

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE CEDESS
MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

SIMONE PEREIRA VIDOTTI

**SIMULAÇÃO CLÍNICA NA RESIDÊNCIA MÉDICA DE
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA:
uma análise no Município de São Paulo**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para defesa da
obtenção do título de Mestre Profissional em
Ensino em Ciências da Saúde.

São Paulo - SP

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE CEDESS
MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

SIMONE PEREIRA VIDOTTI

**SIMULAÇÃO CLÍNICA NA RESIDÊNCIA MÉDICA DE
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA:
uma análise no Município de São Paulo**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para defesa da obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

São Paulo - SP

2021

Vidotti, Simone Pereira

Simulação Clínica na Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia: uma análise no Município de São Paulo. / Simone Pereira Vidotti - São Paulo, 2021.

119 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde.

Título em inglês: Clinical Simulation in the Medical Residence of Obstetrics and Gynecology: an analysis in the municipality of São Paulo.

1. Treinamento por Simulação. 2. Internato e Residência. 3. Unidade Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia 4. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde 5. Segurança do Paciente

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE
MODALIDADE PROFISSIONAL**

Diretor do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS
Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Vice-Coordenador
Prof. Dr. Leonardo Carnut

SIMONE PEREIRA VIDOTTI

**SIMULAÇÃO CLÍNICA NA RESIDÊNCIA MÉDICA DE OBSTETRÍCIA E
GINECOLOGIA: uma análise no Município de São Paulo**

São Paulo, 07 de abril de 2021

Banca examinadora

(Presidente) Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Profa. Dra. Karen Cristine Abrão

Profa. Dra. Ana Paula Quilici

Profa. Dra. Rita Maria Lino Tarcia

(Suplente) Prof. Dr. Pedro Paulo Pereira

DEDICATÓRIA

*Aos supervisores de Programas de Residência Médica em
Obstetrícia e Ginecologia que, com dedicação, superam os desafios para qualificar
adequadamente os profissionais na especialidade.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Nildo Alves Batista, pela dedicação do seu tempo e pelo conhecimento no processo de orientação.

Aos membros da banca de qualificação, Profa. Dra. Karen Abrão, Profa. Dra. Rita Maria Lino Tarcia e Profa. Dra. Ana Paula Quilici, pelas grandes contribuições para a conclusão desta pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde - CEDESS, pelo acolhimento e pela dedicação nos momentos de ensino e aprendizagem.

Aos colegas de mestrado, turma de 2018, pelos momentos felizes que compartilhamos.

Aos meus dois grandes Professores de Medicina, Dr. Celso Borelli, sempre incansável no tratamento das pacientes, por ensinar que devemos persistir e que os constantes questionamentos podem salvar muitas vidas; e Dra. Virginia Roncatti, professora e amiga, por dividir os seus conhecimentos e estimular o meu crescimento profissional.

Aos meus colegas de trabalho do Hospital e Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha que, com carinho, acreditaram e estimularam este estudo.

Aos coordenadores da Universidade Anhembi Morumbi, por me apresentarem a Simulação Clínica e por permitirem minha atuação profissional na área.

Às minhas amigas, Susane Hwang e Raquel Richetti, pelas constantes palavras de incentivo e por estarem sempre ao meu lado.

Aos residentes e alunos de medicina, por me inspirarem com os seus sorrisos e pela confiança nos nossos encontros diários.

Aos meus pais, Cecília Pereira Vidotti e Antonio Carlos Vidotti, por seus esforços em me proporcionar uma educação digna, pelo amor, pelo apoio e por sempre acreditarem que um dia eu conseguiria atingir os meus objetivos. Dedico a vocês essa conquista profissional.

Ao meu irmão, Danilo Pereira Vidotti, por sempre estar ao meu lado, pelo apoio a esse projeto e por demonstrar admiração pelo meu trabalho. À minha cunhada, Rafaela Vinotti Sgrott, pelo carinho e pelo apoio demonstrado.

À minha irmã de coração, Cintia Hiromi Okamura, por estar comigo em todos os momentos.

Ao meu esposo, Nicholas Matheus Peres Olivél Alves, por tornar esse projeto possível, pela paciência, pelo companheirismo e por me ensinar que o fim do mestrado só dependia das minhas atitudes.

Aos meus filhos, Cassio Vidotti Alves e Camile Vidotti Alves, sentido da minha vida, por serem a minha inspiração e maior motivação.

Aos meus sogros, Floraci Peres Olivél Alves e Antonio Francisco Alves Filho, por serem exemplos de união e de vida.

À minha cunhada, Isabelle Carla Peres Olivél Alves, e ao meu cunhado, Antonio Francisco Peres Olivél Alves Neto, pelo carinho e pelo apoio sempre demonstrado.

A todos, minha sincera admiração e agradecimento.

*“Our doubts are traitors
And make us lose the good we often might win,
By fearing to attempt.”*

(William Shakespeare)

RESUMO

INTRODUÇÃO: vivencia-se uma mudança no processo de ensino e aprendizagem na educação médica. No passado, era pautado no uso de metodologias tradicionais e, nos últimos anos, em um modelo mais contemporâneo, baseado em competências. Dentro desse contexto, valoriza-se a adoção de métodos que estimulem a participação efetiva do aluno, denominados de metodologias ativas, e, dentre esses, está o método da simulação. **OBJETIVO:** o presente estudo investigou o uso da Simulação em Programas de Residência Médica (PRM) de Obstetrícia e Ginecologia (GO) e, mais especificamente, apreendeu o papel atribuído pelos supervisores à Simulação Clínica (SC) na formação do residente em Obstetrícia e Ginecologia no município de São Paulo (SP); analisou a utilização da Simulação Clínica como estratégia de ensino na formação do tocoginecologista na Residência Médica; mapeou as facilidades e as dificuldades para a inserção da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia; bem como apresentou sugestões para o aprimoramento do uso desse tipo de simulação nesses programas. **METODOLOGIA:** adotou-se uma abordagem qualitativa, transversal, de natureza exploratória e descritiva. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dez supervisores dos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia do Município de São Paulo. Para a análise das entrevistas foi realizada a análise de conteúdo na modalidade temática e partiu-se de três núcleos: o papel da simulação nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia; o contexto de realização da simulação nesses programas; os fatores facilitadores e/ou dificultadores da inserção da simulação nos programas com sugestões de uso da Simulação Clínica. **RESULTADOS:** quanto ao papel da simulação nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia, no município de SP, surgiram as seguintes categorias: ferramenta complementar para o processo de ensino e aprendizagem; possibilidade de um ambiente de ensino e aprendizagem seguro; possibilidade de aprendizagem a partir do erro; suporte para prática profissional comprometida com a segurança do paciente; cenário de aprendizagem para o trabalho de equipe; cenário de reflexão sobre o processo de trabalho em Obstetrícia e Ginecologia; favorecimento na tomada de decisão; cenário de processos avaliativos na residência; e, por fim, estímulo à participação dos residentes nas atividades. Quanto ao contexto de realização da simulação, encontrou-se: utilização em diferentes ambientes; heterogeneidade de inserção da simulação nos Programas de Residência Médica; utilização de diferentes tipos de simuladores; e utilização de diferentes estratégias para a inserção curricular da simulação. Quanto às facilidades, salientam-se: a Simulação Clínica como parte do projeto institucional; a presença de estrutura física destinada ao ensino; o envolvimento ativo dos preceptores no processo de ensino e aprendizagem; e a participação ativa dos residentes na organização dos treinamentos. Como dificuldades, citam-se: a estrutura inadequada para realização da Simulação Clínica; os entraves decorrentes da gestão pública; a sobrecarga de atividades assistenciais; a dificuldade para oportunizar o treinamento para todos os residentes de maneira uniforme; o distanciamento entre a equipe que ministra a teoria e a equipe da prática assistencial; e a ausência de parcerias privadas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** os supervisores reconhecem a Simulação Clínica como uma ferramenta pedagógica potente no aprendizado dos médicos residentes em Obstetrícia e Ginecologia. No entanto, utilizam a simulação de maneira incipiente, geralmente, em treinamentos de habilidades da especialidade, o que ocorre de maneira pontual e aleatória. Os

residentes são considerados grandes aliados na organização e no desenvolvimento dos treinamentos com Simulação Clínica. Apesar de alguns supervisores almejarem por manequins de alta tecnologia para o desenvolvimento desse tipo de simulação, acredita-se que o principal fator transformador seja a busca por alternativas que só a criatividade humana pode trazer, o que significa acreditar na capacidade humana de reinvenção, de superação de obstáculos e de perseverança para, possivelmente, incorporar o uso da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.

Palavras-chave: Treinamento por Simulação. Internato e Residência. Unidade Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Segurança do Paciente.

ABSTRACT

INTRODUCTION: A new teaching and learning process has been experienced in medical education. In the past, it was based on the usage of traditional methodologies and, in recent years, on a more contemporary model, based on competencies. Within this context, the adoption of methods that encourage effective student participation is being appreciated. They are defined as active methodologies and one of them is the simulation method. **OBJECTIVE:** this study investigated the use of Simulation in Internal Medical Residency Programs (IMRP) in Obstetrics and Gynecology (OB/GYN) and, more specifically, it comprehended the role attributed by the supervisors to Clinical Simulation (CS) in the training of residents in Gynecology and Obstetrics in the city of São Paulo (SP); it analyzed the use of Clinical Simulation as a teaching strategy in the training of the tocogynecologist during the Medical Residency; it mapped what could facilitate or hinder the insertion of the Clinical Simulation to the Internal Medical Residency Programs of Obstetrics and Gynecology; it also presented suggestions for improving the use of this type of simulation in these programs. **METHODOLOGY:** for the development of this study was adopted a qualitative, cross-sectional, exploratory, and descriptive approach. Partially structured interviews were conducted with ten supervisors from the Medical Residency Programs of Obstetrics and Gynecology in the city of São Paulo. The analysis of the interviews was carried out by themes and started from three core concepts: the role of simulation in the Medical Residency Programs of Obstetrics and Gynecology; the context in which the simulations were carried out in these programs; the factors that facilitate and/or hinder the insertion of simulation in programs suggestible to the use of Clinical Simulation. **RESULT AND DISCUSSION:** regarding the role of simulation in the Obstetrics and Gynecology Medical Residency Programs, in the city of SP, the following categories emerged: a complementary tool for the teaching and learning process; possibility for a safe teaching and learning environment; opportunity to learn from mistakes; support for professional practice committed to patient safety; learning scenario for teamwork; a scenario of reflection on the work process in Gynecology and Obstetrics; favoring decision-making; scenario for evaluative processes in the Medical Residency; and, finally, stimulus for the participation of residents in activities. As for the context of the simulation, it was found: usage in different environments; heterogeneity of insertion of the simulation in the Medical Residency Programs; usage of different types of simulators; and the usage of different strategies to insert the simulation in the curriculum. On the topics that facilitate the usage of Clinical Simulation in the Residency Programs, the following stand out: the Clinical Simulation as part of the institutional project; the existence of a physical structure for teaching; the active involvement of preceptors in the teaching-learning process; and the active participation of residents in the organization of training. As difficulties, the following are mentioned: the inadequate structure for carrying out the Clinical Simulation; the obstacles resulting from public management; the overload of assistance activities; the difficulty in providing training opportunities for all residents in a uniform manner; the distancing between the team that provides the theory and the care practice team; and the absence of private partnerships. **FINAL CONSIDERATIONS:** the supervisors recognize the Clinical Simulation as a powerful pedagogical tool in the learning process of doctors in

Residency Programs of Gynecology and Obstetrics. However, they use the simulation in an incipient way, generally, in the skill training of a medical specialty, which occurs randomly for specific situations. Residents are considered great allies in the organization and development of training with Clinical Simulation. Although some supervisors aim for high-tech mannequins for the development of this type of simulation, it is believed that the main transforming factor is the search for alternatives that only human creativity can provide, which means believing in the human capacity for reinvention, overcoming obstacles, and perseverance to incorporate the use of Clinical Simulation in the Internal Medical Residency Programs of Obstetrics and Gynecology.

Keywords: Simulation Training, Internship and Residency, Obstetrics and Gynecology Department, Hospital, Health Human Resource Training, Patient Safety.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Teoria do “queijo suíço”	35
Figura 2 - A “Máquina” de Madame du Coudray	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação de Simuladores	37
Tabela 2 - Caracterização das Instituições participantes da pesquisa.....	49
Tabela 3 - Caracterização dos supervisores participantes da pesquisa.....	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil dos Programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia no Município de São Paulo, em que estão inseridos os participantes da pesquisa.....	47
Quadro 2 - Correlação entre o objetivo específico e a questão da entrevista.	52
Quadro 3 - Categorias e Subcategorias do 1º Núcleo Temático: papel da simulação nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.....	57
Quadro 4 - Categorias e Subcategorias do 2º Núcleo Temático: utilização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.	72
Quadro 5 - Categorias e subcategorias do 3º Núcleo Temático: facilidades da utilização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.	77
Quadro 6 - Categorias e subcategorias do 3º Núcleo Temático: dificuldades da utilização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.	81

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Ensino Médico
ABRASSIM	Associação Brasileira de Simulação em Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
AMEE	Association for Medical Education in Europe
ASPIRE	A Schools Programme for International Recognition of Excellence in Education
CFM	Conselho Federal Medicina
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino-Saúde
EMBC	Educação Médica Baseada em Competências
EMBS	Educação Médica Baseada em Simulação
EPA	Entrustable Professional Activity
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
GO	Ginecologia e Obstetrícia
MCGO	Matriz Competência Ginecologia e Obstetrícia
MEC	Ministério da Educação
PRM	Programa de Residência Médica
SC	Simulação Clínica
SMS	Secretaria Municipal Saúde
SOGESP	Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia Estado de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UC	Unidade Contexto
UR	Unidade Registro

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	19
1 INTRODUÇÃO	22
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo geral	28
2.2 Objetivos específicos	28
3 REFERENCIAL TEÓRICO	29
3.1 Formação do Tocoginecologista na Residência Médica	30
3.2 Simulação Clínica na formação dos profissionais da saúde	34
3.3 Simulação Clínica na formação do Tocoginecologista.....	42
4 PERCURSO METODOLÓGICO	45
4.1 Fundamentação metodológica	46
4.2 Contexto da pesquisa	46
4.3 Participantes da pesquisa	48
4.4 Produção dos dados	50
4.4.1 Processo de coleta dos dados.....	50
4.4.2 Instrumento de coleta dos dados.....	51
4.5 Análise dos dados.....	53
4.6 Procedimentos éticos.....	54
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
5.1 Papel da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia	56
5.2 Contexto de realização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.	69
5.3 Facilidades e/ou dificuldades e sugestões da utilização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.....	77
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS.....	96
Apêndices.....	109
Anexo	114

APRESENTAÇÃO

Desde os 15 anos, eu dizia que seria médica. Na época, minha tia médica Obstetra e Ginecologista, com o intuito de ajudar na minha decisão profissional, levou-me a um plantão noturno no Hospital Campo Limpo. Tenho uma breve lembrança de ver uma pessoa vomitando no corredor de entrada do hospital e de um parto normal durante a madrugada. Mesmo depois dessa experiência, não tão encantadora com a medicina, continuei convicta da minha decisão.

Assim, cursei medicina na Universidade de Mogi das Cruzes, formando-me em 2004. Escolhi fazer Obstetrícia e Ginecologia, especialidade pela qual me apaixonei, por trazer seres humanos à vida e formar famílias. Foram dois anos intensos de Residência Médica na Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha. Após o término da residência, senti a necessidade de continuar o aprimoramento em cirurgias ginecológicas e realizei estágio no Hospital Brigadeiro. Com a equipe do serviço, tive contato mais profundo com a área de Uroginecologia e optei por continuar mais dois anos nessa área.

Após concluir a especialização em Uroginecologia, fui aprovada em dois concursos públicos, um estadual, no Hospital Heliópolis; e o outro municipal, na Maternidade Cachoeirinha. Em 2010, iniciei as atividades ambulatoriais e cirúrgicas na especialidade de Uroginecologia. Nesse momento, começou um novo aprendizado, ou seja, o contato com residentes de Obstetrícia e Ginecologia e com os internos do curso de Medicina de Mogi das Cruzes que estavam presentes nas minhas atividades.

Intuitivamente e com a minha experiência, vivenciada no internato e na residência médica, conduzia os ambulatórios e cirurgias. Em 2011, os residentes da Maternidade Cachoeirinha me surpreenderam com a indicação para ajudar a coordenar o programa. A diretoria aceitou e iniciei com a função de coordenadora da Residência Médica, mais uma vez, guiada pela vontade de acertar.

Em 2012, surgiu a proposta de parceria, entre a Maternidade e a Universidade Anhembi Morumbi, com o objetivo de fornecer um campo de estágio ao internato do 6º ano na disciplina de Obstetrícia e Ginecologia. Realizei o projeto para receber os alunos e integrá-los aos alunos da Universidade de Mogi das Cruzes que já se encontravam presentes. Nesse mesmo ano, veio a ordem do aumento de vagas de residência médica no Programa de Obstetrícia e Ginecologia, que passou de 12 a 20 vagas, com a finalidade do hospital receber verba de incentivo federal.

Como consequência, a cada mês, a complexidade aumentava, ou melhor, mais alunos, mais residentes, novas cobranças e expectativas; e eu, formada em Medicina com especialidade em Obstetrícia/ Ginecologia e Uroginecologia. A necessidade de aprofundar o conhecimento em ferramentas de ensino, de entender os currículos, de diferenciar os métodos avaliativos e de processá-los para uma aprendizagem significativa, levou-me a refletir que a minha formação de médica não fornecia os conhecimentos e habilidades necessários para o ensino na área da saúde.

Em decorrência da necessidade de desenvolver as competências para executar adequadamente o ensino na saúde, solicitei o afastamento do cargo de coordenação da Residência Médica na Maternidade Cachoeirinha e iniciei o mestrado profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Neste momento, estou prestes a concluir mais uma etapa da minha vida profissional, com a certeza da necessidade constante de novas buscas, de experiências e de aprendizagens. A vida fez com que eu me apaixonasse pela medicina e a medicina me levou a amar o ensino.

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada pelo uso de metodologias tradicionais, influenciadas pelas tendências cartesianas, sob uma perspectiva fragmentada e reducionista. A busca pela eficiência técnica e pelo conhecimento especializado contribuiu para o surgimento de diversas mudanças no contexto das academias e nas propostas de formação. Essas modificações afetaram, igualmente, a dinâmica de ensino e aprendizagem, em que o docente assume a postura de transmissor de conteúdos, e ao discente é atribuído o papel de mero expectador. Esse sistema permaneceu relativamente inalterado nos últimos 100 anos, apesar de importantes mudanças nos cuidados de saúde (POLAVARAPU *et al.*, 2013).

Nos últimos anos, observou-se uma mudança do tradicional modelo Halstediano de aprendizagem no treinamento da residência - "veja um, faça um, ensine um" - para um modelo mais contemporâneo da Educação Médica Baseada em Competência - EMBC. Rowe (2012), Caccia *et al.* (2015) e Allen (2016) avaliam que a Educação Médica, alicerçada em competências, angaria popularidade em todo o mundo como uma nova abordagem na educação e na avaliação dos médicos iniciantes.

É "uma abordagem baseada em resultados para o projeto, implementação e avaliação de um programa de educação médica usando uma estrutura organizacional de competências" de acordo com *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, 2016. É uma maneira de garantir que os médicos possuam o conhecimento, as habilidades e as atitudes necessários para cada etapa em sua carreira.

O objetivo de um programa EMBC é determinar quais são as competências e as ferramentas de avaliação, necessárias aos residentes em diferentes estágios de sua residência, para finalmente atender às necessidades do paciente em cada área específica da medicina. Ten Cate e Scheele (2007) ressaltam a importância de haver estágios de treinamento e de existir, em cada etapa e para cada rotação, um foco de aquisição específica de competências, medido por atividades profissionais confiáveis. Para cada domínio de competência, existe um espectro de habilidades para graduar-se como descrito por Dreyfus e Dreyfus (1980).

Dreyfus e Dreyfus (1980) e Ten Cate (2013) definiram competências como "conjunto de qualidades gerais que todo especialista em medicina deve adquirir" ou "A capacidade de fazer algo com sucesso".

O *CanMEDS Medical* afirma que o papel de especialista é uma competência que envolve "a capacidade de aplicar conhecimentos médicos, habilidades clínicas e atitudes profissionais no fornecimento de cuidados centrados no paciente". Frank *et al.* (2010) definem um médico "competente" como aquele que possui as habilidades necessárias em todos os domínios, os contextos, os estágios de educação ou de prática médica. Nesse sentido, a competência é uma construção dinâmica que desenvolve ou recua no decorrer do tempo, dependendo do ambiente.

O conceito de atividade profissional confiável - *Entrustable Professional Activity* – *EPA* - foi introduzido por Ten Cate e Scheele. (2007) para preencher a lacuna entre a educação orientada por competências e a prática clínica. Na prática clínica, as competências estão entrelaçadas de maneira complexa, o que as tornam menos explícitas e mensuráveis. Uma atividade profissional fidedigna é uma tarefa ou atividade específica que pode ser confiada a uma pessoa, desde que esta tenha alcançado a competência suficiente. As EPAs representam a atividade diária do profissional, são entidades observáveis e mensuráveis e podem ser o foco da avaliação (TEN CATE, 2013).

Dessa maneira, pensar o processo de ensino e aprendizagem dentro de uma perspectiva de construção de saberes, em que o residente e o professor participam efetivamente, implica substituir, de modo vertical, os processos de memorização de informações e de transferência fragmentada do saber por uma prática que reúna os saberes por meio de uma postura interdisciplinar. Nesse sentido, valoriza-se a adoção de métodos que estimulem a participação efetiva do aluno em todas as etapas do processo. Dentre esses, denominados de metodologias ativas, está o método da simulação, como cita Costa (2013).

