéficos para a efetiva recuperação e bem-estar do paciente, indicando que as simulações devem ser extensivamente estudadas e divulgadas, para sua inserção tanto nas instituições de saúde quanto nas academias, a fim de promover uma formação adequada aos já profissionais e aos futuros profissionais de enfermagem.

Como limitações deste estudo, identificou-se a complexidade da operacionalização da simulação, como sendo uma estratégia desafiadora, pois exige dos docentes preparo e tempo para a elaboração dos cenários; conhecimento aprofundado da temática; familiarização com as

novas tecnologias; adaptação física; equipamentos; recursos financeiros e auxiliares para a sua implementação. Contudo vale ressaltar que a elaboração e a aplicação de estratégias de ensino, como a simulação são, por si só, complexas e sofrem influência de diferentes fatores intrínsecos e extrínsecos que, conseqüentemente, dificultam sua execução.

Outra limitação deste estudo está no tamanho amostral, podendo esse não ter sido suficiente para identificar a diferença no desempenho dos alunos.

Recomenda-se, nesse sentido, a necessidade de estudos que realizem a aplicação do OSCE, durante o banho no leito, 30 dias após (*follow up*) as etapas do estudo, para verificar o desempenho dos alunos após esse tempo.

Destaca-se, ainda, a necessidade de mais ensaios clínicos que investiguem a portabilidade do conhecimento adquirido na simulação para a prática clínica, a fim de verificar se a participação dos discentes em cenários simulados ocasionam mudanças de comportamento destes na prática.

Por fim, cabe destacar a necessidade de que os docentes e as instituições de ensino avancem na busca por mais conhecimentos acerca das metodologias de ensino, a fim de testá-las, de aprimorá-las e de evidenciar suas potencialidade e fragilidades, para que, assim, seja possível melhorar a qualidade do atendimento em saúde, garantir a segurança do paciente e tornar o aprendizado mais motivador e interativo.

7 CONCLUSÃO

A partir dos resultados deste estudo, foi possível verificar como desfecho do estudo que o cenário simulado foi mais eficaz para o aprendizado e para retenção do conteúdo, sendo este identificado como uma estratégia que propiciou maior aquisição e assimilação do conhecimento.

No que se refere ao desempenho dos discentes, foi possível observar que ambas as estratégias proporcionaram as habilidades práticas aos alunos sobre a temática estudada, sendo cada tipo de aula positiva em alguns pontos distintos.

Em relação à satisfação dos discentes, foi possível verificar que esta foi alta em ambos os grupos, porém o GS manteve alta a satisfação mesmo após os 30 dias (*follow up*).

No que se refere à percepção dos alunos em participar do cenário simulado, foi possível observar que estes referem que a simulação os auxiliou na retenção do conteúdo, possibilitou a execução do cuidado em ambiente próximo da realidade, tornou o aprendizado mais motivador e interativo e possibilitou a reflexão dos alunos em relação aos cuidados implementados, sendo todas essas vantagens atribuídas à realidade do ambiente e à oportunidade de realizar o atendimento a um paciente real.

Ao fim desta pesquisa, pôde-se concluir que a inserção de metodologias ativas, como os cenários simulados, no ensino superior, são imprescindíveis, pois a utilização destas, associadas a métodos tradicionais, antes da inserção do estudante na prática clínica, visa garantir um preparo adequado e eficiente aos alunos e um atendimento de qualidade ao paciente.

REFERÊNCIAS

AGRESTI, A. **Categorical Data Analysis**. 2 ed, New York: John Wiley and Sons, p. 710, 2002.

AKHU-ZAHEGA, L. M.; GHARAIBEH, M. K.; ALOSTAZ, Z. M. Effectiveness of Simulation on Knowledge Acquisition, Knowledge Retention, and Self-Efficacy of Nursing Students in Jordan. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 9, n.9, p. 335-342, 2013.

ALINIER, G. Nursing students' and lecturers' perspectives of objective structured clinical examination incorporating simulation. **Nurs Educ Today**, v, 23, n. 6, p. 419–426, 2003.

ANASTASIOU, L. G. C. et al. (Orgs.). **Processos de ensinagem na universidade. Pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 3. ed. Joinville: Univille, p. 67-100, 2004.

ARAÚJO, H. G. de et al. Simulação clínica como metodologia de ensino em pós-graduação de fisioterapia dermato funcional. **Caderno de educação, saúde e fisioterapia**, v. 1, n. 1, 2014

BAILLIE, L.; CURZIO, J. Students' and facilitators' perceptions of simulation in practice learning. **Nurse Education in Practice**, v. 9, p. 297–306. 2009.

BEATON, D. E. et. al. **Recommendations for the Cross-Cultural adaptation of Healthy Status Measures**. American Academy of Orthopaedic Surgeons Institute for Work & Health, 2002.

BOAVENTURA, A. P. **Avaliação do processo ensino aprendizagem das manobras de ressuscitação cardiorrespiratória (RCP) utilizando o desfibrilador externo automático (DEA): alunos da graduação da área da saúde**. 2010. 140f. Tese (Doutora em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BOURSICOT, K.; ROBERTS, T. How to set up an OSCE. **Clinical Teacher**. v. 2, n. 1, jun, 2005. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1743-498X.2005.00053.x/pdf>>. Acesso em: 28 out 2014.

BRAUM, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in Psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, p. 77-101, 2006.

BUÓGO, M., COGO, A. L. P. Desvelando significados do primeiro banho no leito para alunos de um curso de auxiliares de Enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 51-67, jul. 2002.

BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. **Estatística Básica**. 6. ed, São Paulo: Saraiva, 2006.

BUTLER, K. W.; VELTRE, D. E. Implementation of Active Learning Pedagogy Comparing Low-Fidelity Simulation Versus High-Fidelity Simulation in Pediatric Nursing Education. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 45, n. 4, p. e129-e136, 2009.

CAETANO, K. C. **Desenvolvimento e avaliação de um ambiente virtual de aprendizagem em administração em Enfermagem**. 2006. 155f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CARMONA, L. M. P.; ÉVORA, Y. D. M. Grau de dependência do paciente em relação à Enfermagem: análise de prontuários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 468-473, july/aug. 2003.

CHIESA, A. M. et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enferm**, v. 12, n. 2, p. 236-240, abr-jun, 2007.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos Básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 1996.

COFFMAN, S. From Static Lab to Simulation Lab: Students Reflect on Their Learning. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 8, n. 8, p. e335-e340, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Ministério da Saúde. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília. 2001.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Ministério da Saúde. **Consulta sobre a carga horária do curso de graduação em Enfermagem e sobre a inclusão do percentual destinado ao Estágio Supervisionado na mesma carga horária**. Brasília. 2007.

CONSORT. **Flow diagram**. 2010. Acesso em: 20 de Julho de 2014. Disponível em: <http://www.consort-statement.org/consort-statement/flow-diagram>.

COOPER, J. B.; TAQUETI, V. R. A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training. **Qual Saf Health**, v.13, suppl 1, p.11-8. 2004.

COSTA, S. A. da; PFEUTI, M. L. C.; NOVA, S.P.C.C. As estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas pelos docentes e sua relação com o envolvimento dos alunos. **Revista Evidenciação Contábil & Finanças – RECFin**, João Pessoa, v. 2, n. 1, p. 59-74, jan./abr. 2014.

COUTINHO, E. S. F.; CUNHA, G. M. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 27, n. 2, p. 146-151, 2005.

DENNEHY, P.C.; SUSARLA, S.M.; KARIMBUX, N.Y. Relationship Between Dental Students' Performance on Standardized Multiple-Choice Examinations and OSCEs. **Eur J Dent Educ**, v. 72, n. 5, may, 2008.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Essence of Care: Patient-Focused Benchmarks for Clinical Governance**. The Stationery Office, London, 2003.

DOWNEY L.; LLOYD H. Bed bathing patients in hospital. **Nursing Standard**, v. 22. n. 34, p. 35-40, apr. 2008.

DIAS, A. O. de. et. al. O primeiro banho no leito: impacto e sentimentos dos alunos de Enfermagem. **Revista Terra e Cultura**. Ano XIX, n 36, p. 127-137, 2003.

DIAS JÚNIOR, N. J. da L. et. al. Relatos de experiências vivenciados durante o banho no leito em um hospital metropolitano de Belém, PA. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 16, n. 155, abr. 2011.

DOMENICO, E. B. L. de; IDE, C. A. C. Referências para o ensino de competências na Enfermagem. **Rev. Bras de Enferm**, São Paulo, v. 58, n. 4, p. 453-457, jul/ago. 2005.

DONATI, L.; ALVES, M. J.; CAMELO, S. H. H. O perfil do estudante ingressante no curso de graduação em Enfermagem de uma faculdade privada. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 446–450, jul/set. 2010.

ESPINOSA, T. N. **The scientifically substantiated art of teaching: a study in the development of standards in the new academic field of neuroeducation (mind, brain, and education science)**. 2008. 625 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Capella University, Mineápolis, Minesota, 2008.

FELIX, C. C. P.; FARO, A. C. M.; DIAS, C. da R. F. Percepção de estudantes de Enfermagem sobre o Laboratório de Enfermagem como estratégia de ensino. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 243 – 249, 2011.

FELIX, C. C. P. **Avaliação da técnica de lavagem das mãos executadas por alunos do curso de graduação em Enfermagem**. 2007. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROLL-JOHNSON, P. (Ed.). **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Association**. Philadelphia: Lippincott, p. 59. 1994.

FERREIRA, A. B. H.. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

FIGUEIREDO, N. M. A.; CARVALHO, V.; TYRRELL, M. A. R. (Re) lembrando Elvira de Felice: gestos e falas de enfermeiros sobre o banho no leito, uma técnica/tecnologia de Enfermagem. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v 10, n, 1, p. 18-28, 2006.

FILTZGERALD, K. **Método e ambientes instrucionais**. In: BASTABLE, S. B. O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de Enfermagem. 3 ed, Porto Alegre: Artmed, 2010, cap. 10.

FLEISS, J. L.; LEVIN, B.; PAIK, M. C. **Statistical Methods for Rates and Proportions**, 3 ed. New York: John Wiley & Sons, 2003.

FLUHARTY, L. et al. A Multisite, MultieAcademic Track Evaluation of End-of-Life Simulation for Nursing Education. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 8, n. 4, p. e135-e143, 2012.

FONSECA, E. F.; PENAFORTE, M. H. O. de; MARTINS, M. M. F. O. S. da. Cuidados de higiene - banho: significados y perspectivas de los enfermeiros. **Rev. Enf. Ref**, Coimbra, v. 4, n. 5, p. 37-45, jun. 2015.

FONSECA, J. P.; ECHER, I. C. Grau de dependência de pacientes em relação à assistência de enfermagem em uma unidade de internação clínica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 346-354, dez. 2003

FORONDA, C, et al. Use of virtual clinical simulation to improve communication skills of baccalaureate nursing students: A pilot study. **Nurse Education Today**, v. 34, n. 6, p. e53-e57, 2014.