Em 1999, o Instituto Americano de Medicina publicou um documento, intitulado *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, que estimava o quantitativo anual entre 45 e 98 mil mortes de pacientes em consequência de erro médico. Essa informação contribuiu para uma mudança das práticas de saúde e para o estímulo ao uso da simulação com intuito de melhorar a segurança do paciente. *Primum non nocere* ou *primum nil nocere* é um termo latino da bioética que significa "primeiro, não prejudicar". Também conhecido como princípio da não-maleficência, é geralmente usado por profissionais de saúde em referência à necessidade de evitar riscos, custos e danos desnecessários aos pacientes, na realização de exames, de diagnósticos, de medicação ou de cirurgias.

A simulação médica pode ser uma arte antiga, mas é uma ciência jovem que encontra, somente agora, uma posição nas instituições de ensino superior (MACEDONIA; GHERMAN; SATIN, 2003). A simulação usa tecnologia, possui ferramentas, como os simuladores, mas estes não abarcam o significado da simulação, apenas fazem parte desta, de acordo com Araujo e Quilici (2012), no livro “Simulação Clínica do conceito à aplicabilidade”.

Outrossim, favorece o desenvolvimento de competências, correspondentes a processos clínicos da prática profissional; vai além dos aspectos técnicos e tecnológicos; e se estende ao desenvolvimento de análise, síntese e de tomada de decisão. Nos Estados Unidos, Canadá e na Europa, os centros de simulação se fazem presentes em diversas Instituições de Ensino Superior, locais em que a metodologia da simulação é bastante difundida e estudada.

No contexto brasileiro, observa-se uma adesão maior de instituições privadas e públicas, bem como uma tendência crescente na implantação de centros de simulação. No entanto, os custos elevados, com a construção de estruturas físicas, com a aquisição de simuladores e com a contratação de pessoal qualificado, são fatores limitantes dessa expansão. Apesar desses fatores, a simulação ganha popularidade no campo médico, como meio de complementar o treinamento tradicional de pacientes, o que viabiliza uma melhoria nas habilidades e no fazer "a coisa real" em uma aprendizagem e em um ambiente seguro.

Ao refletir sobre o cenário nacional de utilização da Simulação Clínica no contexto das pós-graduações médicas, surgiu a preocupação de como a ferramenta é inserida no decorrer dos Programas de Residências Médica, mais especificamente, na especialidade de Obstetrícia e Ginecologia.

Dentro desse cenário, as seguintes questões se colocam para esta pesquisa:

- 1 Qual o papel da Simulação Clínica na formação do residente em Obstetrícia e Ginecologia?
- 2 A Simulação Clínica tem sido usada como ferramenta de ensino nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia no Município de São Paulo?
 - 2.1 Se sim:
 - 2.1.1. Quais os tipos de atividades têm sido desenvolvidos?
 - 2.1.2. Quais são os obstáculos para a sua operacionalização?
 - 2.1.3. Quais são as vantagens da sua utilização?

2.1.4. Qual o treinamento que os profissionais realizaram para executar a Simulação Clínica?

2.1.5. A Simulação Clínica está inserida na matriz curricular dos programas?

2.1.6. A simulação é desenvolvida em parceria com outra instituição?

2.1.7. Em qual local é realizado o treinamento com simulação?

2.2 Se não: por quê?

3 Quais as sugestões para a implantação/aprimoramento do uso da Simulação Clínica na Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia?

Partiu-se da seguinte hipótese: a Simulação Clínica é compreendida pelos supervisores de Programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia como uma ferramenta pedagógica eficaz no aprendizado dos residentes, entretanto é pouco utilizada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o uso da Simulação Clínica como recurso de ensino e aprendizagem em Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia do Município de São Paulo.

2.2 Objetivos específicos

- 1 Apreender o papel atribuído, pelos supervisores de programa, à Simulação Clínica na formação do residente em Obstetrícia e Ginecologia no município de São Paulo.
- 2 Analisar o contexto de realização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.
- 3 Levantar as sugestões para o aprimoramento do uso da Simulação Clínica na Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.

Como premissa central do mestrado profissional, a CAPES indica, para a obtenção do título de mestre, além da Dissertação de Mestrado, a construção de um Produto Educacional. Este visa trazer os resultados da pesquisa científica realizada, bem como disponibilizar as contribuições para uma transformação da prática profissional.

O Produto Educacional desta pesquisa está baseado na elaboração de um material áudio visual, com a finalidade de compartilhar os pontos-chaves para a efetivação do uso da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Formação do Tocoginecologista na Residência Médica

A definição da especialidade de Obstetrícia e Ginecologia remete ao ciclo de vida da mulher, desde o nascimento, da adolescência, da gravidez até o parto e o climatério. É uma especialidade, em que o envolvimento do familiar se faz presente em muitos momentos. O Tocoginecologista torna-se o médico primário dessa mulher, aquele que escuta, conhece as fraquezas, aconselha e se torna o médico de confiança. Outrossim, é uma especialidade que permite ao médico momentos de atuações clínicas e outras cirúrgicas, o que amplia o seu campo de atuação.

O início da profissão remonta aos primórdios da civilização, quando o trabalho de parto deixou de ser uma atividade solitária da mulher e passou a necessitar da parteira e da intervenção de um médico - papel masculino - na extração de fetos, principalmente, naquelas com parto obstruído. Após 1929, a especialidade deixou de ser um ramo da cirurgia e, com a fundação do *British College of Obstetricians and Gynaecologists* conquistou autonomia que se ampliou com o tempo.

No Brasil, a atuação de médicos, na Obstetrícia, ocorreu após a fundação da primeira escola médica, em 1808, por Dom João VI. A partir de então, o conhecimento médico foi introduzido e determinou, definitivamente, a presença da figura masculina nos cuidados da gestação e do parto. A ginecologia surge na Universidade da Pensilvânia, nos Estados Unidos, como uma especialidade cirúrgica, graças às pesquisas e às descobertas científicas. Dois procedimentos são considerados pioneiros no mundo: em 1809, o médico Ephraim MacDowell realizou a primeira extração de ovários e, em 1849, J.Marion Sims inaugurou a cirurgia de fístula vesico-vaginal.

Nas últimas décadas, a medicina tem apresentado grandes saltos de conhecimentos, com novas técnicas diagnósticas e terapêuticas, sofisticando-se, de maneira muito rápida, em benefício de uma atenção mais competente e segura para as pacientes. Nesse sentido, exige especializações com curvas de aprendizado longas, o que leva a um fenômeno da superespecialização dentro da Obstetrícia e Ginecologia, por exemplo, na área da Oncologia Pélvica, da Endoscopia Ginecológica, da Reprodução Humana, entre outras.

O caminho de formação desse profissional inicia-se pela Residência Médica, que é considerada como o “Padrão Ouro” pela comunidade médica, e possibilita aos seus concludentes um “status” diferenciado em comparação aos demais médicos,

uma vez que ao seu término o profissional recebe o Título de Especialista “*lato sensu*” naquela área do conhecimento (MICHEL; OLIVEIRA; NUNES, 2011). O termo Residência Médica só pode ser empregado após o credenciamento pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

A CNRM foi instituída, em 1977, com a Lei nº 6.932. A contar dessa lei, os Programas de Residência Médica passaram a ser legislados e passaram a contar com benefícios, além de direitos trabalhistas fundamentais aos residentes. A regulamentação e a supervisão desses programas são articuladas por diversos órgãos hierárquicos, inseridos no Ministério da Educação (MEC). Para que um programa tenha o credenciamento na CNRM, deve atender a todos os pré-requisitos necessários, incluindo um supervisor responsável e um grupo de preceptores, sob a sua coordenação, para o desenvolvimento das atividades.

De acordo com a CNRM, a Resolução nº 2, de 3 de Julho de 2013, dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento das Comissões de Residência Médica das instituições de saúde e estabelece que cada Programa de Residência Médica necessita ter um supervisor responsável que deve ser médico especialista, integrante do corpo docente da instituição de saúde e o responsável pela gestão do programa.

Botti e Rego (2008) definiram que o supervisor atua na revisão da prática profissional e tem a função de observar o exercício de determinada atividade, de zelar pelo profissional e de se certificar que ele exerce bem a sua atividade.

Na literatura da área da saúde, o supervisor tem o papel de medir e de desenvolver os conhecimentos e as habilidades de profissionais em início de carreira nos seus próprios ambientes clínicos. Ele deve, igualmente, estimular a aplicação da teoria na prática, desenvolver as habilidades e ensinar o recém-graduado a utilizar adequadamente o tempo, por meio de priorização de procedimentos e de atitudes (GREALISH; CARROLL, 1997). A sua supervisão tem importante função na melhoria do nível de qualidade da atuação profissional e marca a boa qualidade do cuidado com a saúde, o que é bom tanto para o próprio profissional como para o usuário do serviço de saúde. (KILMINSTER; FOLLY, 2000; SLOAN, 2005).

Alguns autores citam que o termo preceptor é usado para designar aquele profissional que não é da academia e que tem importante papel na inserção e na socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho (MILLS; FRANCIS; BONNER, 2005). Preceptor é o professor que ensina um pequeno grupo de alunos ou residentes, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para

tal prática (RYAN-NICHOLLS, 2004). Botti (2011) introduz o conceito do docente-clínico, que é o médico atuante e exímio educador, e afirma que esta é a verdadeira vocação do preceptor.

O médico residente em Obstetrícia e Ginecologia apto a promover a saúde prevenir, diagnosticar e tratar as afecções relacionadas à mulher, nas diferentes fases da vida, bem como desenvolver habilidades e raciocínio crítico nas sub-especialidades e nas diversas áreas de atuação.

A proposta inicial do Programa de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia foi a de ter uma duração de dois anos e assim seguiu até o ano de 2005. A partir desse momento, entra a Resolução nº 2/2006 da CNRM que determinou as diretrizes curriculares dos programas credenciados. Estabeleceu as especialidades de acesso direto e as com pré-requisitos, bem como o tempo de duração de cada programa. Essa resolução estabeleceu os três anos para a formação do especialista em Obstetrícia e Ginecologia; os objetivos gerais e específicos; a descrição do programa, pontuando o que deveria ser abordado em cada ano de Residência Médica; e o conteúdo programático teórico. Em seguida, menciona-se o objetivo geral do Programa de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia, estabelecido pela CNRM 2006.

Embora a CNRM ofereça as diretrizes e a programação exigidas para um Programa de Residência Médica, é muito difícil que os diversos programas em andamento atinjam a qualidade mínima desejável e necessária para a formação de um bom profissional, devido às grandes dimensões do número de programas disponíveis e à baixa capacidade de fiscalização da própria CNRM. Desse modo, embora possua o título de especialista, conferido pela CNRM, o médico pode não estar apto a exercer a especialidade com a qualidade desejada. O simples cumprimento da programação é suficiente para a concessão do título, sem que ocorra uma avaliação de mérito, aplicada pela CNRM ou por outro órgão governamental.

Dentro desse contexto, o governo federal publica o decreto nº 8.516 de 2015, reconhecendo o papel da Associação Médica Brasileira (AMB) e das Associações de Especialidades conveniadas para a concessão do título de especialista e/ou de certificados de área de atuação, ou seja, por delegação da AMB, as Sociedades de Especialidades estão autorizadas a elaborar e a aplicar os exames de suficiência para

a obtenção do Título de Especialista pela AMB/Conselho Federal de Medicina (CFM)/Associação de Especialidades.

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) realiza o exame para a concessão do título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia - TEGO, sob a outorga e a vigilância da AMB. Atualmente, a avaliação é constituída por duas fases: a primeira, uma prova de múltipla escolha e a segunda fase, uma prova prática. Procuram-se critérios rigorosos, com base nos modernos conceitos de avaliação. Nesse sentido, os membros da comissão organizadora do TEGO são profissionais envolvidos nos processos de ensino e aprendizagem, entendendo as oportunidades e as dificuldades, assim como os parâmetros mínimos de conhecimento necessário para a obtenção do título de especialista.

Diante da abertura de inúmeros Programas de Residência Médica, implementados sem o devido preparo dos preceptores para a formação dos residentes e sem a infraestrutura adequada, a FEBRASGO criou uma Comissão Especial de Educação Médica, com o objetivo de estabelecer uma Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia (MCGO) que servisse de balizamento no processo de formação e de treinamento dos residentes (ROMÃO *et al.*, 2017).

A Matriz de Competências, em sua primeira versão, foi aprovada pela AMB, em 2017 e aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica do MEC, em reunião plenária, em 2018 (BRASIL, 2019, p 192), apresentando os seguintes objetivos essenciais:

- Assegurar maior consistência e coerência na orientação dos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia;
- Distribuir as competências de maneira hierarquizada e crescente em complexidade para o primeiro, segundo e terceiro ano de residência;
- Referenciar a avaliação do médico residente em Obstetrícia e Ginecologia para cada um dos seus componentes: conhecimentos, habilidades e atitudes;
- Permitir o aprendizado do residente, com base na avaliação transparente e ajustada ao seu nível de progressão;

- Referenciar a avaliação de Programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia;
- Orientar a preceptoria e supervisão local dos Programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia.

Após dois anos da aprovação da primeira versão, a Comissão de Residência Médica da FEBRASGO, pelo monitoramento realizado na aplicação da Matriz de Competência nos programas e por meio das manifestações de preceptores, coordenadores e especialistas, desenvolveu a segunda versão da Matriz de Competências que aguarda aprovação da AMB e posterior encaminhamento à CNRM para deliberar a aprovação.

A segunda versão constitui-se de 16 eixos de competências, em que os dois últimos são eixos de inovações, em termos de diretrizes nacionais para programas de residência, e pretendem fortalecer, junto com os profissionais, egressos dos programas de residência médica, hospitais e serviços prestadores de assistência à saúde da mulher, esses novos referenciais de Saúde Global, Humanização e Qualificação do Cuidado.

Como proposta, a matriz traz a sugestão de métodos avaliativos específicos, como o Teste de Progresso, para o cognitivo; o *Objective Structured clinical examination* – OSCE, ou seja, exame clínico objetivo estruturado para as habilidades clínicas em ambiente simulado; e o Mini-CEX – *Mini-clinical evaluation exercise*, para a avaliação de desempenho profissional em cenários de prática real (FEBRASGO, 2019 – versão 2).

A FEBRASGO promove ações para incentivar os Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia a adotarem, como diretriz curricular, a Matriz de Competência em Ginecologia e Obstetrícia-MCGO. Realiza capacitações em formação orientada por competências para tocoginecologistas, que atuam com RM, em busca de uma formação uniformizada e qualificada para os futuros tocoginecologistas do Brasil.

3.2 Simulação Clínica na formação dos profissionais da saúde

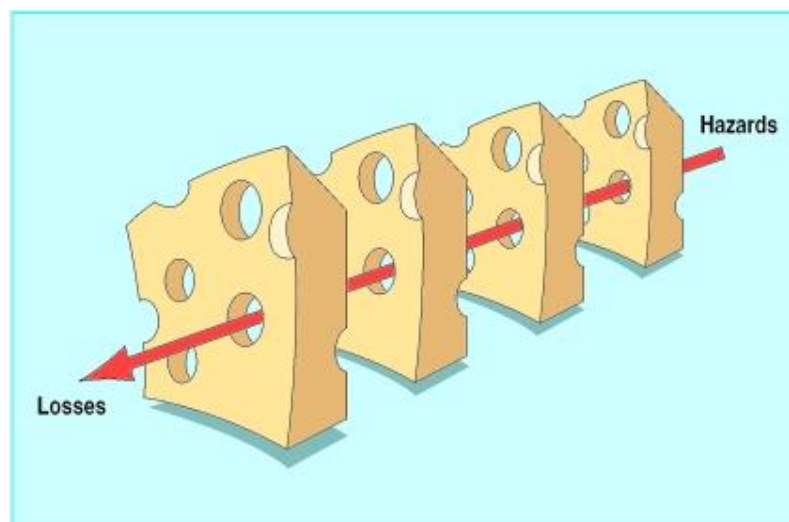
A discussão do ensino na saúde envolve, atualmente, alguns pontos iniciais de interesse como: o ensino por competência e resultados; as tecnologias e as

metodologias ativas de ensino; os métodos de avaliação de competências; a garantia aos pacientes de segurança física e emocional; a oportunidade de desenvolvimento de habilidades e de comportamentos, que são a chave para uma prática profissional, efetivamente internalizados pelos estudantes (IGLESIAS; PAZIN FILHO, 2015).

Somado às diretrizes atuais de ensino na saúde, existe a alteração do perfil dos pacientes e das expectativas da sociedade, o que resulta em uma crescente responsabilidade profissional com margem mínima para erros médicos.

Com base nesse raciocínio, Reason (2000) desenvolveu o modelo do “Queijo Suíço”, conforme Figura 1 abaixo, também conhecido como modelo de influência do ato cumulativo, para explicar os acidentes nas organizações, vistos como sistemas adaptativos complexos. Reconhecendo que o risco nunca é zero, o modelo representa um sistema de defesa contra desastres como uma fortaleza não completamente sólida, ou seja, um queijo com vários buracos. Esse modelo pressupõe que esses “buracos” aparecem inevitavelmente em qualquer “camada” de proteção, mas enquanto não se alinham, não ocorre o desastre.

Figura 1 - Teoria do “queijo suíço”



Fonte: Reason, 2000

Datta, Upadhyay e Jaideep (2012), utilizando o modelo do “queijo suíço”, evidenciou que os médicos residentes e / ou médicos especialistas, não expostos às atualizações periódicas, equivalem-se a grandes “buracos”, o que aumenta o número de incidentes críticos. Nesse sentido, é necessária uma alternativa que substitua os

pacientes “reais” e que tenha o mesmo grau de confiabilidade, com o intuito de aprofundar e de reforçar os conceitos médicos.

Dentro desses princípios, surge a Simulação Clínica que é uma metodologia ativa de ensino, baseada em tarefas, dentro de um cenário prático controlado e protegido, com diferentes níveis de complexidade, de autenticidade e de competência. Para atingir essa finalidade, faz-se o uso de simuladores, de objetos ou de representações parciais ou totais de uma tarefa a ser replicada, podendo adquirir diversos aspectos de acordo com a complexidade da atividade a ser executada (PAZIN; SCARPELIN, 2007).

A introdução dessas tecnologias, no ensino médico, tem a finalidade de formar profissionais mais proativos e com uma visão mais integral do paciente (BRASIL, 2001). Reportando-se novamente ao ensino médico, o art. 7º, inciso IV das DCN, enfatiza que os acadêmicos devem aprender em situações e ambientes protegidos e controlados ou em simulações da realidade, a fim de que possam identificar e avaliar o erro (BRASIL, 2014).

A simulação pode ser aplicada em vários momentos da formação médica, como na graduação, na pós-graduação e no aperfeiçoamento profissional, e transforma o antigo modelo de ensino e aprendizagem, proposto por Halsted, ou melhor, “veja um, faça um, ensino um” em um novo modelo “veja um, pratique muito, faça um” (VISSER, 2011).

Nessas três dimensões de formação, as possibilidades, a serem trabalhadas na simulação, perpassam por competências do conhecimento médico; pelo atendimento ao paciente; pelas habilidades de comunicação interpessoal; pelo profissionalismo; pela aprendizagem baseada na prática, pelas tarefas psicomotoras; pela liderança; pelo treinamento de equipe; pelo pensamento crítico; e pela tomada de decisão (HUANG; MORGAN; SACKS, 2011).

De acordo com a intencionalidade do treinamento, a simulação pode ocorrer em diferentes locais, por exemplo: a simulação in-situ, responsável por levar a técnica diretamente aos locais onde ocorre a atuação profissional, e a realizada em centros de simulações ou laboratórios, que são estruturas físicas que atendem a diferentes necessidades, e que, portanto, observam critérios determinados.

A simulação utiliza objetos ou representações físicas, denominados de simuladores, sobre os quais se reproduz uma tarefa parcial ou global. Conforme a sua interação com o aluno, são classificados em: simuladores de baixa fidelidade,

manequins estáticos, sem interação ou resposta; os de fidelidade média/moderada, de tecnologia intermediária, por exemplo, possuem sons pulmonares ou cardíacos, mas sem a expansividade torácica e com interação limitada; os de alta fidelidade, mais sofisticados, computadorizados, com respiração espontânea, expansibilidade torácica, sons cardíacos e pulmonares, fala, interação e respostas fisiológicas próximas às reais; e os *part task trainers*, simuladores para treino de habilidades.

Com o objetivo de extrair as melhores características de cada um dos elementos educacionais, a simulação pode ser feita por meio da realidade virtual, com simuladores baseados em programas de computadores; em pessoas, atores ou pacientes; em *game based simulation (second life)*; e/ou em simulador híbrido (GABA, 2004).

Abaixo, na Tabela 1, são apresentados os simuladores com a sua classificação e características:

Tabela 1 - Classificação de Simuladores

CLASSIFICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS
Baixa fidelidade	Limitados em recursos eletrônicos, não controlado por computadores
Média fidelidade	Tecnologia limitada
Alta fidelidade	Operados por computadores, capazes de interagir
<i>Part task trainers</i> ou simuladores para treino de habilidade	Equipamentos específicos para treinamentos de habilidades
Realidade Virtual	Utilização de computação gráfica tridimensional, acoplada a dispositivos comandáveis
Simuladores baseados em programas de computadores	Programas de computador interativo, associados a resolução de problemas
Pessoas (atores/pacientes)	Pessoas que assumem um papel no cenário proposto
Jogo baseado em simulação	Jogos de computadores com vidas virtuais
Simulação Híbrido	Uso de dois tipos de simuladores

Fonte: Adaptado do livro *Simulação Clínica: Do conceito à aplicabilidade* p.6-7.