FUERST, E.V.; WOLFF, L.; WEITZEL, M.H. **Fundamentos de Enfermagem**. In: cap. 21. Promover a higiene pessoal. 5 ed. Rio de Janeiro: Interamericana., 1977, p. 231-239.

GABA, D. The future vision of simulation in health care. **Quality and Safety in Health Care**, v. 13, n.1, p. 2-10, 2004.

GALATO, D. et al. Exame clínico objetivo estruturado (ECOPE): uma experiência de ensino por meio de simulação do atendimento farmacêutico. **Interface**, v.15, n.36, p. 309-320, jan./mar. 2011.

GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de Enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**. 2007. 147 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4.ed, Porto Alegre: Artmed, 2000.

GIL, A. C. **Didática do ensino superior**. São Paulo: Atlas S.A., 2012.

GILLILAND, I. et. al. Use of High-Fidelity Simulation to Teach End-of-Life Care to Pharmacy Students in an Interdisciplinary Course. **Am J Pharm Educ**, v. 76, n. 4, p. 66, may. 2012.

GOMES, C.O. et al. Reflexão sobre o processo ensinar aprender no laboratório de Enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene**, Fortaleza, v. 6, n. 1, p. 112-118, jan/abr. 2005.

GRANT, J. S. et al. Comparing the effectiveness of video-assisted oral debriefing and oral debriefing alone on behaviors by undergraduate nursing students during high-fidelity simulation. **Nurse Educ Pract**, v. 14, n. 5, p. 479-84, sep. 2014.

HOWARD, V.M. et al. Integration of Simulation Across the Undergraduate Curriculum: Student and Faculty Perspectives. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 7, n. 1, p. e1-e10, 2011.

HOWARD, V. M et al. Human patient simulators and interactive case studies: A comparative analysis of learning outcomes and student perceptions. **Computers Informatics Nursing**, v. 28, n. 1, p. 42-48, 2010.

IŞIK, B.; KAYA, H. The effect of simulation software on learning of psychomotor skills and anxiety level in nursing education. **Procedia – Social and Behavioral Sciences**, v. 116, p. 3864 – 3868. 2014.

ITO, E.E.; TAKAHASHI, R.T. Publicações sobre Ensino em Enfermagem na Revista da Escola de Enfermagem da USP. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n.4, p. 409-416. 2005.

KAWAKAME, P.M.G. **Avaliação do processo ensino aprendizagem dos estudantes de graduação da área da saúde: manobras de ressuscitação cardiopulmonar com desfibrilador externo automático.** 2011. 202f. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

KNEEBONE, R. L. et al. Simulation and clinical practice: strengthening the relationship. **Med. Educ**, v. 38, n. 10, p. 1095-1102, 2004.

JESUS, C. A. C. **Laboratório de Enfermagem.** Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2006. Disponível em: <<http://www.unb.br/fs/labenf.htm>>. Acesso em: 05 de agosto de 2015.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, Washington, v. 33, n. 2, p.159-175, june. 1977.

LEHMANN, E.L.; D'ABRERA, H.J M. **Nonparametrics statistical methods based on ranks.** Nova Iorque, Ed. Springer, p. 463. 2006.

LIBÂNEO, J.C. **Didática.** 23 ed. São Paulo: Cortez, 1994.

LIMA, T. C. de. **Revelando o processo de recriação do banho no leito no cenário da terapia intensiva: produto da suscetibilidade da Enfermagem em incorporar o conhecimento êmico a sua práxis.** 2008. 215f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2008.

LOPES, J. L.; MARTINS, L. A. N.; BARROS, A. L. de. Bed and shower baths: comparing the perceptions of patients with acute myocardial infarction. **J Clin Nurs**. v. 22, n. 5-6, p. 733-40, mar. 2013.

LOPES, T. O. **Aula expositiva dialogada e aula simulada**: comparação entre estratégias de ensino na graduação em Enfermagem. 2012. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

MACIEL, S. S. A.; BOCCHI, S. C. M. Compreendendo a lacuna entre a prática e a evolução técnico-científica do banho de leito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 233-242, mar/abr. 2006.

MAESTRE, J. M.; RUDOLPH, J. W. Teorías y estilos de debriefing: el método con buen juicio como herramienta de evaluación formativa en salud. **Rev Esp Cardiol**, v. 68, n. 4, p. 282-5, 2015.

MARMOL, M. T. et. al. Central catheter dressing in a simulator: the effects of tutor's assistance or self-learning tutorial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 8 telas, nov./dec. 2012.

MARTINS, J. C. A. et. al. A experiência clínica simulada no ensino de Enfermagem retrospectiva histórica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 25, n. 4, p. 619-625. 2012.

MARTINS, S. I. A. **O banho no leito em contexto de internamento hospitalar**: vivências de pessoas idosas. 2009. 272f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2009.

MATSUURA, J. P. **Aplicação dos simuladores de voo no desenvolvimento e avaliação de aeronaves e periféricos**. 1995. 32f. Trabalho de conclusão de curso - Divisão da Ciência da computação, Instituto tecnológico de aeronáutica, São José dos Campos, 1995.

MAXWELL, J. Understanding validity in qualitative research. **Harvard Educational Review**, v. 62, n. 3, p. 279-300, 1992.

MAZZIONI, S. As estratégias utilizadas no processo de ensino aprendizagem: concepções de alunos e professores de ciências contábeis. **Revista Eletrônica de Administração e Turismo-ReAT**, v. 2, n. 1, jan-jun, 2013.

MEDEIROS, S. B. de. et al. Exame clínico objetivo estruturado: reflexões sob um olhar da Enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 19, n. 1, p. 170-3, jan/mar, 2014.

MEGEL, M. E, et al. Effect of High-Fidelity Simulation on Pediatric Nursing Students' Anxiety. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 8, n. 1, p. e419-e428, 2012.

MERRIMAN, C. D.; STAYT, L. C.; RICKETTS, B. Comparing the Effectiveness of Clinical Simulation versus Didactic Methods to Teach Undergraduate Adult Nursing Students to Recognize and Assess the Deteriorating Patient. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 10, n.3, p. e119-e127, 2014.

MINNAERT, A. C. de S. T.; FREITAS, M. do C. S. Práticas de higiene em uma feira livre da cidade de Salvador (BA). **Ciênc saúde colet**, v. 15, suppl 1, june, 2010.

MIYADAHIRA, A. M. K. Capacidades motoras envolvidas na habilidade psicomotora da técnica de ressuscitação cardiopulmonar: subsídios para o processo ensino-aprendizagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 35, n. 4, p. 366-373, 2001.

LOURÃO, C. M. L. et al. Comunicação em Enfermagem: uma revisão. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene**, v. 10, n. 3, p. 139-145, jul/set. 2009.

MUNIZ, L. C. et. al. Modelagem e simulação na agropecuária. **PUBVET**, v. 11, n. 11, p. 1-31. 2007.

NEPOMUCENO, B. C. et al. Banho No Leito: o Discurso do Sujeito Coletivo de Pacientes Hospitalizados. **Revista Ciências em Saúde FMI**, v. 4, n. 1, jan-mar, 2014.

NEWMAN, T. B.; BROWNER, W. S.; CUMMINGS, S. R. Delineando estudos de testes médicos. In: HULLEY, S. B. et. al. **Delineamento de pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 203-223, 2003.

PASQUALI, L. **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. InB/INEP, 1996.

_____. **Psicometria: Teoria e Aplicações**. Brasília: Editora UnB, 1997.

PEGRAM, A.; BLOOMFIELD, J.; JONES, A. Clinical skills: bed bathing and personal hygiene needs of patients. **British Journal of Nursing**, v. 16, n. 6, p. 356-358, 2007.

PEDERSOLI, C. E. **Desempenho dos estudantes de Enfermagem na inserção de dispositivo supraglótico (máscara laríngea):** um estudo randomizado e controlado em manequins. 2013. 244 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem.** 8 ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2013.

QUILICI, A. P. et al. **Simulação Clínica: do conceito a aplicabilidade.** São Paulo: Atheneu, 2012.

RAUEN, C. A. Simulation as a teaching strategy for nursing education and orientation in cardiac surgery. **Crit Care Nurse.** v. 24, n. 3, p. 46-51, june. 2004.

REZENDE, F. et. al. Simulador cirúrgico e realidade virtual no ensino de cirurgia de catarata. **Rev Brasi oftal.** Rio de Janeiro, v. 71, n. 3, p. 147-148, maio/jun. 2012.

RIZZOTTO, M. L. F. A oriGSm da Enfermagem profissional no Brasil: determinantes históricos e conjunturais. In: SAVIANI, D.; LOMBARDI, J. C. & NASCIMENTO, M. I. M. (Orgs.). **Navegando na história da educação brasileira. Grupo de Estudos e Pesquisas “História, Sociedade e Educação no Brasil” (HISTEDBR),** Unicamp. v. 1, Campinas: Graf FE: Histedbr. 2006.

RODRIGUES, R. R. P.; MARTINS, C. A. P. S. da. **Ensino e aprendizado de pipeline de modo motivante e eficiente utilizando simuladores didáticos.** Workshop sobre Educação em Arquitetura de Computadores - WEAC 2008. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2008.

ROSNER, B. **Fundamentals of Biostatistics.** 6. ed. Belmont: Thomson Higher Education, 2006.

SANINO, G. E. C. de. The use of simulation in nursing Technician Course in Nursing. **J. Health Inform,** v. 4, n. esp, p. 148- 151, dez. 2012.

SCALESE, R. J.; OBESO, V. T.; ISSENBERG, S. B. Simulation Technology for Skills Training and Competency Assessment in Medical Education. **Journal of general interna medicine,** v. 23, suppl 1, p. 46–9, 2007.

SERVILHA, E. A. M.; MONTEIRO, A. P. S. Estratégias para obter a atenção discente no contexto universitário: o papel da voz do professor. **Disturb Comum**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 225-235, ago. 2007.

SILVA, K. L. et al. Desafios da formação do enfermeiro no contexto da expansão do ensino superior. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 380-387, abr/jun. 2012.

SIMULATION SCENARIO DEVELOPMENT TEMPLATE. Disponível em:<
<http://collaborate.uw.edu/sites/default/files/files/ScenarioDevelopmentTemplate.pdf>>. Acesso em 10 de Maio de 2014.

SMOLEN, P.; ZHANG, Y.; BYRNE, J. H. The right time to learn: mechanisms and optimization of spaced learning. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 17, n. 2, p. 77-88, 2016.

SOUZA, N. V. D. O. de. et al. Perfil socioeconômico e cultural do estudante ingressante no curso de graduação em Enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n esp. 2, p. 718-22, dez. 2013.

STEINWACHS, B. How to facilitate a debriefing. **Simulation & Gaming**, v. 23, n. 2, p. 186-195, june. 1992.

SWENTY, C. F.; EGGLESTON, B. M. The evolution of simulation in baccalaureate nursing program. **Clinical Simularion in Nursing**, v. 7, n. 5, p. e 181-e187, 2011.

SZPAK, J.L.; KAMEG, K.M. Simulation Decreases Nursing Student Anxiety Prior to Communication With Mentally Ill Patients. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 9, p. e13-e19, 2013.

SKOY, E. T.; EUKEL, H. N.; FRENZEL, J. E. Comparison of Low- and Higher-Fidelity Simulation to Train and Assess Pharmacy Students' Injection Technique. **Am J Pharm Educ**, v. 77, n. 2, p. 33, mar. 2013.

SULLIVAN-BOLYAI, S. S. et. al. Educating diabetes camp counselors with a human patient simulator: a pilot study. **J Spec Pediatr Nurs**, v. 17, n. 2, p. 121-128, apr. 2012.

TIFFEN, J. et al. Patient Simulator for Teaching Heart and Lung Assessment Skills to Advanced Practice Nursing Students. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 7, n. 3, p. 91-97, 2011.

TEIXEIRA, I. N. de A. O.; FELIX, J. V. C. Simulação como estratégia de ensino em Enfermagem: revisão de literatura. **Rev Interface**, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1173-1184, oct/dez. 2011a.

TEIXEIRA, C. R. S.; et. al. Use of simulator in teaching nursing clinical evaluation. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. spe, p. 187-193. 2011b.

TEIXEIRA, E. et al. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. Bras. Enferm**, v. 66, n. esp, sept. 2013.

TIMBY, B. K. **Higiene**. In: Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de Enfermagem. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, p. 329-57. 2014.

TOSTERUD, R.; HEDELIN, B.; HALL-LORD, M. L. Nursing students' perceptions of high- and low-fidelity simulation used as learning methods. **Nurse Education in Practice**, v. 13, n. 4, p. 262-270, 2013.

VYGOTSKY, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem. **São Paulo: Ícone/Edusp**, 1988.

WATERKEMPER, R.; PRADO, M. L. do. Estrategias de enseñanza-aprendizaje en cursos de graduación en Enfermería. **Rev Avances de Enfermería**, Florianópolis, v. 30, n. 2, p. 234-246, 2011.

WATSON, R. et al. Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. **J. Adv. Nurs**, v. 39, n. 5, p. 421-431, 2002.

WILFORD, A.; DOYLE, T. J. Integrating simulation training into the nursing curriculum. **British Journal of Nursing**, v. 15, n. 1, 2006.

ZEFERINO, A. M. B.; PASSERI, S. M. R. R. Avaliação da aprendizagem do estudante. **Cadernos da ABEM**, v. 3, p. 39-43, out. 2007.

Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

PEDERSOLI, C. E. Desempenho dos estudantes de Enfermagem na inserção de dispositivo supraglótico (máscara laríngea): um estudo randomizado e controlado em manequins. 2013. 244 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

APÊNDICE B – Teste escrito sobre banho

Nome do aluno (iniciais):

Data da coleta: ___/___/___ Hora de Início: _____ Hora de Término: _____

Coloque Verdadeiro (V) ou Falso (F) nas alternativas abaixo:

- 1- () Os tipos de banho são: banho de aspersão, imersão, parcial, total e banho no leito;
- 2- () No banho de aspersão, o enfermeiro deve encaminhar o paciente ao banheiro e supervisioná-lo somente se necessário;
- 3- () Para que o enfermeiro determine que tipo de banho o paciente irá receber, devem-se considerar: força, condições e grau de dependência;
- 4- () Durante o auxílio do banho do paciente, o enfermeiro deve considerar, em relação ao paciente, somente se necessário, suas limitações físicas, crenças, valores e hábitos pessoais, valorizar as preferências culturais, preservar sua independência, assegurar sua privacidade, demonstrar respeito e manter o seu bem-estar físico; (sugestão de mudança para evitar ambiguidade)
- 5- () O banho auxilia na limpeza da pele, diminui o risco de infecção, promove uma melhor respiração, o relaxamento, a circulação, o bem-estar e auxilia na melhora da alimentação;
- 6- () Os benefícios da intervenção do banho para o profissional enfermeiro são: realizar um exame físico completo, avaliar o nível de consciência do paciente, a mobilidade das articulações, a força muscular e o aspecto da pele;
- 7- () O curativo deve ser feito durante o banho, à medida que este é realizado;
- 8- () O paciente deve participar pouco no momento do banho, é a equipe de Enfermagem que deve realizar os cuidados durante a intervenção;
- 9- () Para a técnica de banho de aspersão, utilizo comadre ou papagaio, luva estéril, cadeira de banho, toalha, roupa de cama e produtos de higiene;
- 10- () Para a técnica de banho no leito, utilizo comadre ou papagaio, roupa de cama, luva estéril, sonda, gazes, esparadrapo, dreno, equipo, soro e *hamper*;
- 11- () A anotação de Enfermagem sobre o banho deve conter **somente**, data, hora, procedimento realizado, assinatura e carimbo do profissional que realizou o cuidado;
- 12- () A massagem de conforto, para a promoção do retorno venoso, pode ser realizada em qualquer paciente, sem contraindicações.

Referências

PEDERSOLI, C. E. **Desempenho dos estudantes de Enfermagem na inserção de dispositivo supraglótico (máscara laríngea): um estudo randomizado e controlado em**

manequins. 2013. 244 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

PEGRAM, A.; BLOOMFIELD, J.; JONES, A. Clinical skills: bed bathing and personal hygiene needs of patients. **British Journal of Nursing**, v. 16, n. 6, p. 356-358, 2007.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem.** 8 ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2013.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de Enfermagem.** 10 ed. Porto Alegre: Artmed, p. 311-319. 2014.

APÊNDICE C – Instrumento de Avaliação Clínica Objetiva e Estruturada sobre banho no leito (OSCE)

OBS: Marque “C”, se correto e “E”, se errado, em cada uma das alternativas. Para fins de análise estatística, se o aluno realizar corretamente a ação, é atribuído escore 1 e se realizado errado é atribuído escore 0.

Nome do aluno (iniciais): _____

Data da coleta: ____/____/____ Hora de Início: _____ Hora de Término: _____

Intervenções	Ações	Respostas
Coleta de dados e tomada de decisão	1. Realizou a leitura do prontuário.	()
Verificação do nível de consciência e comunicação com o paciente	2. Aproximou-se, chamou o paciente pelo nome e tocou neste.	()
Identificação do profissional	3. Identificou-se para o paciente e familiar.	()
	4. Explicou o procedimento ao paciente e familiar.	()
	5. Perguntou se o mesmo possui materiais de higiene e se gostaria de utilizar.	()
Preparação do ambiente, do profissional e do paciente	6. Preparou o ambiente: fechando as janelas e portas e colocando biombo.	()
	7. Manteve a cama em posição elevada – 30°, já que não há restrições.	()
	8. Calçou luvas de procedimento.	()
	9. Ofereceu ao paciente a comadre ou o urinol, antes de iniciar o banho.	()
	10. Soltou o lençol da cama.	()
	11. Posicionou-se de um lado do leito e abaixou a grade do mesmo lado.	()
Início do banho e limpeza da face	12. Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções.	()
	13. Calçou a luva de banho ou faz uma luva de banho com a compressa.	()
	14. Colocou uma toalha de rosto sobre o tórax do paciente.	()
	15. Começou o banho pela limpeza dos olhos apenas com água.	()
	16. Realizou a limpeza dos olhos da parte interna para a parte externa dos olhos.	()
	17. Realizou a limpeza em movimentos únicos.	()
	18. Limpou a compressa ou pano na água morna.	()
	19. Lavou o restante da face: nariz, boca, ouvidos e pescoço.	()
	20. Secou o rosto do paciente com a toalha de rosto a qual estava sob o tórax do paciente.	()
	21. Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções.	()
Limpeza dos membros superiores	22. Retirou a parte superior do pijama ou camisola do paciente.	()
	23. Manteve o lençol e/ou a toalha de rosto cobrindo o tórax do paciente.	()
	24. Expôs os braços do paciente.	()
	25. Iniciou a limpeza pelo braço mais distante.	()
	26. Lavou o braço no sentido da porção distal para a proximal.	()
	27. Incluiu a axila e as mãos.	()
	28. Secou os braços, as axilas e as mãos	()
	29. Trocou de compressa ou luva de banho.	()
	30. Repetiu o mesmo procedimento com o outro braço.	()
	31. Ofereceu ao paciente desodorante ou talco.	()

	32. Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções.	()
	33. Expôs o tórax do paciente.	()
	34. Lavou, enxaguou e secou o tórax.	()
	35. Abaixou o lençol ou toalha até região púbica para expor o abdome do paciente.	()
	36. Lavou, enxaguou e secou o abdome.	()
	37. Colocou um novo pijama ou camisola no paciente até a região púbica.	()
	38. Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções.	()
Higiene íntima	39. Ofereceu a comadre para higiene íntima.	()
	40. Referiu que o paciente realizou a higiene íntima.	()
	41. Posicionou o pijama ou camisola do paciente até cobrir a região íntima	()
	42. Trocou de compressa ou luva de banho.	()
	43. Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções.	()
Limpeza dos membros inferiores	44. Expôs a perna mais distante do paciente.	()
	45. Lavou a perna no sentido da porção distal para a proximal.	()
	46. Lavou os pés.	()
	47. Secou as pernas e os pés.	()
	48. Repetiu o mesmo procedimento com a outra perna.	()
	49. Realizou extensão e flexão dos membros inferiores durante a limpeza.	()
	50. Realizou hidratação cutânea com produto apropriado.	()
	51. Arrumou a camisola ou pijama do paciente, cobrindo a região íntima e pernas.	()
Mudança de decúbito: dorsal para lateral	52. Trocou de compressa ou luva de banho.	()
	53. Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções.	()
	54. Ajudou o paciente ou o colocou em posição lateral.	()
Limpeza da região dorsal e massaGSm de conforto	55. Expôs apenas a região dorsal do paciente.	()
	56. Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções.	()
	57. Lavou, enxaguou e secou a região dorsal e a região glútea do paciente.	()
Mudança de decúbito: lateral para dorsal	58. Realizou massagem de conforto/hidratação cutânea na região dorsal do paciente com produto apropriado.	()
	59. Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções.	()
	60. Arrumou a camisola ou pijama da região dorsal do paciente.	()
Mudança de decúbito: lateral para dorsal	61. Ajudou o paciente ou colocou o mesmo em posição dorsal.	()
	62. Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções.	()
	63. Arrumou sua camisola ou pijama.	()
	64. Realizou a troca da roupa de cama.	()
	65. Colocou um novo lençol ou cobertor.	()
	66. Elevou a grade lateral do leito.	()
	67. Organizou o quarto.	()
	68. Guardou os produtos de higiene na mesinha de cabeceira do paciente.	()
	69. Colocou as roupas sujas no hamper à medida que estas foram retiradas .	()
	70. Questionou se o paciente precisava de mais algum atendimento.	()
	71. Orientou o paciente a chamar a equipe caso necessário, mostrando a campainha.	()
	72. Retirou as luvas e higienizou as mãos.	()
	73. Mencionou ou realizou a anotação de Enfermagem.	()

Referências

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8 ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2013.