Existem diferentes modalidades de simulação, cujas características se ajustam a cada objetivo de aprendizagem. O conhecimento dessas especificidades possibilita a seleção mais apropriada dos simuladores pelos programas. Em 2013, a Rede Canadense de Simulação em Saúde estabeleceu as seguintes categorias de simulações (CHINIARA *et al.*, 2013):

- Simulação de procedimentos, equivalente ao treinamento de habilidades, na qual o foco principal é a aquisição de habilidades psicomotoras, com a necessidade de checklists padronizados e de repetição. Trata-se de uma simulação mais simples e focada, mais ajustada ao ensino e ao treinamento de principiantes;
- Imersão Clínica simulada ou cenários de alta fidelidade, em que o ambiente profissional é recriado com fidelidade, e os participantes exercitam, de maneira mais completa, as habilidades, atitudes, a tomada de decisão e outros elementos da competência clínica. Essas simulações podem ser realizadas com manequins simuladores de pacientes ou com atores e são geralmente aplicadas aos aprendizes mais experientes;
- Simulação de paciente padronizado, na qual os atores ou membros da comunidade representam pacientes reais com o objetivo de treinar as competências clínicas, as habilidades de comunicação e o comportamento dos aprendizes. Os pacientes padronizados atuam em um cenário com anamnese, com sinais clínicos ou com reação emocional predefinida;
- Simulação computadorizada, na qual a interface de interação com os participantes é uma tela de computador, com graus variáveis de fidelidade. Pode ser destinada ao treinamento de habilidades psicomotoras, bem como à destreza em procedimentos laparoscópicos ou à tomada de decisão em cenário virtual;
- Simulações híbridas são aquelas que combinam diferentes modalidades de simulação.

No início de 2020, os educadores foram desafiados por uma situação de pandemia que impediu a aproximação social. Era imprescindível que se encontrasse uma alternativa que envolvesse o aluno, mas que, ao mesmo tempo, protegesse o seu corpo físico e a sua segurança mental. Por essa razão, a telesimulação ganhou

força. É descrita por McCoy (2017) como um método de ensino a distância, em que as telecomunicações e os recursos de simulação são utilizados conjuntamente para construir conhecimento e para fornecer o treinamento de habilidades. Para avaliar a alta fidelidade e a imersão da telessimulação, foi realizado um estudo com base em casos, em que foi utilizada a tecnologia Zoom de transmissão. Conclui-se pela sua viabilidade e eficácia no aumento do conhecimento sobre o assunto, e os participantes ficaram satisfeitos com a experiência de aprendizado (PATEL *et al.*, 2020).

A situação de Pandemia de COVID-2019 impulsionou, igualmente, o uso da telemedicina. Essa possibilidade de prestar, remotamente, os cuidados de saúde, tornou-se um meio essencial de entrega oportuna, econômica e de cuidado eficaz (MANN *et al.*, 2020). Ademais, a necessidade de seu uso correto alertou as instituições, associações e os órgãos competentes sobre a necessidade, em um futuro próximo, de que os currículos formais de telemedicina e as avaliações de competências sejam componentes necessários na Educação Médica de pós-graduação (DEJONG; LUCEY; DUDLEY, 2015).

Sartori *et al.* (2019) projetaram e implementaram uma série de casos, em que utilizam a simulação no modelo de avaliação clínica/profissional objetiva e estruturada, (OSCE). Os autores se basearam em encontros remotos e desenvolveram uma avaliação estruturada de habilidades únicas de telemedicina. Os casos consistiam em encontros virtuais entre os pacientes padronizados e altamente treinados, ou seja, pacientes standartizados e residentes. Concluíram que a simulação cumpriu o objetivo de apresentar aos residentes o atendimento virtual e de avaliar as habilidades de comunicação nesse tipo de encontro.

As sociedades nacionais e internacionais de ensino médico preconizam o uso da simulação em suas diversas modalidades e recursos. Estudos demonstram a importância de um roteiro teórico-prático para a elaboração do cenário e a sua contribuição, a fim de alcançar os objetivos e de atingir os resultados (NEVES; PAZIN-FILHO, 2018). Para a construção do cenário, alguns critérios se fazem necessários: estabelecer bem os objetivos de aprendizagem para garantir que sejam alcançados e em prazo determinado; existir a correspondência com o nível de aprendizagem do aluno; estar de acordo com os resultados gerais, basear-se em evidências, refletir uma visão integral do paciente (LIOCE *et al.*, 2013).

Ademais, a integração da estratégia na matriz curricular, não como componente isolado e complementar, mas inserida como uma prática no desenvolvimento do aluno, está padronizada nos critérios de boas práticas (INACSL Standards Committee, 2016). É imprescindível que os instrumentos validados, os quais orientam a elaboração de cenários de simulação em saúde e incluem os critérios estabelecidos para as boas práticas, disseminem a metodologia e permitam a reprodutibilidade nas Instituições de saúde e de ensino. Dessa maneira, o uso da simulação, com maior frequência, é favorecido, bem como o aprendizado a ser incorporado na prática diária dos profissionais e alunos, o que, conseqüentemente, garante uma assistência segura aos pacientes (KANEKO; LOPES, 2019).

Faz parte da metodologia da simulação, o momento de feedback e de debriefing. O feedback é essencial para o aprendizado e se constitui em um pilar do ensino clínico eficaz. Tradicionalmente, no ambiente clínico, o feedback ocorre entre o preceptor clínico e um estudante ou residente após uma interação clínica observada. O objetivo do feedback é melhorar o desempenho clínico do aluno. No entanto, existem vários desafios para que um feedback se torne eficaz no ambiente clínico: a falta de privacidade, a alta acuidade clínica, as expectativas pouco claras, a comunicação unidirecional, a hierárquica e o tempo escasso. No cenário simulado, esses desafios de feedback podem ser superados (HUNTER, 2016).

Enquanto os educadores médicos não tinham o devido conhecimento de como desenvolver os currículos de simulação, os estudantes de medicina e residentes eram frequentemente enviados para a simulação por conta própria, a fim de “praticarem” ou “brincarem” com as ferramentas. Com a gradativa evolução das pesquisas, tornou-se evidente que, para as tarefas complexas ou para as habilidades técnicas, a instrução guiada e o feedback de um professor poderiam aprimorar o aprendizado, diminuir o tempo de treinamento e melhorar o desempenho na simulação. O feedback resulta em menos erros e em curvas de aprendizagem mais curtas, e os alunos relatam autoconfiança, autoeficácia, bem como ressaltam que se encontram com as suas competências aprimoradas no desempenho das habilidades técnicas (STRANDBYGAARD *et al.*, 2013; HATALA *et al.*, 2014).

Após uma experiência de simulação, o debriefing é o padrão ouro para o feedback. O feedback não é percebido como positivo ou negativo, mas como um componente normal da experiência de aprendizagem. Nesse cenário, há uma oportunidade maior de autorreflexão, de uma motivação intrínseca para melhorar, da

colaboração e do trabalho de equipe. O debriefing é uma estratégia de feedback reflexivo, usada na simulação para promover uma aprendizagem significativa (HUNTER, 2016).

A simulação tem um papel importante na avaliação e pode ser formativa, somativa e de alto risco (INACSL Standards Committee, 2016). A avaliação formativa estimula o desenvolvimento pessoal e profissional, o que auxilia o aluno na progressão para alcançar os objetivos ou os resultados. A somativa tem a finalidade de medir os resultados e, geralmente, ocorre em um momento distinto no tempo ou no final de um programa. A avaliação de alto risco é aquela que tem implicações ou consequências importantes com base no resultado e pode gerar premiações ou progressões.

Para que a avaliação com a simulação seja autêntica, alguns elementos são essenciais: determinar a intencionalidade da experiência, baseada na simulação; projetar a experiência, para incluir o tempo da avaliação; usar uma ferramenta de avaliação válida e confiável; treinar o avaliador; completar a avaliação; e interpretar os resultados (HUANG *et al.*, 2015).

Ao escolher uma ferramenta de avaliação, é recomendado aos educadores médicos que pesquisem na literatura e escolham ferramentas que passaram por um processo de validação robusto (ELESSAWY *et al.*, 2017). Não seguir as boas práticas sugeridas pode causar avaliações imprecisas, experiências ruins dos participantes, resultados de aprendizagens inadequados, falha no processo e seleção inadequada de ferramentas ou viés de avaliação.

Existem alguns métodos avaliativos para a simulação e os mais utilizados, com alunos de graduação e pós-graduação, são: a avaliação clínica/profissional, objetiva e estruturada (OSCEs) e a avaliação prática, objetiva e estruturada (OSPE). O OSCE foi descrito pela primeira vez, em 1975, pelo professor Harden, na Escócia, e foi introduzido como um método para avaliar a competência clínica de estudantes de medicina. Ao contrário dos exames escritos, que medem apenas o conhecimento médico, os OSCEs medem outras habilidades clínicas relacionadas, como o profissionalismo, a comunicação, o pensamento crítico e as habilidades técnicas (NALESNIK *et al.*, 2005).

Esses métodos avaliativos estruturados foram descritos com o objetivo de aumentar a validade e a fidedignidade das avaliações, no que concerne às habilidades clínicas, com maior grau de objetividade e maior e melhor padronização das condições do exame. Permitem a avaliação simultânea de um grande número de alunos, com o auxílio de pacientes simulados ou padronizados, conhecidos como SP - *Standardized Patients* (TRONCON, 2012).

3.3 Simulação Clínica na formação do Tocoginecologista

Em 1756, Madame du Coudray, enfermeira do Rei Luis XV, criou o primeiro manequim de parto, caracterizado por ser realístico, anatomicamente correto e em tamanho real, conforme Figura 2. Ela viajava com seu manequim pelo interior da França, conhecido como “a máquina” e ensinava as enfermeiras das vilas a fazerem partos em todas as posições e apresentações fetais (GELBART ,1998). Sua missão, decretada pelo Rei Luís XV, era treinar as enfermeiras no salvamento de bebês para que não fossem a óbito no nascimento.

Figura 2 - A “Máquina” de Madame du Coudray



Flaubert História da Medicina Rouen, França

Os simuladores são conhecidos desde a antiguidade, tanto os de Ginecologia como os da Obstetrícia, por meio do uso de blocos de cera ou de madeira para ilustrar os processos reprodutivos, as técnicas contraceptivas e outras condições ginecológicas (CODY, 2005).

Alguns manequins ou simuladores de tarefas foram desenvolvidos para treinar e praticar os procedimentos e as técnicas cirúrgicas, bem como os exames físicos das mamas e da pelve. Esses manequins incluem possibilidades de treinamentos de suturas, de inserção de dispositivos intraútero e colocação de dispositivos (“slings”) suburetrais (PUGH *et al.*, 2001). Uma metanálise, realizada por Dilaveri *et al.* (2013), indicou que o treinamento do exame físico de mama e de pelve, com simulação aprimorada por tecnologia, está associado a um ganho, de moderado a grande, no desempenho dos alunos quando comparado à intervenção alguma.

Virtual ou não, a simulação obstétrica e os ambientes ginecológicos devem ser projetados para atender as situações exclusivas do cuidado às mulheres durante a sua vida. Richard Manningham ressalta: “Onde todos os casos que podem acontecer podem ser representados e repetidos quantas vezes julgarmos necessário, você terá a maior oportunidade de formar suas mãos para a prática” (CODY, 2005). Efetivamente, a simulação traz o conhecimento, as habilidades e as atitudes dos profissionais na prática obstétrica e na ginecologia, o que consiste em uma questão de qualidade e de segurança, além de fazer parte, na verdade, da ética profissional de todo médico (GARDER; RALMER, 2008).

No Canadá, foi realizado um estudo, no qual ficou constatado o aumento do treinamento de simulação na área da obstetrícia e nos programas de residência em ginecologia daquele país. Sanders e Wilson (2015) comentam que o desenvolvimento de currículos de simulação, para o uso na Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia, ainda está em fase inicial de desenvolvimento. Para os autores, um currículo nacional padronizado de simulação facilitaria a integração da simulação na Educação da Residência em Obstetrícia e Ginecologia e ajudaria em uma mudança na avaliação do residente para que fosse baseada em competência. Para esse fim, os Programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia precisam da colaboração, entre centros e as especialidades, a fim de desenvolver um currículo de simulação como o padronizado no Canadá.

Realizado na Austrália e na Nova Zelândia, um outro estudo investigou o uso da simulação na Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia e apontou que, apesar da aparente disponibilidade de equipamentos de simulação, existe pouca evidência de que os residentes dos programas sejam agraciados com currículos que contemplem a simulação, o tempo protegido para o treinamento simulado e a supervisão para a atividade (WILSON *et al.*, 2016).

Existem múltiplos desafios para a aplicação da simulação em Obstetrícia e Ginecologia. Dentre eles, citam-se a distribuição de alunos/residentes e professores, em vários locais clínicos; o custo elevado; e a variabilidade de recursos entre as instituições. No entanto, a simulação na educação de estudantes/residentes de Obstetrícia e Ginecologia é uma plataforma de aprendizagem valiosa, além de fornecer soluções para os educadores que devem garantir uma experiência de treinamento abrangente e padronizada para todos os alunos (EVERETT *et al.*, 2019).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Fundamentação metodológica

Para alcançar os objetivos assumidos, foi realizado um estudo descritivo, exploratório, tipo corte transversal, com abordagem qualitativa.

O objetivo das pesquisas descritivas é descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. São elaboradas com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis, nas pesquisas que se enquadram com o objetivo profissional. (GIL, 2017, p. 26).

As pesquisas exploratórias têm o propósito de conhecer melhor o objeto a ser estudado e de permitir uma visão mais geral. Seu objetivo principal é tornar mais explícito o estudo de um problema ou construir hipóteses (GIL, 2017, p. 26).

Em estudos transversais, coletam-se, simultaneamente, de um grupo ou de uma população de indivíduos, informações sobre uma variedade de características. São vistas como avaliações fotográficas de grupos ou de populações de indivíduos. Uma relação de associação não sugere, necessariamente, uma relação de causalidade ou de causa e efeito. Como vantagens desse tipo de estudo, destacam-se o baixo custo, a simplicidade na análise dos dados, o alto potencial descritivo e a rapidez na coleta de dados, acompanhada da facilidade na representatividade de uma população (NEWMAN *et al.*, 2007).

Minayo (2014) afirmou que as abordagens qualitativas se aplicam ao estudo das relações, das representações, das percepções, das opiniões que resultam do modo como o sujeito pensa, sente, insere-se no contexto social e na maneira como se relaciona. As abordagens qualitativas são adequadas para as seguintes investigações: os grupos delimitados; as histórias sociais, que considerem o ponto de vista dos sujeitos e das relações; e a análise de discursos e de documentos.

4.2 Contexto da pesquisa

O presente estudo foi realizado no Município de São Paulo, capital do Estado de São Paulo, região Sudeste do Brasil. No momento da coleta dos dados, existiam 18 Programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica. Os dados foram obtidos, via e-mail, por consulta à Comissão Nacional de Residência Médica.

Abaixo, o Quadro 1 especifica o número de vagas credenciadas pela CNRM, bem como a natureza da instituição cede dos Programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia.

Quadro 1 - Perfil dos Programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia no Município de São Paulo, em que estão inseridos os participantes da pesquisa.

Programa	Nº de vagas credenciadas	Organização Acadêmica	Categoria Administrativa
1	62	Universidade	Filantrópica
2	18	Hospital Assistencial	Estadual
3	48	Universidade	Federal
4	24	Hospital Assistencial	Estadual
5	18	Hospital Assistencial	Municipal
6	9	Hospital Assistencial	Estadual
7	12	Hospital Assistencial	Estadual
8	6	Hospital Assistencial	Municipal
9	18	Universidade	Filantrópica
10	30	Hospital Assistencial	Municipal
11	60	Hospital Assistencial	Municipal
12	36	Hospital Assistencial	Estadual
13	18	Hospital Assistencial	Filantrópica
14	60	Universidade	Filantrópica
15	12	Universidade	Filantrópica
16	36	Hospital Assistencial	Municipal
17	30	Universidade	Federal
18	9	Hospital Assistencial	Estadual

Fonte: Comissão Nacional Residência Médica via e-mail em 26/06/2018.

No Brasil, o setor hospitalar filantrópico é o responsável, atualmente, por cerca de um terço dos leitos existentes no país (<http://www.datasus.gov.br>). Caracteriza-se como um importante prestador de serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS, assim como à saúde suplementar. Pela regulamentação vigente, a certificação das entidades beneficentes de assistência social e a isenção de contribuições para a seguridade social são concedidas às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, de saúde ou de educação. Várias condições são exigidas para a concessão da certificação e, para os hospitais em particular, destacam-se duas exigências alternativas: a oferta e a efetiva prestação de 60% ou mais de internações no SUS; e, no caso do gestor local do SUS declarar a impossibilidade de contratação de 60% de internações, a entidade hospitalar aplicar um percentual da receita bruta em gratuidade que varia, entre 20% e 5%, na dependência do efetivo percentual de atendimento ao SUS (BRASIL, 2014).

4.3 Participantes da pesquisa

Nesse estudo, a escolha dos participantes não foi aleatória e apresentou uma estreita relação com o objetivo de pesquisa, principalmente, com os seus objetivos específicos (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Dentre os atores envolvidos para o andamento dos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia, o supervisor é o profissional que tem a função de gestão do programa e, portanto, o conhecimento do que é executado na sua amplitude.

A fim de atender os objetivos dessa pesquisa, foram entrevistados 10 supervisores de Programas de Obstetrícia e Ginecologia do Município de São Paulo. A amostra final mostrou-se qualitativamente suficiente, embora a totalidade de supervisores desses programas não tenha sido entrevistada. Foram contempladas as instituições de diferentes naturezas, como as universidades, os hospitais assistenciais de administração pública federal, estadual e municipal e os hospitais filantrópicos. A amostra abrangeu instituições de características diferentes para explorar os dados em todas as suas dimensões. A partir da sétima entrevista, observou-se a saturação na coleta de dados, com reincidência das informações e, mesmo assim, optou-se por dar continuidade até a décima entrevista para abranger características institucionais diversas.

Para a escolha da amostra de uma pesquisa qualitativa, torna-se necessário identificar os participantes que tenham as características que o pesquisador deseja conhecer, levando em conta um número suficiente de entrevistados e a abrangência dos atores sociais, da seleção dos participantes e das condições dessa seleção (MINAYO, 2017). Para a autora, o número de entrevistados foi considerado suficiente quando a amostra apresentou a reincidência e a complementaridade das informações.

Com a finalidade de assegurar o anonimato, cada participante recebeu um código do entrevistado que variava de 1 a 10.

Dentre as instituições, das quais fazem parte os supervisores entrevistados, seis são de natureza pública e quatro, filantrópica. Quanto ao número de vagas credenciadas na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), obteve-se a média de 12 vagas credenciadas por ano, em que o mínimo consistia em seis vagas e o máximo em 20 vagas. Todos as Instituições participantes possuem programas próprios de internato de Medicina ou cedem campo de estágio para o internato de outra instituição. Na Tabela 2, é apresentada essa caracterização:

Tabela 2 - Caracterização das Instituições participantes da pesquisa.

Características	n	%
Categoria Administrativa		
Pública	6	60%
- Federal	1	10%
- Estadual	4	40%
- Municipal	1	10%
Filantrópica	4	40%
Organização acadêmica		
Universidade	5	50%
Hospital Assistencial	5	50%
Número de vagas RM GO credenciadas na CNRM		
Vagas / ano (Média)	12	
Mínimo- Máximo	6 - 20	
Internato de Medicina		
Sim	10	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao perfil dos supervisores que responderam a entrevista, 10% têm menos de 39 anos de idade, 60% entre 40 e 49 anos, 20% entre 50 e 59 anos e 10% têm mais de 60 anos. Dos 10 participantes, sete são do sexo masculino e três do sexo feminino. Quanto ao tempo de atuação no cargo de supervisor da Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia, 20% exercem a função há menos de 1 ano, 40% entre 1 a 5 anos, 30% entre 5 a 10 anos e 10% mais de 10 anos, conforme a Tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização dos supervisores participantes da pesquisa.

Características	n	%
Idade (Anos)		
<39	1	10%
40 – 49	6	60%
50 – 59	2	20%
>60	1	10%
Sexo		
Masculino	7	70%
Feminino	3	30%
Tempo de atuação no cargo (anos)		
< 1 ano	2	20%
1 a 5 anos	4	40%
5 a 10 anos	3	30%
>10 anos	1	10%
Titulação		
Especialista	4	40%
Mestre	1	10%
Doutor	5	50%

Fonte: Dados da pesquisa

4.4 Produção dos dados

4.4.1 Processo de coleta dos dados

O primeiro contato com os participantes da pesquisa foi realizado por meio eletrônico, via e-mail, no qual foi apresentado e explicado os objetivos da pesquisa, a importância da participação, bem como o motivo do envio da carta convite e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A). Em seguida, com a anuência do participante, foi agendado local e horário, previamente definido por ele, para a realização da entrevista que foi gravada e transcrita posteriormente.

4.4.2 Instrumento de coleta dos dados

A primeira parte foi composta por um formulário com perguntas fechadas para a caracterização dos participantes de pesquisa, ou seja, os supervisores de programa e as instituições (APÊNDICE B).

A segunda parte compreendeu uma entrevista, com a finalidade de conhecer o estado atual da utilização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia (APÊNDICE C).