PEDERSOLI, C. E. **Desempenho dos estudantes de Enfermagem na inserção de dispositivo supraglótico (máscara laríngea):** um estudo randomizado e controlado em manequins. 2013. 244 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de Enfermagem.** 10 ed. Porto Alegre: Artmed, p. 311-319. 2014.

WATSON, R. et al. Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. **J. Adv. Nurs**, v. 39, n. 5, p. 421-431, 2002.

ZEFERINO, A. M. B.; PASSERI, S.M.R.R. Avaliação da aprendizagem do estudante. **Cadernos da ABEM**, v. 3, p. 39-43, out. 2007.

APÊNDICE D – Instrumento de Avaliação da Satisfação no ensino do banho no leito

INSTRUÇÕES: Leia cada uma das perguntas e faça um **x** em apenas uma das respostas:

Nome do aluno (iniciais):

Data da coleta: ____/____/____

1. A aula me proporcionou o aprendizado cognitivo e permitiu que eu utilize esses conhecimentos no banho no leito
() 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10;
2. A aula me proporcionou conhecimento prático sobre o assunto
() 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10;
3. A estratégia utilizada me permitiu treinar a comunicação/interação com o paciente
() 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10;
4. A estratégia utilizada me permitiu treinar tomada de decisão
() 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10;
5. A aula proporcionou que eu pratique a intervenção do banho no leito próximo a realidade
() 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10;
6. A aula promoveu motivação para aprender
() 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10;
7. Sinto-me mais seguro para realizar os procedimentos
() 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10;
8. A aula foi dinâmica
() 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10;
9. A aula proporcionou integração entre teoria e prática
() 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10;
10. A aula proporcionou um aprendizado significativo
() 1; () 2; () 3; () 4; () 5; () 6; () 7; () 8; () 9; () 10;

Referências

LOPES, T. O. **Aula expositiva dialogada e aula simulada:** comparação entre estratégias de ensino na graduação em Enfermagem. 2012. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE REFINAMENTO E AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO

Questionário Sociodemográfico				
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	Pertinência	Aparência/Estrutura	Confiabilidade	Compreensão
1. Idade em anos	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
2. Cor ou raça:	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
3. Gênero:	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
4. Estado civil:	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
5. Trabalha? Atividade? Quanto tempo?	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
6. Possui formação como técnico de enfermagem? Tempo de formação?	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
6.1 Se sim, já atuou como técnico de enfermagem? Por quanto tempo? Área?	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
6.2 Se sim na pergunta anterior, já teve oportunidade de realizar a intervenção de banho no leito em sua prática?	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente

Teste escrito sobre banho

1. Os tipos de banho são: banho de aspersão, imersão, parcial, total e banho no leito;	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
2. O banho de imersão quente deve durar no máximo 2 minutos;	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
3. O banho de imersão frio pode durar em média 20 minutos;	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
4. No banho de aspersão o enfermeiro deve encaminhar o paciente ao banheiro e auxiliá-lo e supervisioná-lo somente se necessário;	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
5. Para que o enfermeiro determine que tipo de banho o paciente irá receber, deve-se considerar: força, condições e grau de dependência.	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
6. Os princípios básicos para realização ou o auxílio do banho ao paciente são considerar limitações físicas, crenças, valores e hábitos pessoais, valorizar as preferências culturais, preservar sua independência, assegurar sua privacidade, demonstrar respeito e manter o seu bem-estar físico.	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
7. O banho auxilia na limpeza da pele, diminui o risco de infecção, promove melhor respiração, promove relaxamento, promove o bem-estar e o relaxamento e auxilia na alimentação;	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente

1. Os benefícios da intervenção do banho para o profissional enfermeiro são, permite a realização de um exame físico completo, permite avaliar o nível de consciência do paciente, permite avaliar a mobilidade das articulações, permite avaliar a força muscular e permite avaliar o aspecto da pele;	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
2. Um banho parcial é aquele em que se realiza a higiene apenas de algumas partes do corpo;	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
3. As trocas das fixações de drenos, tubos orotraqueais e cateteres não devem ser feitas no momento do banho no leito;	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
4. O curativo deve ser feito durante o banho, à medida em que o mesmo é realizado;	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
5. Quando o paciente apresenta colostomia e/ou drenos, devem-se esvaziar as bolsas coletoras ou trocá-las à medida em que se realiza o banho no leito;	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
6. O banho auxilia na melhora da circulação, sendo uma alternativa de substituição da atividade física que aquele paciente não realiza ou o faz de forma restrita.	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
7. O paciente não deve participar ativamente no momento do banho, é a equipe de enfermagem que deve realizar todos os cuidados durante a intervenção.	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente

1. Para a técnica de banho de aspersão, utilizo comadre ou papagaio, luva estéril, cadeira de banho, toalha, roupa de cama e produtos de higiene.	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
2. Para a técnica de banho no leito, utilizo comadre ou papagaio, roupa de cama, luva estéril, sonda, gases, esparadrapo, dreno, equipo, soro e <i>hamper</i> .	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
3. A anotação de enfermagem sobre o banho deve conter somente , data, hora, procedimento realizado, assinatura e carimbo do profissional que realizou o cuidado.	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
4. A massagem de conforto, para a promoção do retorno venoso, pode ser realizada em qualquer paciente, sem contraindicações.	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente

Instrumento de Avaliação Clínica Objetiva e Estruturada em cenário simulado sobre banho no leito (OSCE)					
1. Coleta de dados e tomada de decisão	Realizou a leitura do prontuário,	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Coletou informações sobre as condições, as limitações e o estado geral o paciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Decisão do tipo de banho a ser realizado	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
2. Verificação do nível de consciência e comunicação com o paciente	Aproximou-se e chamou o paciente pelo nome	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Tocou o paciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Confirmou que está consciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
3. Identificação do profissional	Identificou-se para o paciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Explicou o procedimento	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Perguntou se o mesmo possui materiais de higiene que gostaria de utilizar ou alguma preferência	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente

4. Preparação do ambiente, do profissional e do paciente	Preparou o ambiente: fechando as janelas e portas e colocando biombo	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Manteve a cama em posição elevada – 30°	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Calçou luvas de procedimento	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Ofereceu ao paciente a comadre ou o urinol	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Posicionou-se de um lado do leito e abaixou a grade do seu lado do leito	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Soltou o lençol da cama	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
5. Início do banho e limpeza da face	Calçou a luva de banho ou fez uma luva de banho com a compressa;	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Colocou uma toalha de rosto sobre o tórax do paciente;	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Começou limpando os olhos apenas com água	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente

	Da parte interna para a parte externa dos olhos	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Realizou a limpeza em movimentos únicos	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Limpou a compressa ou pano na água morna	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Lavou o restante da face: nariz, boca, ouvidos e pescoço	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Secou o rosto do paciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
6. Limpeza dos membros superiores	Retirou a parte superior do pijama ou camisola do paciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Manteve o lençol cobrindo o tórax do paciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Expões os braços do paciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Iniciou pelo braço mais distante	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente

	Lavou o braço da porção distal para a proximal	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Utilizou movimentos firmes, suaves e amplos	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Incluiu a axila e as mãos	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Secou	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Repetiu o mesmo procedimento com o outro braço	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Ofereceu ao paciente desodorante ou talco	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
7. Limpeza do Tórax e abdome	Trocou de compressa	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Expões o tórax do paciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Lavou, enxaguou e secou o tórax	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente

	Utilizou movimentos longos e firmes	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Abaixou o lençol ou toalha até região púbica	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Expões o abdome do paciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Lavou, enxaguou e secou o abdome	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Colocou um novo pijama ou camisola no paciente até a região púbica	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
8. Higiene íntima	Solicitou que o paciente faça sua própria higiene íntima	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Observou a realização da higiene íntima pelo paciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Posicionou o pijama ou camisola do paciente até cobrir a região íntima	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente

9. Limpeza dos membros inferiores	Expões as pernas do paciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Iniciou pela perna mais distante	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Lavou a perna da porção distal para a proximal	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Utilizou movimentos firmes, suaves e amplos	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Lavou os pés	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Secou	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Repetiu o mesmo procedimento com a outra perna	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Realizou extensão e flexão dos membros inferiores durante a limpeza	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Realizou massagem de conforto com óleo	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Arrumou a camisola ou pijama do paciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente

	Trocou de compressa	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
10. Mudança de decúbito: dorsal para lateral	Ajudou o paciente ou colocou o mesmo em posição lateral	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Manteve o lençol ou a toalha cobrindo a região glútea e pernas	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Expôs apenas a região dorsal do paciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
11. Limpeza da região dorsal e massagem de conforto	Lavou, enxaguou e secou a região dorsal e a região glútea do paciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Obedeceu a esse sentido	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Observou alterações ou indicações de vermelhidão ou de ruptura da pele nessas regiões	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Realizou massagem de conforto na região dorsal do paciente, com creme ou óleo	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente

	Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
12.Mudança de decúbito: lateral para dorsal	Arrumou a camisola ou pijama da região dorsal do paciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Ajudou o paciente ou colocou o mesmo em posição dorsal	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Comunicou-se com o paciente durante essas intervenções	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
13.Término do banho: Reposicionar e acomodar o paciente no leito	Comunicou o paciente do término do banho	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Posicionou corretamente o paciente no leito	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Arrumou sua camisola ou pijama	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Colocou um novo lençol ou cobertor	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Colocou novamente no paciente o travesseiro e os recursos de posicionamento	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
	Arrumou o cabelo do paciente	() Pertinente () Pouco pertinente	() Pertinente () Pouco pertinente	() Pertinente () Pouco pertinente	() Pertinente () Pouco pertinente

	() Impertinente	() Impertinente	() Impertinente	() Impertinente
Elevou a grade lateral do leito	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
Organizou o quarto	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
Guardou os produtos de higiene na mesinha de cabeceira do paciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
Colocou as roupas sujas no hamper	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
Questionou se o mesmo precisava de mais algum atendimento	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
Orientou o paciente a chamar a equipe de enfermagem caso necessite de algo	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
Lavou as mãos	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
Realizou a anotação de enfermagem.	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente

Instrumento de Avaliação da Satisfação no ensino do banho no leito

1. A aula me proporcionou o aprendizado teórico e permitiu que eu utilize esses conhecimentos no banho no leito	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
2. A aula me proporcionou conhecimento prático sobre o assunto	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
3. A estratégia utilizada me permitiu treinar a comunicação/interação com o paciente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
4. A estratégia utilizada me permitiu treinar tomada de decisão	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
5. A aula proporcionou que eu pratique a intervenção do banho no leito próximo a realidade	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
6. A aula promoveu motivação para aprender	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
7. Sinto-me mais seguro para realizar os procedimentos	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
8. A aula foi dinâmica	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
9. A aula proporcionou interação entre teoria e prática	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente

1. A aula proporcionou um aprendizado significativo	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente	() Pertinente () Pouco pertinente () Impertinente
---	--	--	--	--

Crêterios de avalia o:

Aparência: o instrumento apresenta forma didática e boa apresenta o/formato (boa aparência)?

Pertinência: os itens do instrumento estão com coerência ao tema investigado e permite alcançar o objetivo do instrumento?

Compreensão: os itens do instrumento possuem uma linguagem de fácil leitura e compreensão?

Confiabilidade: capacidade da questão de ser confiável para aquele conteúdo, ou seja, a questão representa aquilo que se propõe?

Sugestões:

APÊNDICE F – Slides da aula expositiva dialogada sobre banho no leito.



Aula expositiva – dialogada Banho

Nome: Enfa. Renata Pinto Ribeiro Miranda

Escola de Enfermagem Wenceslau Braz – EEWB
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL



Objetivos da Aula

- Instrumentalizar o aluno com os conhecimentos teórico-práticos a respeito dos procedimentos de banho no leito.
- Tornar o aluno capaz de conhecer os benefícios, cuidados, materiais e ser capaz de executar o banho no leito de forma eficaz e efetiva.

Fatores que influenciam a prática de higiene

Imagem corporal

- Preferência pessoal
- Tipos de produtos
- Natureza e frequência dos cuidados

Práticas sociais e conhecimento:

- Fases da vida: infância, adolescência, adultos e idosos

Estado sócio-econômico

• Variáveis culturais e crenças

• Condição físicas

- Doenças que causam dor
- Paciente com tração ou imobilizado
- Sob efeito de sedação
- Sequelado de AVC
- Com distúrbios neurológicos



Banho

- Benefícios:
 - Eliminar odores
 - Reduzir potencial de infecção
 - Estimular circulação
 - Promover o relaxamento muscular
 - Aliviar fadiga e cansaço
 - Oferecer sensação refrescante, favorecendo o bem estar
 - Melhorar a auto-imagem



Tipos de banhos

- **Aspersão:**

É o banho de chuveiro.

O enfermeiro irá identificar quando o paciente tem condição de tomar banho de aspersão, acompanhá-lo e supervisioná-lo, não só orientando-o numa boa higienização, como também identificando anormalidades como dispnéia, lipotimia, cansaço, tontura e calafrios.



Procedimento

- Adaptar o fluxo e a temperatura da água;
- Auxiliar o paciente no banho;
- Certificar-se de que o paciente ficou com a pele totalmente seca;
- Auxiliá-lo a vestir o pijama ou a camisola;
- Ajudar o paciente a retornar para o leito ou cadeira.



OBS:
Para pacientes debilitados utilizar a cadeira higiênica

• Banho de imersão

- Banho feito em banheiras, com água fria ou quente.

FRIO: Deve ser rápido, com duração máxima de 2 minutos.

Indicado para baixar febres, acalmar o sistema nervoso e ativar a circulação.

QUENTE: Tem duração de 20 minutos e pode ser potencializado através de chás medicinais. Este banho é especialmente indicado para combater doenças artríticas e reumáticas.



Parcial



Perineal



Banho no Leito

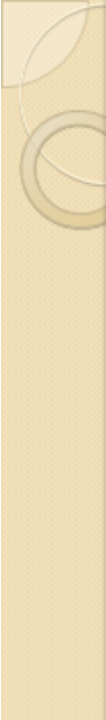
- “Todos os pacientes hospitalizados precisam de algum tipo de banho, e a escolha do tipo é, quase sempre, uma decisão da enfermagem. A enfermagem deve considerar a força, as condições e o grau de dependência do paciente.”

(Murray, et al, 1989)



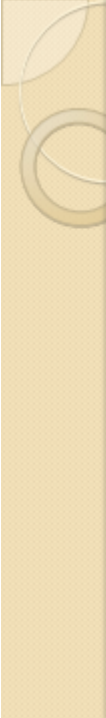
Vantagens do banho no leito para o paciente:

- Limpar a pele;
- Estimular a circulação;
- Proporciona um exercício brando;
- Promove conforto físico e mental;
- Alivia a sensação de fadiga;
- Reduz o risco de infecção;
- Melhora o sono e repouso;
- Melhora a auto-estima;



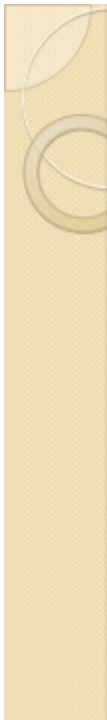
Vantagens do banho no leito para a enfermagem:

- Permite a realização de um exame físico completo;
- Permite avaliar o nível de consciência do paciente;
- Permite avaliar a mobilidade das articulações;
- Permite avaliar a força muscular;
- Permite avaliar o aspecto da pele;

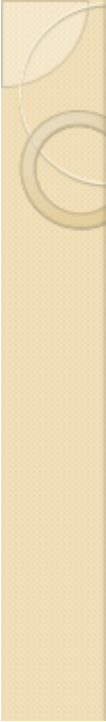


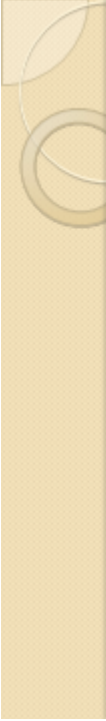
Cuidados de enfermagem

- A troca das fixações de drenos, tubos orotraqueais e cateteres **devem ser** realizadas no momento do banho no leito;
- O curativo **não** deve ser realizado durante o banho no leito, deve ser realizado após com as técnicas assépticas necessárias;
- Um banho no leito pode ser completo ou parcial;
- A limpeza dos olhos deve ser feita de dentro para fora, sempre utilizando uma parte limpa do pano em cada olho, apenas com água e com movimentos únicos.



- Trocar a água do banho e o pano de banho deve sempre que necessário, para mantê-los sempre limpos e a água em temperatura adequada.
- O sabão é necessário para que seja feita a limpeza correta da pele, porém evite passar muito para não dificultar a retirada e não causar alergias;
- Se o paciente tem problema circulatório ou trombo evitar massagear muito os MMII para não forçar o coração com o retorno venoso e nem deslocar o trombo;

- 
- O paciente deve ser estimulado a participar e auxiliar do banho sempre que possível.
 - Durante o xampu colocar bolinhas de algodão nos ouvidos do paciente para evitar que entre água;
 - Use o momento do banho para realizar a limpeza dos drenos e colostomias
 - Considerar limitações físicas, crenças, valores e hábitos pessoais

- 
- Preservar a independência
 - Assegurar privacidade
 - Demonstrar respeito
 - Manter o bem-estar físico
 - Anotação de enfermagem: Data, hora, procedimento realizado, cuidados durante o mesmo, condições do paciente, alterações, assinatura do profissional e carimbo

Materiais para o banho no leito

- Bandeja para colocar materiais;
- Luvas de procedimento;
- Gazes;
- 1 Bacia;
- 1 Balde;
- 2 Jarra com água morna;
- 2 Toalhas de banho;
- 2 Toalhas de rosto;
- Roupa de cama: 2 Lençóis, 1 cobre leito, 2 fronhas, cobertor, 1 fralda;
- Camisola ou pijama limpo;



- Pano de Banho ou compressa;
- Sabonete ou sabão líquido;
- Hidratante ou óleos;
- Desodorante ou talco;
- Biombo;
- Material para higiene oral;
- Material para higiene íntima;
- Hamper
- Comadre ou papagaio – umas das fronhas será oferecida juntamente com a comadre a paciente;

O banho no leito

- Verificar o tipo, condições, limitações e estado geral do paciente;
- Separar o material;
- Lavar as mãos;
- Levar material até o quarto e dispô-lo;
- Preparar o ambiente: fechar janelas, portas e colocar biombo;
- Manter a cama em posição confortável para paciente e o profissional;
- Posicioná-lo em decúbito dorsal, se não o mesmo não estiver e retirar travesseiro, coberto e recursos de posicionamento;



- Explicar o procedimento ao paciente e aproveite para observar a pele e nível consciência do paciente;
- Verificar se existe alguma preferência: quanto a produtos de higiene;
- Calçar luvas;
- Oferecer ao paciente a comadre ou urinol antes de iniciar o banho;
- Abaixar a grade da cama do lado em que você esta;
- Soltar o lençol da cama;
- Coloque uma toalha de banho ou outro lençol em cima do paciente e retire o lençol que o mesmo estava utilizando, pode pedir ajuda ao paciente;



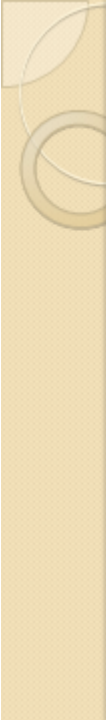
- Remova a camisola ou pijama do paciente, ficando apenas coberto pelo lençol ou toalha;
- Calçar a luva de banho ou fazer uma luva de banho com a compressa;
- Coloque uma toalha de rosto sobre o tórax do paciente;
- Começar limpando os olhos apenas com água, da parte interna para a parte externa dos olhos, nunca fazendo movimentos de vai e vem ou esfregando e sempre com gazes ou pano limpo;
- Mergulhar a compressa ou pano na água morna e lavar o restante da face: nariz, boca, ouvidos e pescoço;

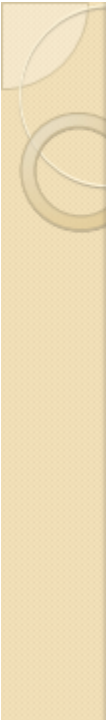
Banho de Leito



- Exponha os braços do paciente;
- Inicie pelo braço oposto a você. Coloque uma toalha sob o braço do paciente;
- Lave o braço sempre da porção distal para a proximal com movimentos firmes, suaves e amplos, incluir a axila. Eleve o braço, se necessário, no momento de lavar a axila. Secar.
- Coloque em uma bacia um pouco de água morna e mergulhe a mão do paciente, lave e enxágüe.
- Repita o mesmo procedimento com o outro braço;
- Se o paciente utilizar desodorante ou talco oferecer para o mesmo nesse momento;



- 
- Expor o tórax do paciente. Lavar, enxaguar e secar, utilizando movimentos longos e firmes;
 - Abaixar o lençol ou toalha até região púbica, manter o abdome exposto e colocar uma toalha sobre o tórax já limpo;
 - Lavar, enxaguar e secar o abdome, sempre observando a pele, área umbilical, quaisquer dobras abdominais ou rugas;
 - Coloque um novo pijama ou camisola no paciente;
 - Expor a perna que esta oposta a você, mantendo a outra coberta. Coloque uma toalha sob a perna que será lavada.