A entrevista foi o instrumento elaborado para apreender, com base no entrevistado, como ele compreende e vivencia o objeto de estudo. Foi realizada de maneira “semiestruturada”, descrita por MINAYO, 2014, como um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas, mediante conversação, obtenha as informações a respeito de determinado assunto (MARCONI; LAKATOS, 2017, p. 213).

A entrevista semiestruturada seguiu um roteiro, composto por perguntas norteadoras abertas e fechadas, que permitiu ao entrevistado falar sobre o tema sem se ater, exclusivamente, à questão. Permitiu, assim, que o interlocutor trouxesse novos temas e novos questionamentos, sem perder o foco dos objetivos da pesquisa (MINAYO, 2014). Por meio das respostas espontâneas, surgiram questões importantes nem sempre previstas, mas que foram muito úteis para a pesquisa (BONI; QUARESMA, 2005).

As entrevistas tiveram um tempo médio de 25 minutos de duração e ocorreram de maneira fluida. Em sua maioria, realizaram-se nos ambientes hospitalares de atuação dos supervisores.

A elaboração das questões das entrevistas baseou-se nos núcleos temáticos ou direcionadores dessa pesquisa que foram:

- Papel da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia;
- Contexto de realização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia;
- Fatores facilitadores e/ou dificultadores da inserção da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.

As questões foram estruturadas com o intuito de responder aos objetivos da pesquisa, conforme apresentado no Quadro 2:

Quadro 2 - Correlação entre o objetivo específico e a questão da entrevista.

OBJETIVO ESPECÍFICO	QUESTÃO DA ENTREVISTA
Apreender o papel atribuído pelos supervisores à Simulação Clínica na formação do residente em Obstetrícia e Ginecologia no município de São Paulo.	Na sua opinião, qual o papel da Simulação na formação do residente em Obstetrícia e Ginecologia?
Analisar o contexto de realização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.	<p>A Simulação Realística é usada no Programa de Residência Médica da Instituição que você atua? () Sim () Não. Por quê? _____</p> <p>A qual tipo de centro de simulação os residentes têm acesso?</p> <p>Como você descreve a qualidade dos equipamentos de simulação?</p> <p>Como foi realizada a aquisição dos equipamentos de simulação pela instituição?</p> <p>A simulação está inserida no currículo?</p> <p>Por favor, cite o(s) treinamento(s) de habilidade(s), utilizados na Obstetrícia.</p> <p>Por favor, cite o(s) treinamento(s) de habilidade(s), utilizados na Ginecologia.</p> <p>Por favor, cite o(s) cenário(s) realizados na Obstetrícia.</p> <p>Por favor, cite o(s) cenário(s) realizados na Ginecologia.</p> <p>Poderia descrever como a simulação tem sido incluída no cronograma de atividades do residente?</p> <p>Como foi o início do processo do uso da simulação?</p> <p>Desde que a simulação foi integrada ao programa de residência, você percebeu melhoria nas habilidades dos residentes?</p> <p>Como a simulação é vista pelos residentes?</p> <p>Como a simulação é vista pelos preceptores?</p> <p>Como foi realizado o treinamento dos instrutores para iniciarem com a simulação?</p> <p>Quais as facilidades e as dificuldades para integrar a Simulação Realística como estratégia de ensino no Programa de Residência Médica que você supervisiona?</p>
Levantar as sugestões para o aprimoramento do uso da Simulação Clínica na Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.	<p>Como você imagina o futuro do treinamento com simulação no Programa de Residência Médica que você supervisiona?</p> <p>Como seria o uso ideal da simulação no programa de residência médica que você supervisiona?</p> <p>O que falta para chegar ao uso ideal?</p>

Fonte: elaborado pela própria autora

Antes do início da coleta de dados, foi realizado um pré-teste para verificar a necessidade de alteração nas questões do roteiro das entrevistas. Foram entrevistados dois supervisores que atuam em Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia de municípios próximos a São Paulo. As questões foram mantidas, porém antes de iniciar a entrevista foi acrescentada uma explicação do que significa a Simulação. Essas duas entrevistas não foram incluídas nesta pesquisa.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora e gravadas com a autorização dos participantes. Para a sua gravação, utilizou-se um minigravador digital e um celular, como cópia de segurança. Posteriormente, todo o material foi transcrito na íntegra. As entrevistas foram realizadas entre o mês de maio de 2019 e o de fevereiro de 2020.

4.5 Análise dos dados

A partir das transcrições literais das entrevistas semiestruturadas, o material obtido foi analisado por meio da análise de conteúdo que, para Bardin (2016, p.37), “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”, cujo ponto de partida é a mensagem que pode ser “verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada” (FRANCO, 2018, p.12). Toda a mensagem exprime um significado e traz um sentido que não pode estar isolado do contexto (FRANCO, 2018).

Dentre as várias possibilidades ou técnicas, para a análise dos dados qualitativos obtidos nesta pesquisa, optou-se pela análise de conteúdo na modalidade temática, cujo conceito central é o tema (MINAYO, 2016). “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia a leitura” (BARDIN, 2016, p.135).

De acordo com Bardin (2016, p.125), a análise de conteúdo deve ser realizada em três fases:

4.a.i.1 a pré-análise;

4.a.i.2 a exploração do material;

4.a.i.3 o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na pré-análise, foi feita uma leitura flutuante de todo o material transcrito das entrevistas, com posterior compreensão do contexto e assimilação das impressões e das orientações encontradas (BARDIN, 2016).

Após repetidas leituras iniciou-se, orientadas pelos núcleos temáticos, a identificação das Unidades de Contexto (UC) que “podem ser consideradas como ‘pano de fundo’ que imprime significado as unidades de análises” (FRANCO, 2018, p. 49). A Unidade de Contexto é a parte mais ampla do conteúdo a ser analisado, porém é indispensável para a necessária análise e interpretação dos textos a serem decodificados (FRANCO, 2018, p. 49).

Com base na UC chegou-se à Unidade de Registro (UR) que “é a menor parte do conteúdo, cuja ocorrência é registrada de acordo com as categorias levantadas.” (FRANCO, 2018, p.43).

Após a definição das unidades de contexto e das unidades de registro, que são as unidades de análise, iniciou-se o processo de categorização que “é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação seguida de um reagrupamento baseado em analogias, a partir de critérios definidos.” (FRANCO, 2018, p.63).

Para se chegar às categorias e subcategorias, o processo utilizado foi o semântico, por se tratar de uma análise temática. As categorias e subcategorias não foram criadas anteriormente, mas afloraram a partir das falas dos entrevistados (FRANCO, 2018).

4.6 Procedimentos éticos

Essa pesquisa obedeceu aos princípios éticos das boas práticas de pesquisa em seres humanos, conforme a regulamentação nacional (Resolução 466/2012). O projeto de pesquisa foi cadastrado no Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e, subsequentemente, levado a Plataforma Brasil (ANEXO A).

Foi aprovado pelo CEP da UNIFESP, em 17 de Janeiro de 2019, com o nº de parecer 3.115.204 (ANEXO A). A pesquisa teve início somente após a aprovação do projeto no CEP. Todos os supervisores de Programa de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia, que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados, apresentados nesta pesquisa, incorporam a opinião dos supervisores a respeito do uso da simulação nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia, bem como a descrição de como está se desenvolvendo a sua inserção nos programas.

Como mencionado anteriormente na metodologia, partiu-se de três núcleos temáticos ou direcionadores:

- Papel da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia;
- Contexto de realização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia;
- Fatores facilitadores e/ou dificultadores da incorporação da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.

Após a transcrição literal das entrevistas, foi possível ter uma compreensão maior do material coletado. Identificaram-se as unidades de contexto e as unidades de registro, das quais emergiram as categorias e subcategorias. No decorrer do texto, descrevem-se as categorias e as subcategorias de cada núcleo temático.

5.1 Papel da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia

Como achado inicial, observou-se que todos os supervisores consideravam relevante o papel da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia, conforme mencionado as seguintes falas:

Eu imagino que a simulação tem que fazer parte da formação do residente de Ginecologia e Obstetrícia [E7].

Eu, particularmente, acho que a Simulação Realística é importantíssima...uma coisa que eu acho que é inexorável, é questão de tempo pra evoluir para isso [E6].

Pesquisas apontam que, na aquisição de habilidades, a simulação é superior à educação médica tradicional (McGAGHIE *et al.*, 2011). Macedonia, Gherman e Satin

(2003) afirmam que os profissionais, que atuam como educadores de Obstetrícia e Ginecologia, devem estudar a simulação e potencialmente incorporá-la ao processo de formação de alunos e residentes.

Nos Estados Unidos, o emprego da simulação é estabelecido como critério para acreditação de Programas de Residência Médica. Esse fato corrobora a relevância da ampla utilização da simulação nos programas de residência, assim como melhora o desempenho dos especialistas nos procedimentos técnicos (SATIN, 2015).

Nesse núcleo temático, foi possível identificar 58 unidades de contexto e 78 unidades de registro. Destas unidades de registros, emergiram nove categorias e 11 subcategorias, conforme Quadro 3:

Quadro 3 - Categorias e Subcategorias do 1º Núcleo Temático: papel da simulação nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Ferramenta complementar para o processo de ensino e aprendizagem	Possibilidade de homogeneidade de oportunidades de ensino e aprendizagem
	Possibilidade de treinar procedimentos menos comuns
	Repetição ilimitada de procedimentos
	Treinamento da autoconfiança do residente
Possibilidade de um ambiente de ensino e aprendizagem seguro	
Possibilidade de aprendizagem a partir do erro	Melhora do desempenho a partir da repetição da experiência
Suporte para a prática profissional comprometida com a segurança do paciente	
Cenário de aprendizagem para o trabalho de equipe	

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Cenário de reflexão sobre o processo de trabalho em Obstetrícia e Ginecologia	Discussão de protocolos assistenciais multiprofissionais
	Preparo para práticas profissionais mais seguras, reduzindo o risco de judicialização
Favorecimento na tomada de decisão	
Cenário de processos avaliativos na residência	Cenário para o processo seletivo de ingresso na residência médica
	Possibilidade de avaliar múltiplas competências, esperadas em profissionais de saúde, durante os Programas de Residência Médica
	Possibilidade de feedback interativo
Estímulo à participação dos residentes nas atividades dos Programas de Residência Médica	Melhora de performance prático

Fonte: Dados da pesquisa

Para uma facilidade maior de identificação no texto, as **categorias** estão escritas em negrito e as subcategorias, em *itálico*.

A categoria **ferramenta complementar para o processo de ensino e aprendizagem** demonstra que, na opinião dos supervisores, a simulação exerce a função de auxiliar no desenvolvimento profissional dos residentes.

Eu acho que o simulador, realmente, seria um facilitador do aprendizado e do treinamento. De toda a equipe, não só de residentes [E1].

Para ajudar na nossa parte prática para eles terem um mínimo de noção, antes de tomar uma conduta [E3].

Nas últimas décadas, presenciou-se um forte estímulo, das sociedades nacionais e internacionais de Obstetrícia e Ginecologia, para o uso da Simulação como ferramenta complementar no processo de ensino e aprendizagem de estudantes. Em 2007, o colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG) reconheceu a simulação como um valioso componente de educação para a graduação e à pós-graduação. O uso de métodos, baseados em simulação, fornece aos estudantes de medicina a oportunidade de adquirir, no local de trabalho, a confiança, o conhecimento, as habilidades e os comportamentos necessários para fornecer o atendimento de qualidade ao paciente em um ambiente de aprendizagem seguro (ANDREATTA; BULLOUGH; MARZANO, 2010; EVERETT, 2019).

Chen *et al.* (2013) demonstraram que em um breve treinamento, realizado por residentes em um simulador antes de um procedimento laparoscópico maior ou menor, eles melhoraram, significativamente, o desempenho intraoperatório independentemente da dificuldade do caso.

Dentre as opções destacadas, salienta-se a *possibilidade de homogeneidade de oportunidades de ensino e aprendizagem*, como referência à uniformidade das situações de aprendizagem oferecidas.

A simulação faz com que você tenha as situações boas e as ruins que podem ser simuladas [E7].

Obviamente vão ter residentes com maior habilidade operatória na assistência. Sempre tem uma diferença quanto você tem um grande número de residentes, mas o treinamento, a maneira de avaliar, ela tem que ser uniforme [E5].

Romão, Abrão e Sá (2019) destacam que o uso da simulação torna-se importante, a partir do momento em que os serviços de saúde operam mudanças na prestação do cuidado, reduzem o tempo das internações, o que restringe as oportunidades de aprendizagem à beira do leito. Dessa maneira, os residentes não têm o contato com a variabilidade de doenças, com as situações de riscos e com os procedimentos.

A segunda subcategoria identificada foi a *possibilidade de treinar procedimentos menos comuns* que faz referência às patologias menos frequentes no

dia a dia e que demandam habilidades precisas para a resolução. Essa possibilidade está presente na fala dos entrevistados:

Esses episódios eventuais que com a Simulação Realística, você prepara o residente para essa situação eventual. Essas situações, podem passar anos, sem ter a oportunidade de mostrar para o residente, as manobras, as coisas que a gente tem nesse tipo de intercorrência obstétrica que é rara [E6].

Treinamento desses procedimentos menos comuns, para quando chegar na hora eles saberem o que fazer, terem na cabeça a sequencia do que eles devem fazer [E8].

A literatura, existente na área de Obstetrícia e Ginecologia, apoia o uso da Simulação Clínica na prática de procedimentos e de eventos rotineiros e incomuns, porém críticos, a fim de melhorar a proficiência técnica, de construir a autoconfiança e o trabalho de equipe entre os médicos (GARDNER; RAEMER, 2008).

De acordo com McGachie *et al.* (2011), a simulação pode substituir a experiência clínica para garantir a exposição necessária a uma variedade de casos clínicos, o que se constitui em uma necessidade crescente devido às oportunidades limitadas de treinamentos clínicos.

A terceira subcategoria foi a *possibilidade de repetição ilimitada de procedimentos*, o que faz referência à oportunidade de treinar uma situação o número necessário de vezes até que os procedimentos sejam apreendidos.

E a analogia que eu faço, é com piloto de avião. Porque ele vai simular vários, vários voos. Vai simular a situação de stress, situações de falhas mecânicas. Eles terão que lidar com isso e ser implantado no hipocampo deles, todo o roteiro: porque não fazer isso, como situações de emergências, e nas quais estamos lidando em Obstetrícia, com duas ou mais vidas ao mesmo tempo [E2].

Então, por exemplo, vai ter um procedimento de cerclagem, o residente que vai fazer, ele treinar lá duas, três vezes, no simulador antes de ir para parte prática, ao invés só de ler a técnica [E5].

As simulações devem permitir uma prática deliberada. Esta é definida como o envolvimento dos alunos na repetição de habilidades com esforço e foco em exercícios progressivos e feedback informativo (THOMAS *et al.*, 2014).

A prática deliberada é essencial naqueles casos de procedimentos realizados tão raramente que poucos poderiam dominar as habilidades necessárias para fazê-lo sem uma prática e feedback em ambiente não clínico. Esses procedimentos infrequentes costumam estar associados a situações de alto risco que levam a erros médicos. A prática deliberada tem um papel fundamental no preparo de profissionais para os eventos críticos (MOTOLA, 2013).

Em um estudo realizado por Ericsson (2006), descobriu-se que a prática deliberada é o indicador mais poderoso de desempenho do especialista do que a experiência ou a aptidão acadêmica.

A quarta subcategoria diz respeito ao *treinamento da autoconfiança do residente*, o que o permite ter mais segurança nas suas habilidades.

Traz mais segurança para o residente quando se depara com isso (situação real) [E7].

Porque quando vier uma situação com pacientes de verdade, de carne e osso, eu já vou ter um treinamento, feito com um boneco, por exemplo [E2].

Humes *et al.* (2019) desenvolveram um modelo de útero e vagina, no qual utilizaram esponja e cano PVC, com vista ao treinamento de histerectomia vaginal. Neste modelo, os médicos residentes, após realizarem o treinamento, relataram que se sentiram mais confiantes em suas habilidades.

Nesse primeiro núcleo temático, também foi identificada uma segunda categoria: a **possibilidade de um ambiente de ensino e aprendizagem seguro**. Na visão dos entrevistados, a simulação propicia um ambiente tranquilo aos residentes, uma vez que estes não se sentem na obrigação de serem perfeitos ou de não cometerem erros.

Por exemplo, ele pode deixar o bebê, entre aspas, cair na simulação, se estiver escorregadio. Na vida real, vai ter quinze pessoas do lado dele, colegas, preceptores estarão lá, se acontecer qualquer erro é aquela crucificação do coitado do residente. A gente quer evitar esse tipo de situação na prática. Então, a simulação, ela faz com que, justamente, você tenha as situações, as boas e as ruins que podem ser simuladas [E7].

Os ambientes assistenciais constantemente geram tensão para os residentes, visto que se sentem pressionados a terem um desempenho impecável pelos médicos assistentes, pelos colegas residentes e pelos pacientes. Chuang *et al.* (2020) e Kim-Fine e Brennand (2016) referem que os treinamentos com simulação oferecem a oportunidade aos participantes de adquirirem o conhecimento do procedimento e de habilidades, baseado em equipes e em um ambiente seguro.

Galland *et al.* (2018) enfatiza que um dos elementos que contribui para a efetividade de uma simulação é a possibilidade de garantir um ambiente protegido, no qual os aprendizes possam executar tarefas, detectar e corrigir os erros sem existirem consequências adversas, além do fato dos instrutores terem a oportunidade de se concentrarem nos aprendizes e não nos pacientes.

Outra categoria identificada foi a **possibilidade de aprendizagem a partir do erro**, que traz a dificuldade de se trabalhar na prática real com os pacientes, mas segura, no ambiente simulado.

Evitaria aquela ansiedade do residente “vou errar” [E7].

Como subcategoria, identificou-se a *melhora do desempenho a partir da repetição da experiência*, o que traz a situação de poder pensar a partir da execução e de repetir os procedimentos até atingir o objetivo.

Vai simular a situação de stress, situações de falhas mecânicas [E2].

Conforme Maslovitz *et al.* (2007), os treinamentos simulados podem identificar e corrigir erros clínicos comuns, cometidos durante as emergências. As simulações fornecem um ambiente seguro, em que os alunos têm uma experiência prática durante a qual podem cometer erros sem consequências.

As simulações, usadas para resolver problemas de comunicação e de outras fontes de erro, especialmente no contexto de treinamento de equipe e de prática baseada em sistemas, são um componente crucial para melhorar os resultados dos pacientes (BIRNBACH; SALAS, 2008; SALAS *et al.*, 2008; KUEHSTER; HALL, 2010; ISSENBERG *et al.*, 2011).

A quarta categoria, lembrada pelos supervisores, foi o **suporte para a prática profissional comprometida com a segurança do paciente** que faz referência à minimização de possíveis danos, causados pelos treinamentos práticos dos residentes diretamente no paciente.

Eu acho que se treina melhor o residente sem envolver risco para a paciente [E6].

A SR proporciona que os residentes deem alguns passos e se desenvolvam, em algumas habilidades, de maneira a não usar o paciente chegando ao paciente mais apto [E9].

A simulação permite praticar e cometer erros sem causar danos aos pacientes. As evidências mostram que, com a prática, os obstetras melhoram as suas habilidades técnicas e de comunicação. Nesse sentido, os programas que abrangem a segurança do paciente devem incorporar a simulação em Obstetrícia e Ginecologia (ARGANI *et al.*, 2012).

Motola (2013) afirma que o foco crescente e sustentado na redução de erros médicos e na segurança do paciente, assim como a necessidade de fornecer um treinamento seguro, ético e centrado no aluno, conduz a um modelo que incorpora a Educação Baseada em Simulação.

O papel da simulação foi descrito como um **cenário de aprendizagem para o trabalho de equipe**, no qual se é salientado o seu uso em treinamentos multiprofissionais e em Educação Permanente.

Eu acho que o simulador, realmente, seria um facilitador do aprendizado e do treinamento. De toda a equipe, não só de residentes [E1].

Em situações de emergência, que ocorrem em Obstetrícia, e que a gente está formando novos profissionais, e na qual seria inserida também para a Educação Permanente [E2].

Os treinamentos padronizados para as respostas rápidas em emergências obstétricas são úteis para melhorar a performance da equipe e trazem melhores resultados aos pacientes (REEVES *et al.*, 2013). Merián *et al.* (2010) conduziram uma revisão sistemática, em que avaliaram os treinamentos baseados em simulação. Constataram que, na simulação, o trabalho de equipe não somente melhorou o seu conhecimento, bem como as suas habilidades de comunicação e o seu desempenho no gerenciamento de emergências obstétricas.

Nesses treinamentos, existe a chance de discutir a possibilidade de trabalhar a Educação Interprofissional (EIP), mediante a utilização dos treinamentos com a simulação. A EIP consiste em treinamentos conjuntos para o desenvolvimento de aprendizagens compartilhadas. Nestas ocasiões, duas ou mais profissões aprendem juntas “com e sobre” as outras (BATISTA, 2012). Merián *et al.* (2010) concluem que o treinamento interprofissional, com o uso da simulação em emergências obstétricas, é eficaz na prevenção de erros e melhora o resultado para o paciente.

O emprego da simulação, no trabalho de equipe interprofissional, constitui-se em uma estratégia chave para reduzir os erros médicos; para promover a colaboração e a comunicação eficaz; e para identificar as funções claras e as responsabilidades conjuntas. Dessa maneira, com a redução de erros médicos, ocorre o aprimoramento dos resultados, a satisfação do paciente e a colaboração da equipe.