- 
- Flexione a perna e lave sempre da porção distal para a proximal com movimentos firmes, suaves e amplos. Secar.
 - Coloque em uma bacia um pouco de água morna e mergulhe o pé do paciente, lave e enxágüe.
 - Repita o mesmo procedimento com a outra perna e pé;
 - Ajudar o paciente ou colocá-lo em posição lateral, oposto a você. Manter o lençol ou a toalha cobrindo a região glútea e pernas. Expor apenas a região dorsal;



- Lavar, enxaguar e secar as costas e nádegas do paciente, sempre nesse sentido. Observar qualquer alteração ou indicação de vermelhidão ou de ruptura da pele nessas regiões;
- Se não for contra-indicado, aproveite esse momento para realizar uma massagem de conforto na região dorsal do paciente, com creme ou óleo;
- Retornar o paciente ao decúbito dorsal ou posicioná-lo de forma confortável;
- Realizar a higiene íntima;
- Posicionar corretamente a camisola ou pijama;
- Coloque um novo lençol e cobertor, se necessário;



- Coloque novamente no paciente o travesseiro e recursos de posicionamento que ele utilize.
- Arrume seu cabelo, se necessário;
- Eleve a grade lateral;
- Limpe o quarto;
- Guarde os utensílios utilizados;
- Coloque as roupas sujas no hamper;
- Lave as mãos;
- Realize a anotação de enfermagem.





Muito
Obrigada!

Referências

- BARBIERI, R. L.; FILHO, G.C.. **Enfermagem básica: teoria e prática**. São Paulo: Editora Rideel Ltda. 1996, cap. 1.
- DIAS, A.O. de; IKEBUTI, I.M.; PEREIRA, A.B.; SILVA, L.C.de; ITO, PE; UTYAMA, I.K.A.. O primeiro banho no leito: impacto e sentimentos dos alunos de enfermagem. **Revista Terra e Cultura**. Ano XIX, n° 36, 2003.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: NovaFronteira, 2011.
- FUERST, E.V.; WOLFF, L.; WEITZEL, M.H.. **Fundamentos de enfermagem**. 5 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977, cap. 21. In: Promover a higiene pessoal.
- JÚNIOR, N.J.daL.D.; DIAS, G.A.R.; MACIEL, J.P.de; SANTOS, M.S.dos; COUTINHO, AP.B.B.. Relatos de experiências vivenciados durante o banho no leito em um hospital metropolitano de Belém, PA. **Revista Digital**. Ano 16, n. 155, Abril. Buenos Aires: 2011.
- KOCH, R.M.; MOTTA, H.S.. **Técnicas básicas de enfermagem**. 4 ed. Curitiba: Editora Gráfica Voz do Paraná. 1976.
- LIMA, T.C.de. **Revelando o processo de recriação do banho no leito no cenário de Terapia Intensiva: produto da suscetibilidade da enfermagem em incorporar o conhecimento êmico a suas práxis**. Dissertação de mestrado apresentada ao programa de pós graduação em enfermagem. Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu. 2008
- MACIEL, S.S.A.; BOCCHI, S.C.M.. Compreendendo a lacuna entre a prática e a evolução técnico-científica do banho de leito. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 14, n. 2, março-abril. 2006. p. 233-242.
- MARTINS, S.I.A.. **O banho no leito em contexto de internamento hospitalar: vivências de pessoas idosas**. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. 2009.
- MURRAY, M.E.; ATKINSON, L.D.. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989.
- MURTA, G.F.. **Saberes e Práticas. Guia para ensino e aprendizado de enfermagem**. v.1, 5 ed, São Caetano do Sul: Editora Difusão. 2009, cap. 9. In: Semiologia e semiotécnica de enfermagem.
- ROCHA, F.C.V.. **Procedimento operacional padrão**. Hospital Getúlio Vargas. 2012.
- TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap.37. In: Higiene.
- TIMBY, B.K.. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001, cap.16. In: Higiene.

APÊNDICE G – Plano de aula expositiva dialogada

5º período do Curso de graduação em Enfermagem

Disciplina: Semiotécnica I

Pesquisadora: Renata Pinto Ribeiro Miranda

Orientadora: Érika de Cássia Lopes Chaves

Co-orientadora: Denise Hollanda Iunes

Plano de Aprendizagem

Título da Aula: Aula expositiva dialogada sobre banho no leito

Público alvo: Alunos da graduação em Enfermagem

Procedimento: Banho

Duração: 90 minutos

Local: Laboratório de habilidades

Ementa: Definição e tipos de banho; o levantamento dos dados do paciente; o planejamento dos equipamentos e a preparação dos mesmos para cada tipo de banho; as implementações do banho; a justificativa das ações no banho; os cuidados de Enfermagem antes, durante e após o procedimento; a documentação; os benefícios do cuidado para o paciente e para o profissional, demonstração do banho no leito e as referências utilizadas para elaboração da aula.

Objetivos:

- Instrumentalizar os alunos com os conhecimentos teóricos a respeito do procedimento de Enfermagem banho.
- Permitir que o aluno reconheça os benefícios e a importância do procedimento;
- Ao final da aula, o aluno deve ser capaz de:
 - Descrever o banho de leito e sua finalidade;
 - Descrever as ações necessárias para realizar o banho de leito;
 - Descrever os materiais necessários para sua realização;
 - Descrever os cuidados de Enfermagem antes, durante e após o procedimento.
 - Realizar o banho no leito.

Conteúdo programático da aula ministrada:

- Definição do banho
- Levantamento dos dados do paciente
- Planejamento dos equipamentos e a preparação dos mesmos
- Implementações
- Justificativa das ações
- Cuidados de Enfermagem antes, durante e após o procedimento
- Documentação
- Benefícios do cuidado para o paciente e para o profissional
- Demonstração do procedimento
- Referências utilizadas para elaboração da aula.

Recursos didáticos utilizados:

- Computador
- Projeto de mídia

Materiais utilizados na demonstração do procedimento:

- Materiais utilizados durante o procedimento: Gazes; bacia; balde; jarra com água morna; jarra com água temperatura ambiente; toalhas de banho; toalhas de rosto; SF 500ml; extensor; roupa de cama; bandeja para colocar materiais; luvas de procedimento; sabonete ou sabão líquido; camisola ou pijama limpo; hidratante ou óleos; desodorante ou talco; biombo; ebulidor; hamper; comadre ou urinol; cateter tipo óculos e umidificador.
- Manequim estático (baixa fidelidade)
- Leito hospitalar
- Mesa de cabeceira do paciente

Referências

LOPES, T. O. **Aula expositiva dialogada e aula simulada:** comparação entre estratégias de ensino na graduação em Enfermagem. 2012. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

PEDERSOLI, C. E. **Desempenho dos estudantes de Enfermagem na inserção de dispositivo supraglótico (máscara laríngea):** um estudo randomizado e controlado em manequins. 2013. 244 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

APÊNDICE H – Plano de aula – Treino de habilidades

5º período do Curso de graduação em Enfermagem

Disciplina: Semiotécnica I

Pesquisadora: Renata Pinto Ribeiro Miranda

Orientadora: Érika de Cássia Lopes Chaves

Co-orientadora: Denise Hollanda Iunes

Plano de Aprendizagem

Título da Aula: Treino de habilidades sobre banho no leito

Público alvo: Alunos da graduação em Enfermagem

Procedimento: Banho no leito

Local: Laboratório de habilidades

Objetivos:

- Instrumentalizar os alunos com as habilidades práticas a respeito do procedimento de Enfermagem banho no leito.
- Permitir que os alunos realizem o procedimento e, ao término da aula, dominem o cuidado, sendo capaz de realizá-lo de forma adequada;
- Permitir que o aluno reconheça os benefícios, os cuidados e a importância do procedimento;

Materiais utilizados para a realização do procedimento pelo aluno:

- Materiais utilizados durante o procedimento: Gazes; bacia; balde; jarra com água morna; jarra com água temperatura ambiente; toalhas de banho; toalhas de rosto; SF 500ml; extensor; roupa de cama; bandeja para colocar materiais; luvas de procedimento; sabonete ou sabão líquido; camisola ou pijama limpo; hidratante ou óleos; desodorante ou talco; biombo; ebulidor; hamper; comadre ou urinol; cateter tipo óculos e umidificador.
- Manequim estático (baixa fidelidade)
- Leito hospitalar
- Mesa de cabeceira do paciente

Referências

LOPES, T. O. **Aula expositiva dialogada e aula simulada:** comparação entre estratégias de ensino na graduação em Enfermagem. 2012. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

PEDERSOLI, C. E. **Desempenho dos estudantes de Enfermagem na inserção de dispositivo supraglótico (máscara laríngea):** um estudo randomizado e controlado em manequins. 2013. 244 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

APÊNDICE I - Cenário de simulação do banho no leito

Data do cenário: ____/____/____

Público Alvo: Alunos da graduação em Enfermagem do 5º período

Objetivo Geral: Avaliar as habilidades dos estudantes do 5º período da graduação em Enfermagem na realização do banho no leito.

Específicos: Promover a abordagem ao paciente, executar interação com paciente durante toda a intervenção e realizar os passos do banho no leito.

Cenário

Local simulado: Clínica Médica da Santa Casa de Misericórdia de Itajubá e Clínica Médica da Santa Casa de Alfenas.

Equipe de apoio: 01 avaliador e 01 mediadora (pesquisadora).

Manequim: Ator.

Características do paciente/ator: Mulher, branca, 45 anos.

Materiais necessários:

Gazes; 1 Bacia; 1 Balde; 2 Jarra com água morna; 1 Jarra com água temperatura ambiente; 2 Toalhas de banho; 2 Toalhas de rosto; SF 500ml; Extensor; Roupa de cama; Bandeja para colocar materiais; Luvas de procedimento; Sabonete ou sabão líquido; Camisola ou pijama limpo; Hidratante ou óleos; Desodorante ou talco; Biombo; Ebulidor; Hamper; Comadre ou urinol; Cateter tipo óculos; Umidificador.

Descrição do caso clínico: A. M. F., sexo feminino, 45 anos, vítima de angina instável severa há dois dias, enquanto estava em sua casa juntamente com uma vizinha. Foi encaminhada ao pronto socorro da Santa Casa da cidade pela mesma, em carro particular. Nega alergias medicamentosas e alimentares, atividade física e qualquer tipo de cuidados com a alimentação. Tabagista, fumando uma cartela de cigarros por dia. Faz uso de bebida alcoólica socialmente, em média quantidade. Pai faleceu de infarto agudo do miocárdio há três anos e mãe hipertensa. Ao dar entrada na unidade de pronto socorro, foram realizados os primeiros atendimentos e exames laboratoriais e esta se mantém, hoje, em observação na clínica médica da instituição hospitalar.

Roteiro do cenário:

Cena 1: Início da realização do banho no leito

Você é o (a) enfermeiro (a) da unidade e recebeu o plantão de uma paciente que sofreu angina há dois dias. A paciente apresenta-se orientada, comunicativa, acesso venoso periférico infundindo soro fisiológico (500 ml para manter acesso venoso periférico) em dorso da mão esquerda e sinais vitais estáveis. Ao exame físico, sem anormalidades. Mantendo-se com restrição de movimentos. PA = 140 x 90 mmHg, FR = 21 mpm, P = 96 bpm, Sat O₂ = 98% e T = 36,1°C. Paciente aguardando a intervenção do banho.

Ações Esperadas: Leitura do prontuário; Verificação do nível de consciência do paciente; Comunicação com o paciente; Identificação do profissional; Preparação do ambiente, do profissional e do paciente; Início do banho no leito.

Cena 2: Paciente realiza questionamentos a (o) enfermeira (o) sobre a intervenção.

Paciente realiza questionamentos a enfermeira sobre as atividades realizadas durante o banho.

Ações Esperadas: Continuidade da intervenção do banho no leito; Interação com a paciente; Responder aos questionamentos do paciente; Cuidados com a privacidade e com a segurança do paciente.

Principais pontos do debriefing:

Como você se sentiu atendendo a esse paciente?
Quais foram as suas ações positivas?
O que você faria diferente?

Referências

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 8 ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2013.

SIMULATION SCENARIO DEVELOPMENT TEMPLATE. Disponível em:<<http://collaborate.uw.edu/sites/default/files/files/ScenarioDevelopmentTemplate.pdf>>. Acesso em 10 de Maio de 2014.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de Enfermagem**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, p. 311-319. 2014.

APÊNDICE J – Autorização para o uso da imagem e gravação em áudio

Eu, _____, CPF:
_____, residente na rua

devido ao presente instrumento autorizo a pesquisadora Renata Pinto Ribeiro Miranda, mestranda na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – Minas Gerais, CNPJ: 17879859-0001-15 a fotografar as intervenções de aula expositiva dialogada, o treino de habilidades e o cenário simulado em que eu participar e a gravação do áudio durante o *debriefing* e autorizo a utilização posterior das imagens e das falas na dissertação final.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

APÊNDICE K – Autorização da instituição Universidade Federal de Alfenas para a realização da coleta de dados

Ilma. Maria Betânia Tinti de Andrade

Diretora Acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas

Venho solicitar-lhe autorização para a coleta de dados para o projeto de mestrado oriundo da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL, cuja orientadora é a Prof^a Dr^a. Érika de Cássia Lopes Chaves e co-orientadora Prof^a Dr^a. Denise Hollanda Iunes.

Este projeto, intitulado **“Desempenho dos estudantes de enfermagem na realização do banho no leito em treino de habilidade e em cenário simulado: um ensaio clínico controlado randomizado”** tem como objetivo geral avaliar a efetividade do treino de habilidades e do cenário simulado no conhecimento cognitivo e no desempenho prático dos estudantes de Enfermagem no ensino do banho no leito e como objetivos específicos avaliar e comparar o conhecimento cognitivo dos discentes antes e imediatamente após e 30 dias depois (*follow up*) da aula expositiva dialogada no ensino do banho no leito; avaliar e comparar o desempenho dos discentes durante a realização do banho no leito no treino de habilidades e no cenário simulado, avaliar e comparar a satisfação dos discentes no treino de habilidades e no cenário simulado do banho no leito imediatamente após a intervenção e 30 dias após (*follow up*) e analisar as percepções / falas dos alunos durante o *debriefing*.

Quanto aos procedimentos metodológicos, tratar-se-á de um ensaio clínico controlado randomizado, dividido em três momentos. Os alunos participarão da aula expositiva dialogada sobre o banho. Antes de iniciar a aula eles responderão ao “Questionário Sociodemográfico”, o instrumento “Teste Escrito sobre banho” para avaliação prévia do seu conhecimento sobre o assunto e o documento de “Autorização para uso da imagem e gravação em áudio”. Ao término da aula expositiva dialogada responderão novamente o instrumento “Teste Escrito sobre banho” para avaliar seu conhecimento após a aula ministrada. Logo após o término da aula todos os alunos observarão a pesquisadora realizar o procedimento em um manequim de baixa fidelidade e serão retiradas as dúvidas. Ao final da aula, será realizada uma randomização, por meio de moeda ao ar no qual metade dos alunos formarão um grupo, o *Grupo controle* e a outra metade o *Grupo simulado*. Em um segundo momento, previamente

agendando, os alunos do *Grupo controle* participarão do treino de habilidades sobre banho no leito, na qual cada aluno, individualmente, realizará o procedimento no manequim de baixa fidelidade. Nesse momento, o instrumento “Avaliação Clínica Objetiva e Estruturada sobre banho no leito (OSCE)” será preenchido pelo avaliador conforme o mesmo realize o banho no leito no manequim. Em outro momento, também previamente agendando, os alunos do *Grupo simulado* participarão do cenário simulado sobre banho no leito, cada aluno, também, individualmente, realizará o procedimento no manequim ator. Nesse momento, o instrumento “Avaliação Clínica Objetiva e Estruturada sobre banho no leito (OSCE)” será preenchido pelo avaliador conforme o aluno realize o banho no leito no manequim. Ao final de ambas as intervenções os discentes irão responder o instrumento “Avaliação da Satisfação no ensino do banho no leito”. Ao final do cenário simulado todos os alunos do *Grupo simulado* participarão do *debriefing*, o qual visa discutir com os alunos a experiência de participar da simulação. Durante o *debriefing* as falas dos alunos serão gravadas. Após 30 dias ao término da coleta de dados você responderá novamente ao Teste Escrito sobre banho e a avaliação da satisfação. Todas as aulas ministradas serão realizadas na própria sala de aula da instituição e no laboratório de semiotécnica da mesma e se permitido, por você, será fotografado para posterior utilização na dissertação final. As aulas serão ministradas no período em que se inicia normalmente o ensino de técnicas e habilidades, referente à disciplina de semiotécnica, seguindo o cronograma da instituição.

Todas as aulas ministradas serão realizadas na própria sala de aula da instituição e nos laboratórios da mesma e se permitido, pelo aluno, será fotografado para posterior utilização na dissertação final. As aulas serão ministradas no período em que se inicia normalmente o ensino de técnicas e habilidades, referente à disciplina de semiotécnica, seguindo o cronograma da instituição.

Todos os instrumentos passaram por um processo de validação de aparência e de conteúdo por cinco juízes, na área de semiotécnica. Esses juízes seguirão os critérios de inteligibilidade preconizados por Pasquali. Ao final, foi realizado o estudo piloto e o pré-teste com um grupo de alunos da graduação em Enfermagem, os quais não farão parte da amostra final do estudo.

A amostra do estudo será composta de alunos da graduação de Enfermagem, os quais deverão estar cursando e matriculados na disciplina de semiotécnica.

Solicito, portanto, autorização por escrito para a viabilidade deste projeto.

Desde já agradeço antecipadamente e me coloco à disposição para esclarecimentos.
Contato da Pesquisadora: (35) 3622-4847; (35) 9110-5957; e-mail: renatapr85@gmail.com.

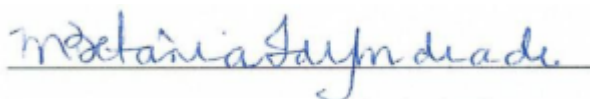
Atenciosamente,



Érika de Cássia Lopes Chaves



Renata Pinto Ribeiro Miranda



Maria Betânia Tinti de Andrade

**APÊNDICE L – Autorização da instituição Escola de Enfermagem Wenceslau Braz
para a realização da coleta de dados**

Ilma. Irmã Lucila Junqueira Carneiro

Diretora Acadêmica da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz

Venho solicitar-lhe autorização para a coleta de dados para o projeto de mestrado oriundo da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL, cuja orientadora é a Prof^a Dr^a. Érika de Cássia Lopes Chaves e co-orientadora Prof^a Dr^a. Denise Hollanda Iunes.

Este projeto, intitulado **“Desempenho dos estudantes de enfermagem na realização do banho no leito em treino de habilidade e em cenário simulado: um ensaio clínico controlado randomizado”** tem como objetivo geral avaliar a efetividade do treino de habilidades e do cenário simulado no conhecimento cognitivo e no desempenho prático dos estudantes de Enfermagem no ensino do banho no leito e como objetivos específicos avaliar e comparar o conhecimento cognitivo dos discentes antes e imediatamente após e 30 dias depois (*follow up*) da aula expositiva dialogada no ensino do banho no leito; avaliar e comparar o desempenho dos discentes durante a realização do banho no leito no treino de habilidades e no cenário simulado, avaliar e comparar a satisfação dos discentes no treino de habilidades e no cenário simulado do banho no leito imediatamente após a intervenção e 30 dias após (*follow up*) e analisar as percepções / falas dos alunos durante o *debriefing*.

Quanto aos procedimentos metodológicos, tratar-se-á de um estudo um ensaio clínico controlado randomizado, dividido em três momentos. Os alunos participarão da aula expositiva dialogada sobre o banho. Antes de iniciar a aula eles responderão ao “Questionário Sociodemográfico”, o instrumento “Teste Escrito sobre banho” para avaliação prévia do seu conhecimento sobre o assunto e o documento de “Autorização para uso da imagem e gravação em áudio”. Ao término da aula expositiva dialogada responderão novamente o instrumento “Teste Escrito sobre banho” para avaliar seu conhecimento após a aula ministrada. Logo após o término da aula todos os alunos observarão a pesquisadora realizar o procedimento em um manequim de baixa fidelidade e serão retiradas as dúvidas. Ao final da aula, será realizada uma randomização, por meio de moeda ao ar no qual metade dos alunos formarão um grupo,

o *Grupo controle* e a outra metade o *Grupo simulado*. Em um segundo momento, previamente agendando, os alunos do *Grupo controle* participarão do treino de habilidades sobre banho no leito, na qual cada aluno, individualmente, realizará o procedimento no manequim de baixa fidelidade. Nesse momento, o instrumento “Avaliação Clínica Objetiva e Estruturada sobre banho no leito (OSCE)” será preenchido pelo avaliador conforme o mesmo realize o banho no leito no manequim. Em outro momento, também previamente agendando, os alunos do *Grupo simulado* participarão do cenário simulado sobre banho no leito, cada aluno, também, individualmente, realizará o procedimento no manequim ator. Nesse momento, o instrumento “Avaliação Clínica Objetiva e Estruturada sobre banho no leito (OSCE)” será preenchido pelo avaliador conforme o aluno realize o banho no leito no manequim. Ao final de ambas as intervenções os discentes irão responder o instrumento “Avaliação da Satisfação no ensino do banho no leito”. Ao final do cenário simulado todos os alunos do *Grupo simulado* participarão do *debriefing*, o qual visa discutir com os alunos a experiência de participar da simulação. Durante o *debriefing* as falas dos alunos serão gravadas. Após 30 dias ao término da coleta de dados você responderá novamente ao Teste Escrito sobre banho e a avaliação da satisfação. Todas as aulas ministradas serão realizadas na própria sala de aula da instituição e no laboratório de semiotécnica da mesma e se permitido, por você, será fotografado para posterior utilização na dissertação final. As aulas serão ministradas no período em que se inicia normalmente o ensino de técnicas e habilidades, referente à disciplina de semiotécnica, seguindo o cronograma da instituição.

Todas as aulas ministradas serão realizadas na própria sala de aula da instituição e nos laboratórios da mesma e se permitido, pelo aluno, será fotografado para posterior utilização na dissertação final. As aulas serão ministradas no período em que se inicia normalmente o ensino de técnicas e habilidades, referente à disciplina de semiotécnica, seguindo o cronograma da instituição.