*Os supervisores apontaram a possibilidade do método de simulação ser um **Cenário de reflexão sobre o processo de trabalho em GO**, fazendo referência a mecanismos de aprimoramento da execução do trabalho. (cenário) Segurança do paciente que foi no centro cirúrgico, teve participação de todos [E7].*

As falhas de comunicação no trabalho de equipe contribuem para a maioria dos eventos sentinela em obstetrícia. O trabalho de parto e o parto propriamente dito são momentos, em que as emergências ocorrem. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* – ACOG (2014), afirma que protocolos, com intervenções padronizadas e com exercícios no local de trabalho, aprimoram os cuidados prestados em caso de emergência. As equipes aprendem e praticam as intervenções necessárias, melhoram a eficiência e reduzem os erros. A simulação aperfeiçoa as habilidades técnicas e o desempenho.

Nesse contexto, como subcategoria, foi citada a possibilidade de *discussão de protocolos assistenciais multiprofissionais* que faz menção aos treinamentos, à construção e à implantação dos protocolos:

Mais chance de melhorar a inspeção de novos protocolos e deixá-los de uma forma medular [E2].

Foi realizado um estudo piloto que fez uso da simulação e identificou 20 defeitos na aplicação segura de um novo procedimento de radioterapia intraoperatória antes de testá-los em pacientes. Esse procedimento incluiu a segurança de radiação, o trabalho de equipe/comunicação e problemas de equipamentos/ fornecimento (RODRIGUEZ-PAZ; MARK; HERZER, 2009). Desse modo, a simulação cria um modelo para a segurança do paciente quando as inovações são traduzidas em ambientes clínicos.

Wayne *et al.* (2008) demonstraram que os residentes do segundo ano, que passaram pelo treinamento no simulador, aderiram às diretrizes da *American Heart Association* em 68% das vezes, em comparação com 44% dos residentes do terceiro ano que realizaram treinamento tradicional, o que evidencia que a educação médica, baseada em simulação, permite a implementação de protocolos.

Outra subcategoria foi o *preparo para práticas profissionais mais seguras, reduzindo o risco de judicialização* que salienta o aumento de processos legais na atuação do profissional médico.

Pela legalização da medicina a pessoa tem medo. Então, os caras ficaram muito restrito para executar a parte prática [E3].

Conforme o relatório do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (2006), os profissionais de Obstetrícia e Ginecologia estão em 6º lugar no ranking de processos judiciais. Dentre os motivos, o principal está relacionado aos procedimentos que envolvem a assistência ao parto e ao próprio parto. As pacientes, na maioria das vezes, estão acordadas quando ocorrem as emergências imprevisíveis com risco de vida à paciente, o que torna o ensino difícil e contraproducente. Mesmo os profissionais experientes podem ser surpreendidos por situações inesperadas e por complicações raras. Essas mudanças no relacionamento médico-paciente forçaram as escolas médicas e os Programas de Residência Médica a desenvolverem

estratégias para evitar a disponibilização do paciente para o ensino. Assim, a simulação oferece a oportunidade de treinamento dessas experiências arriscadas, de acordo com o ponto de vista médico (MACEDONIA; GHERMAN; SATIN, 2003).

A sétima categoria foi o papel do **favorecimento na tomada de decisão**, a fim de propiciar o desenvolvimento de atitudes profissionais.

A simulação facilita o desencadeamento de ação. E que deveria, realmente, ser incentivada [E2].

Em um estudo para a avaliação do efeito do treinamento em equipe com o uso da simulação, Hammoud *et al.* (2008) demonstraram a redução de tempo, de 33 para 21 minutos, que corresponde desde a tomada de decisão, em indicar parto cesárea, até o momento da incisão cirúrgica.

Outro papel da Simulação Clínica é o de se constituir em um **cenário de processos avaliativos na residência**, com a ampliação dos itens avaliados dentro das competências a serem exploradas profissionalmente.

Tendência mostrada por todas as entidades, que uma avaliação teórica não é suficiente para avaliar o residente [E7].

Nós fazemos esse curso e depois de duas semanas aplicamos uma prova prática. Isso só veio melhorar a nossa avaliação [E8].

Souza (2012) comenta que, ao planejar uma avaliação, os objetivos educacionais precisam estar claramente definidos. Nesse sentido, um dos trabalhos de maior impacto na Educação Médica foi a taxonomia, proposta por Miller (1990), para a avaliação de competências clínicas. Os dois primeiros níveis da pirâmide estão relacionados apenas ao domínio cognitivo, “saber, saber como”, enquanto que os dois últimos, “demonstrar e fazer”, exigem a aplicação de habilidades psicomotoras. Nos níveis em que somente o domínio cognitivo é exigido, é possível se fazer uma avaliação, por meio da utilização dos tradicionais como os testes escritos, as múltiplas escolhas ou o exame oral. Nos últimos níveis, em que é necessária a demonstração de habilidades e de atitudes do aluno, a sala de aula tradicional não oferece mais as condições de avaliação, tornando-se relevante os ambientes simulados ou os cenários reais no ambiente de trabalho.

Atualmente, existe o entendimento de que nenhuma ferramenta de avaliação é perfeita e o de que, para fazer julgamentos sólidos sobre a competência de um aluno, os educadores médicos devem compreender os pontos fortes e as limitações de cada ferramenta de avaliação, bem como do processo de tomada de decisão.

Nas entrevistas, os supervisores citaram três formas avaliativas que utilizam a simulação no programa. Uma das possibilidades foi em *cenário para processo seletivo de ingresso na residência médica*, com referência aos processos avaliativos práticos.

Avaliação para acesso dos residentes [E4].

Os processos seletivos, para o ingresso nos Programas de Residência Médica, buscam métodos avaliativos completos, capazes de medir as competências que estejam além do conhecimento específico, como o profissionalismo, a comunicação, o pensamento crítico e as habilidades técnicas. A Simulação Clínica permite uma avaliação mais ampla do candidato (NALESNIK *et al.*, 2005).

A segunda forma avaliativa citada foi a *possibilidade de avaliar múltiplas competências esperadas em profissionais de saúde durante os Programas de Residência Médica*.

Eu acho que o Centro de Simulação permite essa avaliação prática mais sistematizada, do que fazendo no próprio Centro Obstétrico[E4].

Até para fazer prova [E6].

A avaliação somativa foi a mais lembrada pelos supervisores como a finalização de um estágio ou de uma etapa do programa de residência. As entrevistas demonstraram que os supervisores tinham o conhecimento da possibilidade de realizar uma avaliação, com a utilização do método de simulação. No entanto, apenas um supervisor citou a realização de uma avaliação no modelo OSCE como preparação para o título de especialista em Obstetrícia e Ginecologia.

Como uma terceira maneira avaliativa, foi apontada a *possibilidade de feedback interativo*, possibilitando uma resposta imediata e construtiva do residente.

Você conseguir mostrar para ele: “olha, a gente tá aqui, para, antes de você errar, eu te ajudar a prevenir o erro [E7].

A dinâmica prática dos estágios na Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia é composta pelo médico residente, que realiza os atendimentos em ambientes ambulatoriais, nas enfermarias e nos centros cirúrgicos, sob a supervisão do médico assistente. Esse formato favorece a interação diária entre o residente e o assistente. No entanto, algumas barreiras, como a ausência de espaço reservado, o tempo escasso, as expectativas pouco claras, a comunicação unidirecional e a hierárquica, dificultam a realização de feedback. No cenário simulado, esses desafios podem ser superados (HUNTER, 2016). A presença de um especialista, que observa o aluno e fornece um feedback interativo, durante a fase de aprendizagem de uma habilidade técnica complexa, leva a uma melhora da aquisição e da retenção de habilidades (PORTE *et al.*, 2007).

Hunter (2016) conclui que o feedback, após uma Simulação Clínica, por ser baseado na observação direta da experiência do aluno, oportuniza a autorreflexão, a motivação intrínseca para melhorar, a colaboração e o trabalho de equipe.

Issenberg *et al.* (2005) comentam que, para os alunos, o feedback é o componente crítico que garante uma aprendizagem eficaz na educação, baseada em simulação, sendo o recurso mais citado. Em uma pesquisa com educadores de simulação, Rall, Manser e Howard. (2000) enfatizam que o debriefing é parte mais importante do treinamento quando se usa a simulação, e um dos entrevistados o chamou de “coração e alma” do treinamento, baseado em simulador.

Um papel da simulação, citado pela unanimidade dos supervisores, foi o **estímulo à participação dos residentes nas atividades dos Programas de Residência Médica**, com referência à resposta positiva dos residentes diante das atividades práticas, desenvolvidas com a simulação.

O Feedback do residente é: “nossa, acabei de ter aquela aula que vimos distocia de ombro e com as manobras e a sequencia, parecia que eu estava revendo aquele treinamento que eu fiz [E8].

Parecia que tinha uma voz ecoando dentro do meu cérebro [E2].

Para Shetty *et al.* (2014), um currículo abrangente, que inclua uso de animais vivos, de tecido cadavérico e de simuladores de realidade virtual, aprimora a experiência de treinamento laparoscópico e aumenta o nível de interesse dos residentes em cirurgia.

Como subcategoria destacamos a melhora da performance prático do residente, traduzindo seu melhor desempenho na realização das atividades práticas. Percebo que eles aprendem, eles têm uma percepção diferente de como realizar [E5].

A gente teve uma distocia de um ombro que o residente auxiliou o assistente nas manobras, muito rápido. Tinha a sequenciado que ele precisava fazer também em uma hemorragia, o residente colocou o balão intra-uterino [E8].

Alguns estudos têm avaliado a eficácia dos treinamentos simulados na confiança do aluno, nas habilidades de exame e na comunicação. Em 2015, Smith e colaboradores publicaram uma revisão sistemática com metanálise dos dados, em que realizam a comparação entre o ensino com a simulação do exame pélvico e os métodos tradicionais. Os autores concluem pela melhoria da competência do aluno na realização do exame pélvico, bem como de suas habilidades de comunicação, centradas no paciente, por meio do método da simulação.

5.2 Contexto de realização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.

A análise das entrevistas identificou que oito Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia fazem o uso da Simulação Clínica durante as atividades da residência. Desses, três empregam-na de maneira planejada e a incluem na programação oficial da Residência Médica. Cinco deles a utilizam aleatoriamente, uma vez que depende do preceptor e/ou da indústria que incentive a atividade.

A gente faz essa prática, nem sabia que tinha esse nome, essa terminologia [E6].

Nós não temos, nossa experiência é muito pouca porque nós não temos manequins [E5].

De acordo com os entrevistados, o início da Simulação Clínica, nos serviços de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia, ocorreu fundamentado em três movimentos, ou seja, nas diretrizes preconizadas pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), na cobrança interna institucional e na iniciativa dos preceptores.

A sensibilização de utilizar a simulação surgiu da própria cobrança.

Agora, até da Matriz de Competência da FEBRASGO [E5].

São iniciativas que alguns médicos daqui da casa, alguns preceptores junto com os laboratórios acabam trazendo pra cá, mas não estava dentro do contexto do programa da residência. Parcerias com os laboratórios ou com quem vende equipamentos [E6].

As principais sociedades internacionais e nacionais de Obstetrícia e Ginecologia têm incentivado o uso da Simulação Clínica nos treinamentos de equipe e nos Programas de Residência Médica da especialidade (ACOG, 2014; FEBRASGO, 2019).

A capacitação da equipe, que organiza e facilita os treinamentos com Simulação Clínica, ocorreu por intermédio da realização de cursos externos, de experiências em outras instituições e de reciclagens internas.

Uma parte dos profissionais dessas equipes tinha realizado, anteriormente, esse tipo de capacitação em outros ambientes.

E que passam sim por reciclagens na própria instituição [E9].

Criou-se o grupo de simulação que está estudando isso. As pessoas cursos, a partir daí estão começando a mostrar que não é tão difícil inserir a simulação no currículo [E7].

Em 2019, a FEBRASGO realizou cursos para a atualização de preceptores de Residência Médica, com ênfase no uso da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia. As associações nacionais como a Associação Brasileira de Simulação em Saúde (ABRASSIM) e a Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) promovem congressos e capacitações de multiplicadores para operar com Simulação Clínica.

O principal uso foi descrito como o treinamento de habilidades em Obstetrícia e Ginecologia, seguido de poucas citações de desenvolvimento de cenários, com a abordagem do manejo clínico e do trabalho de equipe. Os treinamentos mais frequentes estão relacionados às habilidades de situações de Urgência em Obstetrícia e aos procedimentos ginecológicos.

Na obstetrícia, eu diria que a evolução, é além do treinamento em bonecos e de fluxos, tudo mais, são cenáriosque são, eventualmente, montados. Manejo clínico. Eu destacaria aqui a iminência de eclâmpsia [E9].

Prática de fórceps. Na ginecologia muito mais, nó cirúrgico, CAF, lesão esfíncter anal em peça suína [E7].

Treinamento do vácuo que a empresa vem aqui com simuladores, tambémpara saber o movimento correto, em que posição que é, se poder ser OP, se pode ser transverso, em que momento que faz, tudo com modelo. [E1]

Esse fato está em conformidade com um estudo Delphi de avaliação de cinco currículos de Obstetrícia e Ginecologia - Canadá, Holanda, Estados Unidos, Reino Unido, Austrália -, no qual a maioria dos especialistas permanece neutra sobre o papel da simulação, exceto no contexto de habilidades técnicas (GAROFALO; AGGARWAL, 2018).

A viabilidade dos treinamentos e a sua sustentabilidade foram possibilitadas por parcerias público-privadas, como as indústrias farmacêuticas, os centros de estudos e as universidades de ensino privadas. A sustentabilidade dos treinamentos foi descrita como possível pela oportunidade de realizar os cursos pagos, capazes de garantirem o orçamento anual operacional.

(Os treinamentos) são realizados com material privado. Fazemos a solicitação prévia, pedindo autorização dos manequins e eles (Universidade privada) emprestam. A parceria ocorre porque recebemos no hospital os alunos do internato da Universidade [E3].

Parceria com empresa. A empresa que trouxe [E1].

Como consequência de uma investigação mais acentuada sobre o entendimento dos entrevistados acerca do contexto da realização de Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia, a análise temática das entrevistas possibilitou identificar 94 unidades de contexto e 166 unidades de registro. Destas unidades de registros, emergiram quatro categorias e quatro subcategorias, conforme Quadro 4:

Quadro 4 - Categorias e Subcategorias do 2º Núcleo Temático: utilização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Utilização de diferentes ambientes para a realização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia	
Utilização de diferentes tipos de simuladores	
Heterogeneidade no plano de ensino com simulação nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia	Módulos concentrados de treinamentos
	Progressão conforme Matriz de Competência
Utilização de diferentes estratégias para inserção da simulação nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia	Simulação como proposta oficial do programa
	Simulação como iniciativa isolada de preceptores

Fonte: Dados da pesquisa.

A primeira categoria identificada foi a **utilização de diferentes ambientes para a realização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia** que contempla os ambientes próprios, construídos para a realização de simulação, perpassa por locais emprestados, por salas de aulas e de reuniões, adaptadas para a simulação, e se encerra nos próprios ambientes hospitalares.

A gente faz na própria sala de reunião [E1].

A endoscopia tem uma sala de treinamento, onde vão R2, R3 e aberto para cursos externos [E4].

Nós temos um laboratório de habilidades que fica na Faculdade de Medicina. Mas para reunir as pessoas só podemos em um horário de sábado de manhã, então acabamos fazendo aqui no nosso ambulatório [E8].

As pesquisas apontam que o ambiente favorável, para a realização da simulação, é aquele que é controlado (ISSENBERG *et al.*, 2005). O local pode variar de acordo com o contexto, no qual a simulação é empregada (ARAUJO; QUILICI, *et al.*, 2012, p. 9).

A simulação, que ocorre no próprio ambiente de trabalho, chamada de simulação *in situ*, aborda o desenvolvimento individual e da equipe, bem como as oportunidades para diagnosticar e melhorar os processos organizacionais e de sistema (ROSEN *et al.*, 2012).

Os entrevistados referem a **utilização de diferentes tipos de simuladores**, em que relatam diversos níveis de complexidade, desde o mais simples, como materiais confeccionados em pano, até os mais complexos, com tecnologia avançada.

Tem aula por exemplo de distopia de ombro, eu pego uma boneca[E2].

Eu vejo a gente caminhando para simulação virtual quando vou para área cirúrgica. Nós temos simuladores cirúrgicos. Na verdade, nós temos aqui um simulador de cirurgia robótica. Mas a gente precisaria ter muito mais eu vejo a gente caminhando para simulação virtual quando vou para área cirúrgica[E9].

Modelos pélvicos, extremamente, arcaicos que nós temos no Centro Obstétrico [E4].

As melhores evidências científicas sugerem que as simulações médicas de alta fidelidade facilitam o aprendizado quando realizadas nas condições certas. Para que ocorram, algumas características do simulador são relevantes, por exemplo, ser adaptável a múltiplas estratégias de aprendizado; estar embutido em um ambiente controlado; permitir individualizar o aprendizado; definir e medir, claramente, os resultados da aprendizagem; e ser válido, ou melhor, ter alta fidelidade nos resultados que se aproximem da prática clínica (ISSENBERG *et al.*, 2005).

As decisões, sobre o uso de tecnologias na Educação Médica Baseada em Simulação (EMBS), devem considerar a correspondência entre os objetivos educacionais e as ferramentas disponíveis (SCALESE; ISSEMBERG, 2008).

A terceira categoria encontrada foi a **utilização de diversas estratégias para a inserção da simulação nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia**, referente à maneira como a simulação foi inserida nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.

São iniciativas que alguns médicos daqui da casa, alguns preceptores junto com os laboratórios acabam trazendo para cá, mas não estava dentro do contexto do programa da residência [E6].

Duas subcategorias foram identificadas, a primeira foi a *simulação como proposta oficial do programa*, em que foi idealizado um modelo curricular, planejado com uma simulação.

Treinamentos desenvolvidos na grade dos residentes [E1].

Nós tínhamos algumas atividades, agora nós estamos preconizando no currículo mesmo [E7].

Na opinião dos supervisores, a simulação, inserida no currículo dos Programas de Residência Médica, potencializa o método. De acordo com Issenberg *et al.* (2005), os melhores resultados são alcançados por meio de uma abordagem organizada e sistemática para a incorporação da simulação em um currículo existente ou novo. Os autores enfatizam que a Educação Médica, que faz uso da simulação, deve ser um componente obrigatório do currículo padrão e que os exercícios opcionais despertam menos interesses dos alunos.

Uma pesquisa avaliou cinco currículos de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia, reconhecidos internacionalmente na Austrália, Canadá, Holanda, no Reino Unido e nos Estados Unidos, quanto ao uso de Educação Médica, baseada em competências e métodos de avaliação, incluindo a simulação. Os autores concluem que a padronização dos currículos leva a uma diminuição na variabilidade e a um aumento na qualidade do treinamento, o que permite medições e comparações entre os centros. O currículo de simulação nacional padronizado deve aumentar potencialmente a qualidade e a eficiência do treinamento, o que impacta diretamente na segurança do paciente e na qualidade do atendimento prestado (GAROFALO; AGGARWAL, 2017).

A segunda subcategoria, a *simulação como iniciativa isolada de preceptores*, traz a dependência de atitudes proativas dos preceptores para a inclusão da simulação.

Treinamentos pontuais, quando ela está ministrando aula de contracepção. Então, tem um modelinho de inserção, no caso dispositivo de levonorgestrel [E2].

A fala dos entrevistados demonstrou uma **heterogeneidade no plano de ensino com simulação nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia**, com a apresentação de diferentes planejamentos para a utilização da Simulação Clínica.

O residente tem tempo reservado para isso. Já está desenhado no currículo dele. Não são cursos extras, já faz parte da grade [E9].

Módulos concentrados de treinamento são citados como possibilidade de realização dos treinamentos. Dividimos as salas no ambulatório, trazemos os materiais para cá, organizamos e aplicamos isso a cada seis meses, mais ou menos [E8].

Então, todo começo de ano, em março, existe um final de semana que é feito um curso inicial para todos R2 e R3 [E4].

O processo de integração curricular é constituído pela fase de planejamento, de implementação e de avaliação. Com base nos recursos disponíveis, o supervisor dos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia avalia o currículo e determina em que situação e como a simulação dever ser integrada. A integração da simulação ocorre, frequentemente, no formato de cursos ou em uma escala maior que atinge todo o currículo. Os conceitos e os princípios gerais são os mesmos para as duas abordagens (ISSENBERG; MCGAGHIE, 2013). Ambas as modalidades de inserção foram citadas pelos supervisores.

Outra maneira de inserção foi a *progressão conforme Matriz de Competência*, com referência à proposta realizada pela FEBRASGO. Os supervisores demonstraram conhecimento da Matriz de Competência proposta pela federação e do uso da Simulação Clínica como ferramenta valiosa no treinamento das competências. Ademais, mencionaram a possibilidade de trabalhar a simulação de acordo com níveis de progressão do residente.

A programação é, nós estarmos dividindo em grau de complexidade em cada ano de residência [E5].

Horário paralelo a uma atividade teórica, sendo uma atividade teórica para R3, uma atividade prática para R1. A divisão é baseada na Matriz de competência da FEBRASGO [E7].

Garofalo e Aggarwal (2018), após avaliarem cinco currículos nacionais de Obstetrícia e Ginecologia, concluíram que, para a EMBC ser bem-sucedida, os currículos precisam explorar mais as Atividades Profissionais Confiáveis predefinidas e os níveis de referência – Benchmark -, bem como as ferramentas de avaliação adequadas, com a inclusão da simulação.

5.3 Facilidades e/ou dificuldades e sugestões da utilização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia

Nesse terceiro núcleo temático, foram trabalhadas as facilidades e as dificuldades dos supervisores na utilização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia, assim como houve sugestões para otimizar o uso do método.