Todos os instrumentos passaram por um processo de validação de aparência e de conteúdo por cinco juízes, na área de semiotécnica. Esses juízes seguirão os critérios de inteligibilidade preconizados por Pasquali. Ao final, foi realizado o estudo piloto e o pré-teste com um grupo de alunos da graduação em Enfermagem, os quais não farão parte da amostra final do estudo.

A amostra do estudo será composta de alunos da graduação de Enfermagem, os quais deverão estar cursando e matriculados na disciplina de semiotécnica.

Solicito, portanto, autorização por escrito para a viabilidade deste projeto.

Desde já agradeço antecipadamente e me coloco à disposição para esclarecimentos.
Contato da Pesquisadora: (35) 3622-4847; (35) 9110-5957; e-mail: renatapr85@gmail.com.

Atenciosamente,



Érika de Cássia Lopes Chaves



Renata Pinto Ribeiro Miranda



Irmã Lucila Junqueira Carneiro

APÊNDICE M – Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa – **“Desempenho dos estudantes de enfermagem na realização do banho no leito em treino de habilidade e em cenário simulado: um ensaio clínico controlado randomizado”**. No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: “Desempenho dos estudantes de enfermagem na realização do banho no leito em treino de habilidade e em cenário simulado: um ensaio clínico controlado randomizado”

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Renata Pinto Ribeiro Miranda

ENDEREÇO: Rua Coronel Joaquim Francisco 78, apto: 802. Itajubá - MG

TELEFONE: (35) 3622-4847 ou (35) 9110-5957.

OBJETIVOS: avaliar a efetividade do treino de habilidades e do cenário simulado no conhecimento cognitivo e no desempenho prático dos estudantes de Enfermagem no ensino do banho no leito; avaliar e comparar o conhecimento cognitivo dos discentes antes e imediatamente após e 30 dias depois (*follow up*) da aula expositiva dialogada no ensino do banho no leito; avaliar e comparar o desempenho dos discentes durante a realização do banho no leito no treino de habilidades e no cenário simulado, avaliar e comparar a satisfação dos discentes no treino de habilidades e no cenário simulado do banho no leito imediatamente após a intervenção e 30 dias após (*follow up*) e analisar as percepções / falas dos alunos durante o *debriefing*.

JUSTIFICATIVA: Avaliar o conhecimento cognitivo e o desempenho habilidade prática dos alunos no cuidado do banho no leito, por meio do treino de habilidades e do cenário simulado. Este estudo visa mostrar esse procedimento a ser executado com o auxílio da metodologia de ensino: treino de habilidades e cenário simulado.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Você participará da aula expositiva dialogada sobre o banho, assim como os outros alunos. Antes de iniciar a aula, você responderá ao “Instrumento Sociodemográfico”, ao instrumento “Teste Escrito sobre banho” para avaliação prévia do seu conhecimento sobre o assunto e ao documento de “Autorização para uso da imagem e

gravação em áudio”. Ao término da aula expositiva dialogada, você irá responder novamente o instrumento “Teste Escrito sobre banho” para avaliar seu conhecimento após a aula ministrada e novamente após 30 dias (*follow up*) para avaliar a apreensão do conteúdo. Logo após o término da aula, você observará a pesquisadora realizar o procedimento em um manequim de baixa fidelidade e serão retiradas as dúvidas. Ao final da aula, será realizada uma randomização, por meio de moeda ao ar no qual metade dos alunos formará um grupo, o *Grupo controle* e a outra metade, o *Grupo simulado*. Em um segundo momento, previamente agendado, os alunos do *Grupo controle* participarão no treino de habilidades sobre banho no leito, no qual cada aluno, individualmente, realizará o procedimento. Nesse momento, o instrumento “Avaliação Clínica Objetiva e Estruturada sobre banho no leito (OSCE)” será preenchido pelo avaliador conforme você realize o banho no leito e imediatamente ao final e 30 dias depois (*follow up*), você irá preencher o instrumento “Avaliação da Satisfação no ensino do banho no leito”. Em outro momento, também previamente agendado, os alunos do *Grupo simulado* participarão do cenário simulado sobre banho no leito, cada aluno, também, individualmente, realizará o procedimento no manequim ator. Nesse momento, o instrumento “Avaliação Clínica Objetiva e Estruturada sobre banho no leito (OSCE)” será preenchido pelo avaliador conforme você realize o banho no leito no manequim; se você participar desse grupo também, irá preencher ao final e 30 dias depois (*follow up*), o instrumento “Avaliação da Satisfação no ensino do banho no leito”. Ao final da aula simulada, todos os alunos do grupo simulado participarão do *debriefing*, o qual visa discutir com os alunos a experiência de participar da simulação. Durante o *debriefing* as falas dos alunos serão gravadas. Todas as aulas ministradas serão realizadas na própria sala de aula e no laboratório de semiótica da instituição e, se permitido de por você, será fotografado para posterior utilização na dissertação final. As aulas serão ministradas no período em que se inicia normalmente o ensino de técnicas e habilidades, referente à disciplina de semiótica, seguindo o cronograma da instituição.

RISCOS E DESCONFORTOS: Sua participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Caso você sinta algum desconforto durante toda a sua participação, pedimos que nos informe, pois iremos interromper os procedimentos que estiverem sendo realizados e providenciaremos meios para evitar e/ou reduzir algum dano que você venha a sentir, lembrando que você pode deixar o estudo em qualquer fase da pesquisa, caso queira, sem nenhum tipo de custo ou necessidade de justificativa. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a

Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Ao final da pesquisa, todos os alunos serão convidados a participar do “Cenário de simulação do Banho no Leito”. Os alunos que aceitarem participar da pesquisa terão o conteúdo de banho no leito previamente com a pesquisadora, tratando-se de pesquisa e posteriormente, com o docente. Os alunos que não aceitarem participar da pesquisa terão o conteúdo de banho no leito normalmente com o professor como previsto na grade curricular do curso de graduação.

BENEFÍCIOS: Este estudo visa identificar e avaliar o uso do treino de habilidades e do cenário simulado no ensino do banho no leito, no que se refere à aquisição de conhecimentos teóricos e de habilidades práticas e avaliar o grau de satisfação dos alunos quanto à utilização dessas estratégias.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação. Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora e coorientadora terão conhecimento dos dados.

Assinatura da Pesquisadora Responsável: _____

Eu, _____, declaro que li as informações contidas neste documento, fui devidamente informado (a) pela pesquisadora – Renata Pinto Ribeiro Miranda – dos procedimentos que serão utilizados, dos riscos e dos desconfortos, dos benefícios, do custo/reembolso dos participantes, da confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da mesma.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Declaro, ainda, que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento, devidamente assinado.

Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEPUNIFAL- MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Alfenas – MG, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3299-1318, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br ou CEPEEWB-MG com endereço na Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Rua Cesário Alvim, 566, Centro, Itajubá – MG, Cep – 37500-000, Fone: (35) 3622-0930, no e-mail: ewb@ewb.br, sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sobre minha participação. Os

resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.



Itajubá/Alfenas, ____ de _____ de 2015.

(Nome por extenso)

(Assinatura)

ANEXOS

ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: O USO DA SIMULAÇÃO NO ENSINO DO BANHO NO LEITO		
Pesquisador: Renata Pinto Ribeiro Miranda		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 31509314.5.0000.5142		
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 722.137		
Data da Relatoria: 03/07/2014		
Apresentação do Projeto:		
Trata-se de um projeto que se propõe verificar uma estratégia de ensino aprendizagem por meio da simulação do banho no leito, comparando o desempenho dos discentes no pré e pós teste cognitivo da aula expositiva dialogada seguida da aula prática em laboratório de habilidades no ensino do banho no leito.		
Objetivo da Pesquisa:		
Avaliar a estratégia de simulação no ensino do banho no leito.		
Avaliação dos Riscos e Benefícios:		
Riscos – O delineamento do estudo não traz complicações legais, porém pode ter riscos mínimos, pois segundo o proponente caso o participante do estudo sinta algum desconforto durante a investigação deverá informar a pesquisadora, pois os procedimentos serão interrompidos e tomadas as devidas providências evitar e/ou reduzir algum dano que você venha a sentir.		
Benefícios – a investigação contribuirá para a área de conhecimento da enfermagem, pois visa identificar e avaliar o uso da simulação no ensino do banho no leito, no que se refere à aquisição de conhecimentos e habilidades e avaliar o grau de satisfação dos mesmos quanto à utilização de uma estratégia de ensino aprendizagem tecnológica e inovadora.		
		
Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700		
Bairro: centro		CEP: 37.130-000
UF: MG	Município: ALFENAS	
Telefone: (35)3299-1318	Fax: (35)3299-1318	E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 733.137

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma estudo com abordagem metodológica experimental controlada e randomizada. Os participantes do estudo serão acadêmicos de graduação de enfermagem, da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz – EEWB e da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL. Serão elaborados cinco instrumentos para coleta de dados e os mesmos passarão por um processo de avaliação semântica e de aparência por três professoras de português e também por um processo de refinamento e de avaliação de conteúdo, por cinco peritos na área de semiologia e de semiotécnica. Esses juizes seguirão os critérios de inteligibilidade preconizados por Pasquali. Será realizado um pré-teste, no qual todos os instrumentos serão aplicados a um grupo de alunos da graduação em enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL, os quais não farão parte da amostra final do estudo. Os resultados serão analisados por teste estatísticos específicos e adequados ao objeto de estudo e informam que seguirão todos os preceitos éticos preconizados pela Resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresenta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e está em consonância com as diretrizes da Resolução nº466/2012.
- Apresenta os termos de autorização das instituições de ensino que serão realizadas a pesquisa;
- Apresenta todos os instrumentos de coleta de dados.

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto bem elaborado, seguindo todos os pressupostos ao delineamento do estudo e também os preceitos de uma investigação com seres humanos

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP aceita o parecer do relator.

GAB Sandli

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comita.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 722-137

ALFENAS, 18 de Julho de 2014

Assinado por:
Cristiane da Silva Marciano Grasselli
(Coordenador)

ANEXO B – Registro na Plataforma de Registro para Ensaio Clínicos – Rebec

Saúde
 Ministério da Saúde

REGISTRO BRASILEIRO DE Ensaio Clínicos

USUÁRIO: renatapr85 SUBMISSÕES: 001 PENDÊNCIAS: 000 Perfil Patnet SAIR

PT | ES | EN

NOTÍCIAS | SOBRE | AJUDA | CONTATO **Buscar ensaios** [BUSCA AVANÇADA](#)

[HOME](#) / SUBMISSÕES

Enviar um novo ensaio clínico
 Escolha uma das formas abaixo para enviar um novo ensaio clínico
[Completando o formulário de submissão.](#)
[Enviar um arquivo XML.](#)

Suas submissões

Data de criação	Título da Submissão	Situação
2015/05/24 11:50	O uso da simulação no ensino do banho no leito	pendente