Como resultado inicial desse núcleo, verificou-se que todos os supervisores apontaram dificuldades para inserir o método de Simulação Clínica nos programas. No item facilidades, a metade dos entrevistados, ou seja, cinco participantes reconheceram os fatores que auxiliam na utilização do método. Na análise das facilidades, foram identificadas 14 unidades de contexto com 19 unidades de registro. Destas unidades de registro, surgiram quatro categorias e quatro subcategorias, conforme Quadro 5:

Quadro 5 - Categorias e subcategorias do 3º Núcleo Temático: facilidades da utilização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Simulação Clínica como parte do projeto Institucional	Introdução de processos de inovação no ensino
	Criatividade para a busca de alternativas
	Possibilidade de trabalho integrado entre equipes
Presença de estrutura física destinada ao ensino	
Envolvimento ativo dos preceptores no processo de ensino e aprendizagem	Número suficiente de preceptor para realizar a atividade com Simulação Clínica
Participação ativa dos residentes na organização dos treinamentos	

Os participantes da pesquisa apresentaram, como facilidade, o fato de ser contemplada a **Simulação Clínica como parte do projeto Institucional**.

A gente tem, atualmente, uma direção parceira no hospital que é favorável as técnicas ativas de ensino. Então, a gente não tem nenhuma barreira nas direções [E7].

Motola (2013) enfatiza que a liderança organizacional deve mostrar total apoio e fornecer as políticas e os sistemas de incentivo aos treinadores. Sem o apoio da liderança, é impossível manter e sustentar, em uma instituição, os programas de treinamento de equipe, baseados em simulação.

O Programa de Reconhecimento Internacional de Excelência em Educação – ASPIRE - inclui a adoção e a integração, na missão e na cultura de uma instituição, da educação baseada em simulação. Envolve a decisão da instituição de abraçar totalmente o seu objetivo de melhorar o atendimento e a segurança do paciente, por intermédio da redução e da prevenção de erros médicos, bem como de alcançar os objetivos mais individuais de ensino e de avaliação em uma ampla possibilidade de competências.

Após análise, foram identificadas três subcategorias que atuam como facilitadoras. A primeira delas é a *introdução de processos de inovação no ensino*:

Eu tenho certeza que novos desafios e opções vão surgir e eu acho que a gente tem que estar conectado ou que o time de ensino esteja conectado a isso, para vislumbrar novas oportunidades [E9].

Feuerwerker (2014) salienta que houve um investimento significativo na produção de inovações durante o encontro entre os estudantes/futuros profissionais de saúde e os usuários com o objetivo de ativar nesses a sensibilidade e outros elementos importantes para que as tecnologias leves - clínica, epidemiologia - pudessem ser mobilizadas efetivamente na construção de relações mais horizontais com os usuários.

A segunda subcategoria foi a *criatividade para a busca de alternativas*, a fim de ampliar o arsenal de possibilidades diante de entraves.

A gente tem que buscar, tem que ser criativo e buscar alternativas [E9].

Como última subcategoria facilitadora, tem-se a *possibilidade de trabalho integrado entre equipes*, com a finalidade de fortalecer e ampliar o uso da Simulação Clínica.

Hoje, nós temos o pessoal da enfermagem, nós estamos trabalhando juntos. A gente tem o pessoal da residência multiprofissional, muito ligado ao pessoal da medicina que, por incrível que pareça, as vezes é mais difícil de chegar [E7].

Salas *et al.* (2008) argumentam que “cuidar do paciente é um esporte de equipe”. Outrossim, aponta que o treinamento, por meio da simulação, oferece a oportunidade de praticar as habilidades, relacionadas às tarefas e à equipe, em um ambiente livre de consequências, em que os erros realmente servem como uma oportunidade de aprendizagem aos alunos, assim como um feedback construtivo, focado na melhoria e não julgador.

A **presença de estrutura física destinada ao ensino** foi outro fator apontado como facilitador para o desenvolvimento do método proposto.

Estrutural, nós temos até um certo privilégio, que a gente tem uma parte do hospital voltada para o ensino. A gente tem salas de aula, nós temos uma sala que ficou para simulação, temos um lugar que a gente guarda o material. Não o perfeito, ideal, mas tá muito bom [E7].

Quando falamos de treinamento para aquisição de habilidade em cirurgia vídeo endoscópica, nós vamos para o CETEC que é o Centro de Treinamento em Cirurgia Experimental da Instituição. Então, eles usam, realmente, um leque Institucional [E9].

Tsuda, Mohsin e Jones (2015) comentam que, embora os custos iniciais de um espaço reservado para a simulação possam ser substanciais, uma gestão prudente de finanças e o uso adequado de recursos demonstram como os benefícios de um laboratório superam os custos operacionais no decorrer do tempo.

O **envolvimento ativo dos preceptores no processo de ensino e aprendizagem** foi descrito, pelos supervisores, como condição que proporciona o uso da Simulação Clínica.

Tenho certeza que gente tem lá, os preceptores na maternidade que se tivessem simuladores mais voltados para a questão do dia a dia, com certeza, eles seriam úteis e ajudariam demais. Seriam facilitadores na questão didática na questão de ensino [E1].

Um dos pontos mencionados foi o *número suficiente de preceptores para realizar atividade utilizando a Simulação Clínica*, o que demonstra a facilidade para compor um time operacional na Simulação Clínica.

Eu acho que se tiver equipamento, pessoas para fazer o treinamento, preceptores, vai ter. Isso eu não tenho a menor dúvida [E6].

O Programa de Reconhecimento Internacional de Excelência em Educação (ASPIRE), criado pela Associação de Educação Médica da Europa (AMEE), descreve que, para atingir a excelência na educação em saúde baseada em simulação, o corpo docente e a equipe de apoio precisam demonstrar expertise nesse tipo específico de educação. Dentro desse contexto, incluem-se não apenas os profissionais treinados no melhor uso de evidências da educação médica baseada em simulação, mas também indivíduos envolvidos na operação, no gerenciamento e na administração de treinamentos, bem como os pesquisadores dedicados ao avanço no campo.

A **participação ativa dos residentes na organização dos eventos** foi uma questão abordada que favorece o uso da Simulação Clínica e aponta o residente como parte do processo de desenvolvimento dos cursos.

Mobilização geral partiu dos residentes. Eles se vinculando e cobrando a gente acaba fazendo mais coisas [E3].

Um estudo, realizado por Cruz (2013), revela que, na opinião dos profissionais de saúde, os residentes contribuem com motivações e com avanços no processo de trabalho, por meio da reorganização, o que acarreta benefícios para a assistência.

Souza (2012), em seu artigo, diz: “o professor pode contar com um parceiro de todas as horas para ajudá-lo: o estudante de Medicina.”

Ao explorar as dificuldades, referidas pelos supervisores para utilizar a Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia, encontraram-se 23 unidades de contexto e 34 unidades de registro, das quais emergiram seis categorias e seis subcategorias, conforme Quadro 6:

Quadro 6 - Categorias e subcategorias do 3º Núcleo Temático: dificuldades da utilização da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Estrutura inadequada para a realização da Simulação Realística	Ausência de financiamento para a aquisição de equipamentos e sustentabilidade dos treinamentos
	Falta de profissionais voltados ao ensino
	Falta de lugar apropriado para realizar a Simulação Clínica
	Ausência de horários flexíveis do ambiente de simulação – incompatíveis com as atividades da RM
Entraves decorrentes da gestão pública	Desinteresse dos profissionais em atualizações
Sobrecarga de atividades assistenciais	Falta de alinhamento do tempo entre a atividade prática assistencial e a prática simulada
Dificuldade para oportunizar o treinamento para todos os residentes de maneira uniforme	
Distanciamento entre a equipe que ministra a teoria e a equipe da prática assistencial	
Ausência de parcerias privadas	

Foi realizado um estudo, com o objetivo de compreender as principais barreiras para a implementação da simulação em Programas de Residências Médicas Pediátricas, na Itália, que evidenciou o seguinte: a falta de especialistas (57%), a falta

de apoio do diretor (56%), a falta de organização no planejamento de cursos de simulação (42%) e a falta de material didático (42%) (BINOTTI *et al.*, 2019).

Everett *et al.* (2019) ressaltou múltiplos desafios para a aplicação da simulação em Obstetrícia e Ginecologia: o custo elevado, a variabilidade de recursos entre as instituições e a distribuição de residentes e de professores em vários locais clínicos.

A dificuldade mais citada, neste estudo, foi a **estrutura inadequada para a realização da Simulação Clínica**, abrangendo toda a infraestrutura necessária para a execução da Simulação Clínica.

Porque dessa vez a gente teve a doação do porco no espaço da faculdade, tudo de graça. Se tivesse que arcar com o curso, para pagar o preceptor, pagar o professor para vir aqui, não conseguiria [E3].

Conforme apontado e discutido na atual pesquisa, um dos fatores facilitadores foi a presença de estrutura adequada para o ensino. Por conseguinte, a sua ausência foi relatada como fator limitante que dificultava a realização da simulação.

Foi sempre citada, pelos supervisores, a *ausência de financiamento para a aquisição de equipamentos e a sustentabilidade dos treinamentos*, o que demonstra a falta de investimento na aquisição dos simuladores e de inclusão de custos na unidade orçamentária da instituição.

As dificuldades são óbvias são econômicas de sustentabilidade daquilo. Como ela vai se pagar [E9].

Financeiro. Eu acho que falta dinheiro porque, pelo que saiba, os simuladores custam caro [E4].

Galland (2018) comenta que na educação baseada em simulação ainda persistem os confrontos com as questões de custos humanos e financeiros. Os orçamentos atribuídos ao desenvolvimento e à manutenção de centros de simulação são desiguais, o que torna desigual a oferta de formação no território.

Como subcategoria relatada, tem-se a *falta de profissionais voltados ao ensino*, como referência à importância de pessoas com este olhar.

Não tem alguém voltado para o ensino. Ou que fosse entrosado. Por exemplo, com alguém que tem um olhar para isso. Pudessem ter um estímulo para os programas de residência, inserir simulação realística, por exemplo [E2].

Falta de profissionais voltados ao ensino [E8].

Motola (2013) assinala que um dos desafios de muitos programas de treinamentos baseados em simulação é a falta de professores com especialização e com experiência em treinamento de equipes. Como boa prática, o autor sugere que as organizações ou instituições priorizem o desenvolvimento do corpo docente para tornar eficaz o treinamento de equipes baseado em simulação.

Dos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia, investigados nesta pesquisa, 40 % estão inseridos em hospitais públicos municipais, nos quais, para a contratação de novos profissionais, é necessária a realização de concurso público, com um número definido de profissionais por categoria, estabelecido na tabela de lotação de pessoal (SMS, 2014).

Estudo realizado, sobre a gestão de recursos humanos em hospitais do SUS, revela que “o ingresso nos hospitais orientados pelas regras públicas ainda é prejudicado pela falta de concursos regulares e pela morosidade desse processo seletivo” (MORICI; BARBOSA, 2013). Laprega (2015), em sua pesquisa sobre hospitais de ensino no Brasil, evidencia que a defasagem, com relação ao número de profissionais, ocorre por falta de autonomia dos hospitais de ensino, no que concerne à gestão de recursos humanos.

A falta de lugar apropriado para realizar a Simulação Clínica foi apontada como mais uma das dificuldades.

Eu acho que se a gente puder ter um local, e falar: “olha essa é a linha da simulação”. Por mais simples que seja, eu aqui, já tive de lutar para ter uma sala só de aulas para os residentes e alunos [E2].

Araujo e Quilici (2012) enfatizam que o espaço ideal para simulação é aquele que apresenta versatilidade real. Comentam que as universidades e as instituições de ensino utilizam as salas ou os centros de simulação que podem ser modificadas, de acordo com a necessidade do cenário a ser processado.

A *ausência de horários flexíveis do ambiente de simulação* foi também citada como uma dificuldade de conciliar as atividades da Residência Médica com as possibilidades de uso das salas de simulação.

Acho que falta material, embora a gente tenha um Centro de Simulação, ele tem dificuldade de ficar aberto não é em um horário que todos os residentes possam ir. Então a gente tem que marcar uma data especial, que é em um final de semana. Temos esse entrave de logística mesmo [E10].

Outro ponto abordado foram os **entraves decorrentes da gestão pública** que limitam os investimentos financeiros em Simulação Clínica.

A gente é um hospital público, então, o contingenciamento do hospital público limita muito, essa questão de aquisição e de a gente ter acesso a esses simuladores intermediários ou avançados [E1].

A gente não tem essa disponibilidade de material que precisaria ter por parte da gestão pública [E6].

O *desinteresse dos preceptores em atualizações* foi igualmente apontado como uma das barreiras que dificultam o uso da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.

Alguns preceptores, que ainda tem a resistência humana, pessoas que, às vezes, não querem se atualizar, não querem ir atrás do curso, não estão dispostas a mudar, mas eu acho que eu vejo isso como um número cada vez menor [E7].

De acordo com Bentes *et al.* (2013), a atuação como preceptor acaba por demandar do médico um esforço extra, na medida em que exige dele a necessidade de compatibilizar o atendimento com o ensino, tempo para o estudo dos temas pertinentes ao programa de Residência Médica e o atendimento a pacientes quando há a intenção de ensino. Os autores ainda ressaltam que a falta de uma política estruturada de formação e de Educação Permanente, para os profissionais médicos preceptores, constitui outrossim em um desafio para a atuação com os residentes.

A **sobrecarga de atividades assistenciais** foi um fator de empecilho para o desenvolvimento de atividades com a Simulação Clínica pela falta de tempo livre para a execução das atividades.

Tem a barreira do tempo, né? A gente tem que separar um tempo, durante o dia, para colocar isso em prática. A adesão acaba não sendo 100% pela barreira tempo [E3].

As tarefas clínicas em hospitais assistenciais têm precedência e por essa razão é difícil, muitas vezes, fazer com que a equipe participe do treinamento. A atenção cuidadosa para superar as limitações de tempo e facilitar o acesso ao treinamento é muito importante (MOTOLA, 2013).

A **dificuldade para oportunizar o treinamento para todos os residentes de maneira ideal** foi colocada como um entrave pelos supervisores por causa da falta de materiais.

Barreira é você não ter todos os simuladores disponíveis, da maneira correta, e a dificuldade de você ter esse treinamento correto para todos [E5].

O **distanciamento entre a equipe que ministra a teoria e a equipe da prática assistencial**, com referência à dicotomia entre a teoria e assistência é também referido.

Os preceptores que fazem a simulação não são os chefes de plantão. Acho que isso é um desafio enorme porque têm os preceptores, aqueles que, realmente, fazem a parte teórica até simulação, mas a prática na assistência são outros meandros [E5].

Feuerwerker (2014) afirma que a experiência clínica pode ser adquirida por intermédio da prática, na qual o futuro profissional pode incorporar a ética de suas relações com os pacientes. Para Batista e Batista (2008), a prática favorece a formação do estudante, em que diferentes aprendizagens são construídas e compartilhadas, durante a integração entre os colegas, os professores, os pacientes, a equipe de saúde e a comunidade.

Os autores (2008, p.103) comentam que:

[...] a prática não deve se reduzir à eventos empíricos ou ilustrações pontuais, mas deve exigir uma intencional e contínua postura de problematização do vivido, observado, discutido. (Devemos entender a prática como) objeto de reflexão e produção de conhecimento, entendendo-a não como mero exemplo da aplicação teórica, mas como núcleo da produção e difusão das teorias científicas, [...].

A aproximação da prática médica como eixo curricular representa o reconhecimento de que prática profissional em medicina é potencializadora de situações problemáticas e configuradora de dilemas e de desafios vividos no cotidiano, o que traz a reflexão sobre as competências profissionais necessárias para dar conta da singularidade e dos conflitos de valores que caracterizam a prática (BATISTA; BATISTA, 2008).

A **ausência de parcerias privadas** foi citada como dificuldade pela falta de financiamento necessário para desenvolver o método:

A gente tinha um Centro de Estudos que tinha uma verba, que por um consórcio [E6].

Tsuda, Mohsin e Jones (2015) identificaram, como primeira etapa para a efetivação de um Centro de Simulação, a elaboração do projeto e, na sequência, a busca de financiamento, considerada uma etapa crítica e desafiadora. Gould (2006), em pesquisa realizada nos Estados Unidos, verificou que 68% dos laboratórios de simulação tiveram financiamento da indústria por intermédio de parcerias privadas.

Siaulys *et al.* (2019) avaliaram que o treinamento, com o uso simulação em emergências obstétricas, realizado com parceria público-privada, obteve notas de satisfação elevadas e aumentou, de maneira significativa, o conhecimento de profissionais de saúde do setor público, no que se refere à condução dos casos responsáveis pela maioria das mortes maternas.

Após a fala dos supervisores, todos entendem a Simulação Clínica como um método fundamental na estrutura curricular do programa e necessita fazer parte do planejamento dos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.

O manequim é uma coisa que pode tardar, mas em algum momento vai ser condição sine qua non para existência da Instituição de ensino, do programa de ensino das residências médicas [E6].

Não pode ser mais uma coisa aleatória, eventualmente, vamos marcar. Vai ter que entrar na agenda de aulas. Então, vai ser implantado como agenda de aula, parte prática [E3].

A integração do currículo é crítica para o sucesso e para a eficácia da educação em saúde baseada em simulação. Os resultados mais potentes são alcançados por meio de uma abordagem organizada e sistemática para a incorporação da simulação em um currículo existente ou novo (ISSENBERG, 2005).

Galland (2018) enfatiza a integração de exercícios, baseados em simulação, a outras atividades da prática profissional como um recurso essencial para produzir aprendizado efetivo. O autor conclui que a simulação não deve ser uma atividade extracurricular, mas sim um componente obrigatório do currículo padrão dos programas de residência.

Os supervisores finalizaram a entrevista propondo algumas sugestões para viabilizar o uso da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia. A primeira foi com relação à possibilidade da existência de um financiamento público voltado para o ensino, o qual subsidiaria a compra de simuladores e promoveria a sustentabilidade dos treinamentos, principalmente, a manutenção dos equipamentos.

Se tratando de uma residência pública, eu acho que se os gestores de saúde, da Secretaria de Saúde do Estado tivessem um olhar voltado para o aperfeiçoamento e o aprimoramento do profissional, eles destinariam mais verbas para essa parte de ensino porque vão ser os médicos que vão atender toda a rede. Tanto privada como pública, mas são os nossos profissionais [E1].

A busca por financiamento, para a incorporação da simulação nos programas de pós-graduação, é descrita, na literatura, como um ponto crítico do processo, e umas das opções seria o incentivo financeiro governamental (TSUDA; MOHSIN, JONES, 2015).

No Brasil, algumas políticas públicas tornam possível esse financiamento. Uma delas é a Portaria Interministerial nº 1.127 (2015), que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre o ensino, os serviços e a comunidade no âmbito do SUS.

O município de São Paulo segue a Portaria SMS nº 62, de 24 de janeiro de 2019, que estabelece os procedimentos de adesão e as normas para os estágios obrigatórios e as residências, com a celebração dos COAPES às unidades da Rede de Assistência da Secretaria Municipal de Saúde. Estabelece contrapartidas das instituições de ensino privadas para utilizarem cenários de prática públicos municipais que têm, como possibilidades, as pesquisas e as novas tecnologias, voltadas para o ensino-pesquisa-serviços-comunidade e investimento na aquisição de equipamentos, de material permanente e de outros bens e serviços, incluindo a manutenção e as reformas prediais, todos diretamente voltados à assistência e ao ensino.

Uma outra opção é a certificação da instituição como Hospital de Ensino. Essa certificação reconhece a instituição como adequada para o desenvolvimento de boas práticas assistenciais e educativas ela pode contar com um recurso ministerial de incentivo para as ações de melhoria nas diversas áreas do hospital, tais como: a qualificação da gestão, a capacitação de servidores, a aquisição de equipamentos e de materiais, a criação de novos serviços e ensino, a Educação Permanente e continuada (BRASIL,2004).

Para a continuidade dos treinamentos na simulação, faz-se necessário o equilíbrio entre os ganhos e os gastos com o desenvolvimento de um plano de sustentabilidade financeira.

Vai ter que ter um plano de sustentabilidade financeira. A gente tem que ter muito cuidado para não gerar prejuízos [E9].

A gente não pode, simplesmente, propor “N” coisas que nós acharíamos interessante, porque para o ensino é maravilhoso, porque é uma residência dos sonhos, mas aquilo porque alguém vai pagar aquela conta. Nos somos cobrados que nossas ações sejam viáveis economicamente [E9].

Os manequins são um dos itens mais caros na simulação. Por esse motivo, um cuidado especial garante a sustentabilidade aos treinamentos, como: a manipulação apenas com lubrificante, nunca fazer o uso de canetas perto dos simuladores e utilizar as substâncias injetáveis que são as apropriadas para os simuladores. Todos os simuladores têm limitações e, por essa razão, é importante que o facilitador ofereça tempo para o aluno se familiarizar com o manequim, conhecer as suas limitações e evitar os danos (DAVIS *et al.*, 2017).

Outra sugestão foi a Simulação Clínica ter um local próprio para sua realização. Algumas características são importantes, como a proximidade do local com o campo de prática assistencial e facilidade de acesso com horários flexíveis. Ter o primeiro e colocar isso dentro da prática. Porque a simulação, normalmente, pelo que eu entendo aqui, vai ficar num lugar estratégico [E4].

O uso ideal o simulador deveria estar em um espaço físico do lado do Centro Obstétrico porque eu acho que isso aumentaria a chance de todos participarem várias vezes [E5].

Em sua metanálise, Galland (2018) comenta que, para possibilitar a prática repetitiva, é necessário que o centro de simulação apresente facilidade de acesso e uma flexibilidade de horários para o uso dos aprendizes.

Um ambiente simulado sofisticado ou um espaço de treinamento diário pode atender às necessidades dos residentes, desde que reflita o ambiente clínico e os recursos reais existentes. Ao conduzir um exercício, no ambiente real de atendimento ao paciente, as deficiências, relacionadas ao ambiente físico, tornam-se óbvias (ACOG, 2014).

Uma outra possibilidade seria a Sociedade Paulista de Ginecologia e Obstetrícia (SOGESP) ter um local de simulação e os programas de residência poderem usufruir do espaço e dos materiais com agendamento de horários. Eu acho que a própria Sociedade Paulista de Ginecologia e Obstetrícia, deveria ter uma sede para que todos os residentes do Estado de São Paulo pudessem agendar [E5].

A diversidade de simuladores foi sugerida pelos entrevistados que propuseram o uso de simuladores de realidade virtual e simuladores mais próximos da realidade.

Em um futuro eu imagino que a gente tenha mais material para fazer isso. Que os simuladores sejam mais próximos da realidade [E10].

Poderia ter um espaço reservado para isso, esse espaço dividido para várias habilidades diferentes, que a gente possa adquirir equipamentos mais modernos, que a gente possa implementar a realidade virtual. Eu acho que é uma questão de tempo e de dinheiro, mas acho que a gente está caminhando. Pode demorar um tempo, mas eu acho que vamos chegar lá [E9].

Haluck *et al.* (2001) realçam a importância da realidade virtual e de simulações computadorizadas no treinamento de novas habilidades, como uma cirurgia minimamente invasiva, laparoscópica ou robótica.

Os simuladores, que captam uma ampla variedade de condições clínicas, são mais úteis do que aqueles com possibilidades limitadas (GALLAND, 2018).

Outrossim, os entrevistados sugeriram que os programas estimulassem o envolvimento ativo dos residentes no processo de construção e de desenvolvimento das atividades.

Eu acho que esse mundo ideal, seria, justamente os residentes perceberem que eles são parceiros na sua própria formação, que eles são ativos e podem ajudar o R que está entrando, o R abaixo deles e os preceptores verem o quanto isso traz de ganho [E7].

Eu acho que isso é um grande aprendizado e é um grande motivador para o residente, ele se encantar, eventualmente, com uma área. Ele quer se desenvolver mais naquilo [E9].

Feuerwerker (2014) destaca que as novas estratégias para aprender, para cuidar e para produzir conhecimento devem partir de estudantes, de professores, de profissionais da saúde e de usuários, com base em processos coletivos de reflexão crítica sobre a prática, bem como em vivências que possibilitem levar a novos conhecimentos e a novas relações.

Outra sugestão abordada foi uma maior sensibilização, por parte dos preceptores, para a utilização da simulação, a fim de ampliar o time da simulação.

Tentar envolver mais pessoas que trabalhem atores, personagens ativos inclusive os residentes, eu acho que vai ser demais. A gente consegue trazer mais pessoas para o time de educação ativa. Mais pessoas para o time da simulação [E7].

Motola (2013) salienta que a participação do corpo docente na construção dos treinamentos, o tempo protegido para a execução das atividades, as ferramentas de desenvolvimento de cenário e o suporte técnico são extremamente importantes para o corpo docente abraçar e utilizar a modalidade.

Como última sugestão, foi colocada a importância de buscar alternativas diante dos desafios que aparecem com a evolução da Medicina.

Eu tenho certeza que novos desafios e opções vão surgir e eu acho que a gente tem que estar conectado ou que o time de ensino esteja conectado a isso, para vislumbrar novas oportunidades [E9].

A evolução natural da medicina, vai nos trazendo novos desafios. E é isso que eu imagino que a gente vai viver nos próximos anos [E9].

Os educadores médicos, de acordo com Morgan *et al.* (2006), precisam seguir na busca por meios inovadores, a fim de garantir que os alunos de medicina recebam a educação de que precisam para enfrentar os desafios de uma população de pacientes em envelhecimento e de alto risco. Remmen *et al.* (1999) salientam: é necessário "... mais atenção sistemática ao treinamento de habilidades, a fim de evitar que os alunos se tornem médicos competentes, apesar do treinamento de graduação, e não por causa disso".

Como disse Paulo Freire (2015), em Pedagogia da Autonomia:

“Não haveria criatividade sem a curiosidade que nos move e que nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fazemos”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados desta investigação possibilitou afirmar que os supervisores dos Programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia do município de São Paulo reconhecem a Simulação Clínica como ferramenta pedagógica potente no aprendizado dos médicos residentes, conforme levantado na hipótese inicial deste estudo.

Como características da Simulação Clínica, destacam-se as seguintes:

- Complementa o processo de ensino e aprendizagem, bem como possibilita a homogeneidade de oportunidades, o treinamento de procedimentos menos comuns, a prática deliberada e sustentada e o treinamento da autoconfiança do residente;
- Proporciona um ambiente de ensino e aprendizagem seguro;
- Favorece a aprendizagem com base no erro, o que viabiliza a melhoria do desempenho na repetição da experiência;
- Contribui para a prática profissional, comprometida com a segurança do paciente;
- Aprimora o trabalho de equipe, uma vez que favorece o seu conhecimento e o desenvolvimento de habilidades de comunicação; e aumenta o desempenho no gerenciamento de emergências;
- Estimula a reflexão sobre o processo de trabalho, o que oportuniza a discussão de protocolos assistenciais multiprofissionais, prepara para práticas profissionais mais seguras e reduz o risco de judicialização;
- Favorece a tomada de decisão, principalmente, em situações de urgência;
- Amplia os processos avaliativos na residência, o que oportuniza a análise das múltiplas competências desejadas em profissionais da saúde durante os Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia;
- Propicia o feedback interativo, com o consequente aperfeiçoamento do residente e do professor/preceptor;
- Estimula a participação dos residentes nas atividades dos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia, o que resulta na melhoria da performance prática.

Os supervisores dos Programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia reconhecem a Simulação Clínica como ferramenta potente. No entanto, utilizam-na de maneira incipiente, geralmente, em treinamentos de habilidades da especialidade, o que ocorre de maneira pontual e aleatória. Esse fato está em conformidade com a hipótese inicial da pesquisa.

Foi marcante a vinculação da Simulação Clínica com a tecnologia e a necessidade de ambiente próprio para o desenvolvimento das atividades. A ausência dessas condições foi o principal fator limitador para a incorporação dessa simulação nos Programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia.

A Simulação Clínica apresenta vasta possibilidade de utilização, capaz de driblar muitos entraves colocados pelos supervisores programas no decorrer das entrevistas, haja vista o fortalecimento da telessimulação, a partir do momento impositivo de isolamento social que a Pandemia COVID-2019 estabeleceu. Portanto, ampliar o conhecimento nas diversas possibilidades dessa simulação pode trazer soluções para a efetivação da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia.

Durante a realização deste estudo, verificou-se que as dificuldades, apontadas por alguns supervisores dos programas, foram superadas por meio da busca de alternativas e da criatividade. Considera-se que a troca de experiências e a integração entre os programas podem minimizar as dificuldades apresentadas, bem como propiciar uma participação maior da FEBRASGO e da SOGESP na promoção, no desenvolvimento e na avaliação dos Programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia.

A sugestão mais apontada foi a importância do financiamento público voltado para o ensino, o qual subsidiaria a compra de simuladores e promoveria a sustentabilidade dos treinamentos, mas, sobretudo, a manutenção dos equipamentos. Considera-se o financiamento, quando ele existe, um fator facilitador. No entanto, não deve se constituir em uma condição limitadora para a inserção do método nos programas de pós-graduação, uma vez que existem as estratégias para a busca de parcerias público-privadas; as simulações podem ser realizadas sem a necessidade de tecnologias e do uso do próprio hospital para desenvolvimento das atividades.

O residente não só pode como deve ser considerado um grande aliado na organização e no desenvolvimento dos treinamentos. A sua participação ativa foi frequentemente citada como fator facilitador do uso da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia.

Por fim, apesar de muitos supervisores almejarem por manequins de alta tecnologia para o desenvolvimento desse tipo de simulação, acredita-se que o principal fator transformador seja a busca por alternativas que só a criatividade humana pode trazer, o que significa acreditar na capacidade humana de reinvenção, de superação de obstáculos e de perseverança para, possivelmente, incorporar o uso da Simulação Clínica nos Programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.

REFERÊNCIAS

ACOG. Preparing for clinical emergencies in obstetrics and gynecology. Committee Opinion No. 590 American College of Obstetrics and Gynecologists. **Obstet. Gynecol.**, v. 123, p. 722-725. 2014.

ALLEN, V. Listening. **J. Obstet. Gynaecol.**, Canada, v. 38, p.104-107, 2016.

ANDREATTA, P. B.; BULLOUGH, A. S.; MARZANO, D. Simulation and team training. **Clin. Obstet. Gynecol.**, v 53, p. 532-544, 2010.

ARAUJO, A. L. L.S ; QUILICI, A. P. O que é simulação e por que simular. *In*: QUILICI, A. P. *et al.* **Simulação clínica do conceito a aplicabilidade**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2012. p.1-16.

ARGANI, C. H. *et al.* The case for simulation as part of a comprehensive patient safety program. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 206, n. 6, p. 451-455, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em Saúde: concepções e práticas. **Cad. FNEPAS**, v. 2, n. 2, p. 25-28, 2012

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. A prática como eixo da aprendizagem na graduação médica. *In*: PUCCINI, R. F., SAMPAIO, L. O.; BATISTA, N. A. [orgs.]. **A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. p. 101-115. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q8g25/pdf/puccini-9788561673666-06.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2021

BENTES, A. *et al.* Preceptores de Residência Médica: Funções, Competências e Desafios. A Contribuição de Quem Valoriza porque Percebe a Importância: Nós Mesmos! *In*: ABEM O preceptor por ele mesmo. **Cad. ABEM.**, v. 9, p. 32-39, 2013.

BINOTTI, M. *et al.* Simulation-based medical training for pediatric residents in Italy: a nationwide survey. **BMC Med. Edu.**, v. 19, n. 1, p. 162, 2019

BIRNBACH, D. J.; SALAS, E. Can medical simulation and team training reduce errors in labor and delivery? **Anesthesiol. Clin.**, v. 26, p. 159-168, 2008.

BONI, V; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Rev. Eletr. Pós-Grad. Sociol. Política - UFSC.**, v. 2, n. 1, jan.-jul.2005, p. 68-80.

BOTTI, S. H. O. **Principais atributos de um preceptor de Residência Médica.** Manual do Preceptor de Residência Médica. Conselho Regional de Medicina do Paraná, 2011; 78 p.

BOTTI, S.H.O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 363-373, 2008.

BRASIL. Decreto nº 80.281, 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 11787, de 6 set. 1977.

BRASIL. Decreto nº 8242, 23 de maio de 2014. Regulamenta a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social e sobre procedimentos de isenção das contribuições para a seguridade social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1 p. 1, de 26 set. 2014.

BRASIL. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1 p.1, de 30 de nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de Novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p.38. atualizar para 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica [Internet]. Resolução CNRM No. 2, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 95, de 19/05/06, seção 1, p. 23-36. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=512-resolucao-cnrm-02-17052006&Itemid=30192.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº2, de 3 de Julho de 2013. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica das instituições de saúde que oferecem programas de residência médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 131, Seção 1, p. 20-21, de 10 Jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação/ Secretaria de Educação Superior. Resolução CNRM nº 3, de 8 de abril de 2019. Dispõe a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 de abril de 2019. Seção 1, p.192.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.702 de agosto de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 ago. 2004.

BRASIL. Portaria Secretaria Municipal da Saúde. SMS nº 339 de 09 de Setembro de 2020. Altera a Portaria SMS-G nº 62, de 24 de janeiro de 2019 e institui Grupo de Trabalho (GT) incumbido da revisão da normatização dos ajustes entre Secretaria Municipal da Saúde e as instituições de ensino que tenham por objeto a utilização dos equipamentos públicos de saúde municipais como cenários de prática. **Diário Oficial da Cidade**, Brasília, DF, p.17

BRASIL. Portaria Secretaria Municipal da Saúde. SMS nº 62 de 24 de Janeiro de 2019. Altera a denominação do Centro de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa em Saúde – CEDEPS, institui as Escolas Municipais de Saúde Regionais, bem como os procedimentos para adesão e normas para estágios obrigatórios e residências para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino-Saúde – COAPES no município de São Paulo junto às unidades da Rede de Assistência da Secretaria Municipal da Saúde – SMS. **Diário Oficial da Cidade**, p.21

BRASIL. Resolução CNE/CES nº3 de 26 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_25663662_resolucao_n_3_de_20_de_junho_de. Acesso em: 19 ago. 2014.

CACCIA, N. *et al.* Competency-based medical education: developing a framework for obstetrics and gynaecology. **J. Obstet. Gynaecol. Can.**; v. 37, p. 1104-12, 2015.

CHEN, C. C. *et al.* Warm-up on a simulator improves residents' performance in laparoscopic surgery: a randomized trial. **Int. Urogynecol. J.**, v. 24, n. 10, p.1615–22, 2013.

CHINIARA, G. *et al.* Simulation in healthcare: a taxonomy and a conceptual framework for instructional design and media selection. **Med. Teach.**, v. 35, n. 8, p. e1380-95, 2013

CHUANG, M. A Low-Cost Trainer for the Surgical Management of Postpartum Hemorrhage. **Simul. Healthc.**, v. 15, n. 4, p. 289-294, Aug. 2020.

CODY, L. F. Breeding Scottish obstetrics in Dr. Smellie's London. *In: Birthing a nation: sex, science and the conception of eighteenth century Britons*. New York: Oxford University Press; 2005. p. 152-197.

COSTA, J.G.F. *et al.* Práticas contemporâneas do ensino em saúde: reflexões sobre a implantação de um centro de simulação em uma universidade privada. **Rev Bras Pesq Saúde**, v. 15, n. 3, p. : 85-90, 2013.

CRUZ, L. M. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade: percepção dos profissionais do serviço no Município de Palmas/Tocantins**. 2013. 178 p. Dissertação (Mestrado Profissional - Ensino em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, 2013.

DATTA, R.; UPADHYAY, K.; JAIDEEP, C. Simulation and its role in medical education. **Med. J. Armed. Forces India**, v. 68, n. 2, p.167-172, 2012.

DAVIS, M. *et al.* **How to teach using simulation in healthcare**. 1 ed, Wiley Blackwell, Oxford - UK, 2017. p. 35.

DeJONG, C.; LUCEY, C. R.; DUDLEY, R. A. Incorporating a new technology while doing no harm, virtually. *JAMA*, v. 314, n. 22, p. 2351-2352, 2015.

DILAVERI, C.A. *et al.* Simulation training for breast and pelvic physical examination: a systematic review and meta-analysis, 2013 **General Internal Medicine**, Mayo Clinic School of Graduate Medicine, Rochester, MN, USA. Disponível em: DOI: 10.1111/1471-0528.12289.

DREYFUS, H.; DREYFUS, S.E. A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. **Washington, DC: Storming Media**; 1980.

ELESSAWY, M. *et al.* Integration and validation of hysteroscopy simulation in the surgical training curriculum. **J. Surg. Educ.**, v. 74, p. 84-90, 2017.

ERICSSON, K. A. The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. *In: ERICSSON, K. A. et al. (eds.) The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*. New York, NY: Cambridge University Press. 2006. p. 683–703.

EVERETT, E.N. *et al.* To the Point: The expanding role of simulation in obstetrics and gynecology medical student education. *Am. J. Obst. Gynec.*, v. 20, n. 2, p. 129-141, Feb. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.10.029>.

FEUERWERKER, L. C. M. (Org.). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúd. Públ.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo.** 5. ed. Campinas-SP: Autores Associados Ltda, 2018.

FRANK, J. R. *et al.* Competency-based medical education. **Med Teach.**, v. 32, n. 8, p. 638-645, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 43. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2015.

GABA, D. M. The future vision of simulation in healthcare. **Qual. Saf. Health Care**, 13 Suppl 1(Suppl 1), p. 2-10, 2004.

GALLAND, J. *et al.* Simulation en santé et médecine interne: quel avenir? **Rev. Med. Interne**, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2017.11.011>.

GARDNER, R.; RAEMER, D. R. Simulation in Obstetrics and Gynecology. **Obstet. Gynecol. Clin. N. Am.**, v. 35, p. 97-127, 2008.

GAROFALO, M.; AGGARWAL, R. Competency-Based Medical Education and Assessment of Training: Review of Selected National Obstetric and Gynecology Curricula. **J. Obstet. Gynaecol. Can.**, v. 39, n. 7, p. 534-544, Jul. 2017.

GAROFALO, M.; AGGARWAL, R. Obstetric and Gynecology Modified Delphi Survey for Entrustable Professional Activities: Quantification of Importance, Benchmark Levels, and Roles in Simulation-based Training and Assessment. **Cureus.**, v. 10, n. 7, p. e3051, Jul. 2018.

GELBART, N. R. **The King's Midwife:** A History and Mystery of Madame du Coudray. University of California Press, LA, USA, 1998.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOULD, J. C. Building a laparoscopic surgical skills training laboratory: resources and support. **JSL**; v. 10, n. 3, p. 293-296. 2006

GREALISH, L.; CARROLL, G. Beyond preceptorship and supervision: a third clinical teaching model emerges for Australian nursing education. **Aust. J. Adv. Nurs.**, v. 15, n. 2, p. 3-11, 1997.

HALUCK, R. S, et al. Are surgery training programs ready for virtual reality? A survey of programs directors in general surgery. **J. Am. Coll. Surg.**, v. 193, n. 6, p. 660-665, 2001.

HAMMOUD, M. M. *et al.* To the point: medical education review of the role of simulators in surgical training. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 199, p. 338-343, 2008.

HATALA, R. *et al.* Feedback for simulation-based procedural skills training: a meta-analysis and critical narrative synthesis. **Adv. Health Sci. Educ.**, v. 19, p. 251-272, 2014.

HUANG, G.; MORGAN, P.; SACKS, H. Medical Simulation in Medical Education: Results of an Association of American Medical Colleges, **AAMC**, Sep. 2011.

HUANG, Y. *et al.* Terms of reference. *In*: PALAGANAS, J., *et al.* (eds.), **Defining excellence in simulation programs**. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer. 2015; p. xxi-xxxiii.

HUMES, J. C. *et al.* The Dying Art of Vaginal Hysterectomy: A Novel **Simulation.**, v. 11, n. 12, p. e6362, 12 Dec. 2019.

HUNTER, L. A. Debriefing and feedback in the current healthcare environment. **J. Perinat. Neo- nat. Nurs.** v. 30, p. 174-178, 2016.

IGLESIAS, A.G.; PAZIN-FILHO, A. Emprego de simulações no ensino e na avaliação. **Medicina** (Ribeirão Preto), v. 48, n. 3, p. 233-240, 2015. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/>.

INACSL Standards Committee. INACSL standards of best practice: Simulation SM Simulation design. **Clin. Simul. Nurs.**, v. 12(S), p. S5-S12, Dec 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>.

ISSENBERG, S. B. *et al.* Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review, **Med. Teacher**, v. 27, n. 1, p. 10-28, 2005. Disponível em: DOI: 10.1080/01421590500046924

- ISSENBERG, S. B. *et al.* Setting a research agenda for simulation-based healthcare education: A synthesis of the outcome from an Utstein-style meeting. **Simul. Healthc.**, v. 6, p. 155–167, 2011.
- ISSENBERG, S. B.; McGAGHIE, W. C. Looking to the future. *In*: McGAGHIE, W. C. [ed.]. **International Best Practices for Evaluation in the Health Professions**. London: Radcliffe Publishing Ltd, 2013. p 344.
- KANEKO, R. M. U.; LOPES, M. H. B. M. Cenário em simulação realística em saúde: o que é relevante para a sua elaboração? **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 53, São Paulo 2019. Epub
- KILMINSTER, S. M.; FOLLY, B. C. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. **Med. Educ.**, v. 34, p. 827-840, 2000.
- KIM-FINE, S.; BRENNAND, E. A. Surgical Simulation and Competency. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**; v. 43, n. 3, p. 575-590, Sep. 2016.
- KUEHSTER, C. R.; HALL, C. D. Simulation: Learning from mistakes while building communication and teamwork. **J. Nurses Staff Dev.**, v. 26, p. 123-127, 2010.
- LAPREGA, M. R. **Os hospitais de ensino no Brasil: história e situação atual**. 2015. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3693160/mod_resource/content/1/Os%20hospitais%20de%20ensino%20no%20Brasil%20hist%C3%B3ria%20e%20situa%C3%A7%C3%A3o%20atual.pdf. Acesso em: 28 fev. 2019.
- LIOCE, L. *et al.* Standards of Best Practice: Simulation Standard III: Participant Objectives. **Clin. Simul. Nurs.**, v. 6S, p. S15-S18, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2013.04.005>.
- MACEDONIA, C. R.; GHERMAN, R. B.; SATIN, A. J. Simulation laboratories for training in Obstetrics and Gynecology. **Am. Colle. Obstet. Gynecol.**, v. 102, n. 2, Aug 2003.
- MANN, D. M. *et al.* COVID-19 transforms health care through telemedicine: evidence from the field. **Am. Med. Inform. Assoc.**, v. 27, n. 7, p. 1132-1135., Jul. 2020.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 8. ed. (2. Reimpr.) São Paulo: Atlas, 2017. p. 213

MASLOVITZ, S. *et al.* Recurrent obstetric management mistakes identified by simulation. **Obstet. Gynecol.**, v. 109, n. 6, p. 1295-1300, 2007.

McCOY, C. E. *et al.* Telesimulation: an innovative tool for health professions education. **AEM Educ. Train.**, v. 1, n. 2, p. 132-136, 2017.

McGAGHIE, W. C. *et al.* Does simulation- based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. **Acad. Med.**, v. 86, p. 706-711, 2011.

MERIÉN, A. E. R. *et al.* Multidisciplinary team training in a simulation setting for acute obstetric emergencies: A systematic review. **Obstet. Gynecol.**, v. 115, n. 5, p. 1021-1031, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181d9f4cd>.

MICHEL, J. L. M.; OLIVEIRA, R. A. B.; NUNES, M. P. T. Residência médica no Brasil. **Cad. ABEM**, v. 7, p. 7-12, 2011.

MILLER, G. The assessment of clinical skills/competence/performance. **Acad. Med.**, v. 65(suppl), p. S63-7, 1990.

MILLS, J. E.; FRANCIS, K. L.; BONNER, A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. **Rural Rem. Health.**, v. 5, n. 3, p. 410, 2005.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev. Pesq. Qualit.**, São Paulo, v. 5, n.7, p.1-12, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MORGAN, P.J. *et al.* Applying theory to practice in undergraduate education using high fidelity simulation. **Med. Teacher**, v. 28, n. 1, p. e10–e15, 2006.

MORICI, M. C.; BARBOSA, A. C. Q. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 205-225, fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122013000100009&lng=pt&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122013000100009>. Acessos em: 31 mar. 2019.

MOTOLA, I. *et al.* Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82, **Med. Teacher**, v. 35, n. 10, p. e1511-e1530, 2013. Disponível em: DOI: 10.3109/0142159X.2013.818632.

NALESNIK, S. W. *et al.* Creating an ideal objective structured clinical exam for an obstetrics and gynecology medical student clerkship. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 193, p. 1544-1550, 2005.

NEVES, F. F.; PAZIN-FILHO, A. Construindo cenários de simulação: pérolas e armadilhas (Developing simulation scenarios: pearls and pitfalls). **Sci. Med.**, v. 28, n. 1, p. ID28579, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.28579>.

NEWMAN, T. B. *et al.* Delineando Estudos Transversais e de Caso-Controle. *In*: HULLEY, S. B. *et al.* **Delineamento da pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Tradução: Duncan, M. S. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PATEL, S. M. *et al.* The sim must go on: adapting resident education to the COVID_19 pandemic using telesimulation. **Adv. Simulat.**, v. 5, p. 26, 2020.

PAZIN, F. A.; SCARPELINI, S. Simulação: definição. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 40, p. 162-6, 2007.

POLAVARAPU, H. V. *et al.* 100 years of surgical education: the past, present, and future. **Bull. Am. Coll. Surg.**; v. 98, p. 22e7, 2013.

PORTE, M. C. *et al.* Verbal feedback from an expert is more effective than self-accessed feedback about motion efficiency in learning new surgical skills. **Am. J. Surg.**, v. 193, p. 105-110, 2007.

PUGH, C. *et al.* Use of a mechanical simulator to assess pelvic examination skills. **JAMA**, v. 286, p. 1021-1023, 2001.

RALL, M.; MANSER, T.; HOWARD, S. Key elements of debriefing for simulator training. **Eur. J. Anesthesiol.**, v. 17, n. 516-517, 2000.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 18 Mar. 2000.

REEVES, S. *et al.* **Interprofessional education**: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update). In The Cochrane Collaboration. (Ed.), Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd., 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>.

REMMEN, R. *et al.* Can medical schools rely on clerkships to train students in basic clinical skills, **Med. Educ.**, v. 33, p. 600-605. 1999.

RODRIGUEZ-PAZ, J. M; MARK, L.J.; HERZER, K. R. A novel process for introducing a new intraoperative program: a multidisciplinary paradigm for mitigating hazards and improving patient safety. **Anesth. Analg.**; v. 108, p. 202-210, 2009.

ROMÃO, G. S. *et al.* Matriz de competências em ginecologia e obstetrícia: um novo referencial para os programas de residência médica no Brasil. **Femina.**, v. 45, n. 3, p. 172-177, 2017.

ROMÃO, G. S.; ABRÃO, K. C.; SÁ, M. F. S. O ensino por meio da simulação na residência médica. **Femina.**, v. 47, n. 8, p. 473-478, 2019.

ROSEN, M. A. *et al.* In Situ Simulation Continuing Education for the Health Care Professions: A Systematic Review. **J. Contin. Educat. Health Profes.**, v. 32, n. 4, p. 43-254, 2012.

ROWE, T. Medical education 2.0. **J. Obstet. Gynaecol.**, Canada; v. 34, p. 1019-1022, 2012.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Objectives of Training in the Specialty of Obstetrics and Gynecology. Ottawa: **Royal College of Physicians and Surgeons of Canada**; 2016. Available at: <http://www.royalcollege.ca/cs/groups/public/documents/document/ltaw/mti0/wedisp/rcp-00124201.html>.

RYAN-NICHOLLS, K. Preceptor recruitment and retention. **Can. Nurse**, v. 100, n. 6, p. 19-22, 2004.

- SALAS, E. *et al.* Does team training work? Principles for health care. **Acad. Emerg. Med.**, v.15, p. 1002-1009, 2008.
- SANDERS, A.; WILSON, D. Simulation training in obstetrics and gynaecology residency programs in Canada. **J. Obstet. Gynaecol. Can.**, v. 37, n. 11, p. 1025-1032, 2015.
- SARTORI, D.J. *et al.* Preparing trainees for telemedicine: a virtual OSCE pilot. **Med. Educat.**, v. 53, n. 5, p. 517-518. 2019.
- SATIN, A. J. Simulation in obstetrics. **Obstet Gynecol.**, v. 132, n. 1, p. 199-209, 2018. Disponível em; doi: 10.1097/ AOG.0000000000002682.
- SCALESE, R. J.; ISSENBERG, S. B. Simulation-based assessment. *In*: HOLMBOE, E. S.; HAWKINS, R. E. [eds.]. **Practical Guide to the Evaluation of Clinical Competence**. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier, 2008. p.179-200
- SHETTY, S. *et al.* Perceptions training experiences, and preferences of surgical residents toward laparoscopic simulation training: a resident survey. **J. Surg. Educ.**; v. 71, n. 5, p. 727-733. 2014.
- SIAULYS, M. M. *et al.* Obstetric emergency simulation training course: experience of a private-public partnership in Brazil. **Reproduc. Health.**, v. 16, p. 24, 2019.
- SLOAN, G. Clinical supervision: beginning the supervisory relationship. **BJN**; v. 14, n. 17, p. 918-923, 2005.
- SMITH, P. P.; CHOUDHURY, S.; CLARK, T. J. The effectiveness of gynaecological teaching associates in teaching pelvic examination: a systematic review and meta-analysis. **Med. Educat.**, v. 49, p. 1197-1206. 2015.
- SOUZA, R. Atributos Fundamentais dos procedimentos de avaliação. *In*: TIBERIO, IOLANDA F. L. C. *et al.* **Avaliação prática de habilidades em Medicina**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 2-11.
- STRANDBYGAARD, J. *et al.* Instructor feedback versus no instructor feedback on performance in a laparoscopic virtual reality simulator: a randomized trial. **Ann. Surg.**, v. 257, p. 839-844, 2013.
- TEN CATE, O. Nuts and bolts of entrustable professional activities. **J. Grad. Med. Educ.**, v. 5, p.157-158, 2013.

- TEN CATE, O.; SCHEELE, F. Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? **Acad. Med.**; v. 82, p. 542-547, 2007.
- THOMAS, G. W. *et al.* A review of the role of simulation in developing and assessing orthopaedic surgical skills. **Iowa Orthop. J.**, v. 34, p. 181-189, 2014.
- TRONCON, L.E.A. Métodos estruturados de avaliação prática de competências clínicas. *In*: TIBÉRIO, I.F.L.C.; *et al.* (Orgs.) **Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 55-73
- TSUDA, S.; MOHSIN, A.; JONES, D. Financing a Simulation Center. **Surg. Clin. North. Am.**; v. 95, n. 4, p. 791-800, Aug. 2015. Disponível em: doi: 10.1016/j.suc.2015.03.002. Epub 2015 May 7.
- VISSER, H; WATSON, M.O.; SALVADO, O.; PASSENGER, J.D. Progress in virtual reality simulators for surgical training and certification. **MJA**, v. 194, p.S38-S40. 2011.
- WAYNE, D. *et al.* Simulation-based education improves quality of care during cardiac arrest team responses at an academic teaching hospital: a case-control study. **Chest.**, v. 133, p. 56-61, 2008.
- WILSON, E. *et al.* Simulation training in obstetrics and gynaecology: What's happening on the frontline? **Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 56, p. 496-502, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA RESIDÊNCIA MÉDICA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA: UMA ANÁLISE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Pesquisadora: Simone Pereira Vidotti

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA RESIDÊNCIA MÉDICA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA: UMA ANÁLISE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - do Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde - Centro de Desenvolvimento do Ensino em Saúde (CEDESS) / Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). As informações contidas nessa folha, foram fornecidas pela pesquisadora Simone Pereira Vidotti e têm por objetivo firmar acordo escrito com o(a) voluntário(o)a para participação na pesquisa acima referida. Se decidir participar, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa.

O Sr.(a) foi selecionado por atuar como coordenador ou supervisor de programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia no Município de São Paulo. A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador.

O objetivo desse estudo é caracterizar o uso da Simulação Realística em programas de Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia no município de São Paulo.

Ao participar deste estudo você autorizará que a pesquisadora realize uma entrevista semi-estruturada e utilize os resultados obtidos para análise e futura publicação desse projeto de pesquisa. A entrevista será gravada e transcrita posteriormente. Terá duração máxima de 40 minutos e será realizada individualmente no local e hora determinada pelo entrevistado.

Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum benefício direto. Poderá contribuir no aprimoramento de currículos da Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia. Os indivíduos serão caracterizados por número garantindo seu anonimato. Sua identidade e seus dados são sigilosos e permanecerão confidenciais, mesmo após o término da pesquisa. Apenas o pesquisador e o orientador terão acesso a elas. Ao participar da entrevista poderá sentir-se constrangido ou desconfortável com as perguntas entretanto poderá se negar a responder ou retirar-se da pesquisa em qualquer momento.

Você não terá nenhuma despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago para sua participação.

Sua participação é voluntária, e você é livre para recusar e para deixar de participar da pesquisa a qualquer instante, sem que isso represente prejuízos. Poderá também solicitar informações e / ou esclarecimentos a qualquer momento da pesquisa através do e-mail da pesquisadora: simonevidotti@yahoo.com, telefone (11) 99984-1352 e endereço Rua Tabor, 647 ap 142 bl G, Ipiranga São Paulo ou você tiver dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp - Rua Prof. Francisco de Castro, n 55, 04020-050., tel: (011)5571-1062; (011)5539-7162. E-mail:cep@unifesp.edu.br.; horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 09:00 as 13:00hs.).

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Reforçamos que se ainda tiver dúvidas a respeito do estudo não deverá assinar o documento.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentado,

eu
de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi via deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

São Paulo, de de.....

APÊNDICE B

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA RESIDÊNCIA MÉDICA DE GINECOLOGIA E
OBSTETRÍCIA: UMA ANÁLISE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

CÓDIGO DO (A) ENTREVISTADO (A) _____

Idade:	<input type="checkbox"/> ≤ 40 anos () <input type="checkbox"/> 40 - 50 anos () <input type="checkbox"/> 50 - 60 anos () <input type="checkbox"/> ≥ 60 anos ()
Gênero:	<input type="checkbox"/> Feminino () <input type="checkbox"/> Masculino ()
Tempo de término da Especialização:	<input type="checkbox"/> ≤ 5anos () <input type="checkbox"/> 5 - 10 anos () <input type="checkbox"/> 10 - 20 anos () <input type="checkbox"/> ≥ 20 anos ()
Títuloção:	<input type="checkbox"/> Especialista () <input type="checkbox"/> Mestre () <input type="checkbox"/> Doutor ()
Cargo do responsável pelas informações:	<input type="checkbox"/> Coordenador () <input type="checkbox"/> Supervisor ()
Natureza da Instituição:	<input type="checkbox"/> Pública () <input type="checkbox"/> Privada () <input type="checkbox"/> Filantrópica ()
Tempo de atuação no cargo coordenador ou supervisor RM GO:	<input type="checkbox"/> ≤1ano () <input type="checkbox"/> 1 a 5 anos () <input type="checkbox"/> 5 a 10 anos () <input type="checkbox"/> ≥ 10 anos ()
Número de vagas RM GO credenciadas CNRM:	
Número de vagas ocupadas:	
No hospital tem internato medicina:	<input type="checkbox"/> Não () <input type="checkbox"/> Sim ()

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1 Na sua opinião, qual o papel da Simulação Realística na formação do residente em Obstetrícia e Ginecologia?
- 2 A Simulação Realística é usada no programa de Residência Médica da Instituição que você atua?
Sim () Não () Porquê? _____ pular para a questão 17
- 3 Qual o tipo de centro de simulação os residentes tem acesso?
Próprio () Parceiro () _____ Não disponível ()
- 4 Como você descreve a qualidade dos equipamentos de simulação?
Básico () Intermediário () Avançado () Não temos equipamentos ()
- 5 Como foi realizado a aquisição dos equipamentos de Simulação pela Instituição?
- 6 A simulação está inserida no currículo?
Não () Só na obstetrícia () Só na ginecologia () ambos ()
- 7 Por favor, cite o(s) treinamento(s) de habilidade(s) utilizados na Obstetrícia.
- 8 Por favor, cite o(s) treinamento(s) de habilidade(s) utilizados na Ginecologia.
- 9 Por favor, cite o(s) cenário(s) realizados na Obstetrícia.
- 10 Por favor, cite o(s) cenário(s) realizados na Ginecologia.
- 11 Poderia descrever como a simulação tem sido incluída no cronograma de atividades do residente?
- 12 Como foi o início do processo do uso da Simulação?
- 13 Desde que a simulação foi integrada ao programa de residência, você percebeu melhoria nas habilidades dos residentes?
- 14 Como a simulação é vista pelos residentes?
- 15 Como a simulação é vista pelos preceptores?
- 16 Como foi realizado o treinamento dos instrutores para iniciarem a Simulação?
- 17 Quais as barreiras para integrar a simulação realística como estratégia de ensino no programa de residência médica que você coordena?
- 18 Como você imagina o futuro do treinamento com simulação no seu programa de residência médica?
- 19 Como seria o uso ideal da Simulação no programa de residência médica que você coordena?
- 20 O que falta para chegar no uso ideal?

ANEXO

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA RESIDÊNCIA MÉDICA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA: Uma análise no Município de São Paulo

Pesquisador: SIMONE PEREIRA VIDOTTI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04953118.0.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.115.204

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n:1525/2018

Trata-se de projeto de mestrado de SIMONE PEREIRA VIDOTTI. Orientador: Prof. Dr Nildo Alves Batista; Projeto vinculado ao CEDESS, Campus São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, UNIFESP.

APRESENTAÇÃO: Vivencia-se uma mudança no processo ensino aprendizagem na educação médica. No passado pautado no uso de metodologias tradicionais, e nos últimos anos modelo mais contemporâneo baseado em competência (Conhecimento, Atitude, Habilidade). Nesse sentido, valoriza-se a adoção de métodos que estimulem a participação efetiva do aluno, as metodologias ativas, em todas as etapas do processo, entre eles está o método da simulação. Objetivo geral: Investigar o uso da Simulação Realística em programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia. Objetivos específicos: Apreender o papel atribuído pelos coordenadores a Simulação Realística na formação do residente em Ginecologia e Obstetrícia no município de São Paulo; Analisar a utilização da Simulação Realística como estratégia de ensino na formação do GO na Residência Médica; Levantar as sugestões para o aprimoramento do uso da Simulação Realística na Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia. Metodologia: Estudo de corte transversal, exploratório, descritivo e abordagem qualitativa. Será realizada entrevista semi-estruturada com os coordenadores/supervisores dos programas de residência médica em Obstetrícia e Ginecologia do Município de São Paulo. Para análise das entrevistas será realizado análise de conteúdo na

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.115.204

modalidade temática.

-HIPÓTESE: A Simulação Realística é compreendida pelos coordenadores de programa de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia como uma ferramenta eficaz no aprendizado dos residentes, entretanto vem sendo pouco utilizada.

Objetivo da Pesquisa:

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Investigar o uso da Simulação Realística em programas de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia.

-OBJETIVO SECUNDÁRIO: 1) Apreender o papel atribuído pelos coordenadores a Simulação Realística na formação do residente em Ginecologia e Obstetrícia no município de São Paulo. 2) Analisar a utilização da Simulação Realística como estratégia de ensino na formação do GO na Residência

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: A pesquisa não envolve riscos.

-BENEFÍCIOS: Explorar como está ocorrendo o uso da Simulação Realística no programa de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia permite entender as facilidades e dificuldades do processo e assim formular propostas que favoreçam o seu uso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: Estudo de corte transversal, exploratório, descritivo e abordagem qualitativa.

LOCAL: O estudo será realizado no Município de São Paulo, capital do Estado de São Paulo, região Sudeste do Brasil. No município temos 18 programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica.

PARTICIPANTES: participarão 18 Coordenadores/ Supervisores dos programas de residência médica em Obstetrícia e Ginecologia do Município de São Paulo.

PROCEDIMENTOS:

1- Será realizada entrevista semi-estruturada com os coordenadores/supervisores. O primeiro contato, com os participantes da pesquisa, será por meio eletrônico, via e-mail, no qual será apresentado e explicado os objetivos da pesquisa, bem como a importância da participação e o

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.115.204

motivo do envio da carta convite e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em que garante o anonimato dos participantes e da instituição a qual pertence. Em seguida ao contato e concordância do participante, será agendado local e horário, previamente, definido por ele para realização de entrevista que será gravada e transcrita posteriormente.

2-Instrumento de coleta dos dados: A primeira parte será composta por um formulário com perguntas fechadas para a caracterização dos participantes de pesquisa (coordenadores de programa e instituições). (Apêndice A). A segunda parte será constituída por uma entrevista, a fim de conhecer o estado atual da utilização da Simulação Realística nos programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia. (Apêndice B).

(mais informações, ver projeto detalhado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente.
- 2- TCLE a ser aplicado aos participantes.
- 3- O formulário de caracterização dos entrevistados e o roteiro de entrevista estão anexado no final do projeto detalhado;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1-Em relação ao TCLE:

- a)- ao disponibilizar os dados dos pesquisadores, fornecer também endereço;
- b)- devem ser inseridos os dados (telefone e endereço) do CEP/UNIFESP, com a indicação de que o mesmo pode ser procurado caso haja dúvida quanto à ética do estudo; (exemplo: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp – Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55, - 04020-050., tel: (011)-5571-1062; (011)-5539-7162. E-mail: cep@unifesp.edu.br.; horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 09:00 às 13:00hs.).
- c)- devem ser inseridos os dados (telefone e endereço) do CEP/UNIFESP, com a indicação de que o mesmo pode ser procurado caso haja dúvida quanto à ética do estudo; (exemplo: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 09:00 às 13:00hs.). Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp – Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55, - 04020-050., tel: (011)-5571-1062; (011)-5539-7162. E-mail: cep@unifesp.edu.br.; horário de atendimento

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55	CEP: 04.020-050
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162
	E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.115.204

2- Adequar, no formulário de submissão da Plataforma Brasil, o campo "Riscos": Favor informar quais são os riscos, por mínimos que sejam. Conforme orientação da CONEP, lembramos que deve ser sempre informado quais são os riscos, por mínimo que sejam. No que diz respeito a esta pesquisa, por exemplo, a entrevista pode causar algum desconforto ou constrangimento ao participante.

ATENÇÃO, SR. PESQUISADOR: por favor, em um documento individualizado (carta resposta em formato doc. WORD, que permita "copiar e colar"), copie todas as pendências acima, e abaixo de cada uma delas escreva a sua resposta. Depois faça as correções necessárias em todos os locais em que a informação a ser corrigida esteja citada (no formulário de submissão, no projeto e/ou no TCLE/TALE) e anexe todos estes documentos, corrigidos, novamente na plataforma brasil, além de anexar a carta resposta, e se for o caso, outro novo documento qualquer que tenha sido solicitado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP/UNIFESP/HSP de acordo com as atribuições definidas na resolução CNS 466/12, manifesta-se por aguardar o atendimento às questões acima para a emissão de seu parecer final. De acordo com a resolução 466/12, as pendências devem ser respondidas exclusivamente pelo pesquisador responsável, no prazo de 30 dias, a partir da data de envio do parecer do CEP. Após esse prazo o protocolo será arquivado. Solicita-se ainda que as respostas sejam enviadas de forma ordenada, conforme os itens de considerações deste parecer, destacando a localização das possíveis alterações realizadas nos documentos do protocolo, inclusive no TCLE, se houver. Fazer as modificações necessárias também no projeto e na Plataforma Brasil. Apresentar as respostas num documento Word ou editor de texto semelhante que permita a função copiar e colar.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1261914.pdf	20/12/2018 13:06:05		Aceito

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.115.204

Outros	CEP_Unifesp.pdf	20/12/2018 13:05:35	SIMONE PEREIRA VIDOTTI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	20/12/2018 13:03:39	SIMONE PEREIRA VIDOTTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Untitled_20181214_090245.PDF	14/12/2018 10:20:29	SIMONE PEREIRA VIDOTTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Untitled_20181214_090154.PDF	14/12/2018 10:20:07	SIMONE PEREIRA VIDOTTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.doc	12/12/2018 21:05:03	SIMONE PEREIRA VIDOTTI	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 17 de Janeiro de 2019

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br