



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM CENÁRIO DE SIMULAÇÃO REALISTICA
SOBRE IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DA VIOLÊNCIA OBSTETRICA**

SÃO CRISTÓVÃO

2025

KELLY DE FARIA PITANGA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM CENÁRIO DE SIMULAÇÃO REALISTICA
SOBRE IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DA VIOLÊNCIA OBSTETRICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, como requisito obrigatório para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Modelos Teóricos e as Tecnologias na Enfermagem para o Cuidado do Indivíduo e Grupos Sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues.

SÃO CRISTÓVÃO

2025

KELLY DE FARIA PITANGA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM CENÁRIO DE SIMULAÇÃO REALISTICA
SOBRE IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DA VIOLÊNCIA OBSTETRICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Sergipe, como requisito obrigatório para
obtenção de título de Mestre em
Enfermagem.

Aprovada: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dr^a. Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues
Orientadora

Profa. Dr^a. Isaura Danielli Borges de Sousa
Membro da banca

Profa. Dr^a. Eliana Ofelia Llapa-Rodríguez
Membro da banca

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

P681c	Pitanga, Kelly de Faria Construção e validação de um cenário de simulação realística sobre identificação e manejo da violência obstétrica / Kelly de Faria Pitanga ; orientadora Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues. – São Cristóvão, SE, 2025. 129 f. : il. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Sergipe, 2025. 1. Enfermagem - Educação. 2. Obstetrícia. 3. Parto humanizado. 4. Métodos de simulação. 5. Violência contra as mulheres. I. Rodrigues, Iellen Dantas Campos Verdes, orient. II. Título. CDU 618.3-083
-------	---

PITANGA, K.F. **Construção e validação de um cenário de simulação realística sobre identificação e manejo da violência obstétrica.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2025.

RESUMO

Introdução: O termo violência obstétrica, atualmente é usado para tipificar e agrupar formas variadas de violência, agressões e omissões praticadas na gestação, no parto, no puerpério, inclusive nas situações de abortamento. Considerando a violência obstétrica um problema de saúde pública relevante, verifica-se a necessidade da abordagem desse assunto ainda durante a graduação dos profissionais de saúde, não só de forma teórica e ocasional, mas colocando-os em situações práticas. A simulação realística emerge nesse cenário como uma ferramenta poderosa para a formação de acadêmicos de saúde mais conscientes e preparados para identificar e combater essa problemática. **Objetivo:** Construir e validar em conteúdo um cenário de simulação realística sobre violência obstétrica para acadêmicos de enfermagem. **Material e Método:** Estudo metodológico, realizado entre abril 2023 e dezembro de 2024 em duas fases: construção de um cenário de simulação clínica sobre o ensino da identificação e manejo da violência obstétrica para alunos de graduação em enfermagem, guiado pelo modelo *National League Nursing Jeffries Simulation Theory*, e validação de conteúdo desse cenário. A análise estatística realizada neste estudo foi baseada em uma variedade de métodos estatísticos, incluindo medidas descritivas e testes de hipóteses, para descrever as características das variáveis e fornecer informações resumidas sobre os dados coletados. Para a análise dos dados, foram calculados o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), para verificar a significância do CVC, utilizou-se um teste t unilateral comparando o valor observado do CVC com o valor de referência de 0,8. Adicionalmente, utilizou-se o teste exato binomial para avaliar a hipótese de não inferioridade, com um valor de corte pré-definido de 0,8. Todas as análises foram realizadas utilizando a versão 4.4.2 do *software R*. Adotou-se um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) para a rejeição das hipóteses nulas. **Resultados:** Construiu-se um cenário clínico simulado sobre identificação e manejo da violência obstétrica, esse, foi submetido a um processo de validação. Inicialmente, nove juízes avaliaram elementos como a preparação dos participantes, a condução do *debriefing*, vinheta, *script* e ações dos atores. Com base nas sugestões dos juízes, o cenário foi aprimorado e reavaliado em uma segunda rodada, na qual um juiz não participou. Os resultados da segunda rodada demonstraram um alto grau de consenso entre os juízes em relação a todos os itens avaliados, com os índices de validade de conteúdo e de consenso atingindo os valores estabelecidos, o que confirma a qualidade e a pertinência do cenário para o ensino em simulação. **Conclusão:** Os resultados deste estudo comprovam que o cenário construído é viável para o ensino do tema nos cursos de enfermagem. Espera-se que o produto da pesquisa seja útil para reforçar a importância da simulação clínica como estratégia de ensino na formação de profissionais de saúde mais preparados para identificar e intervir em casos de violência obstétrica.

Palavras-chave: Violência contra mulher. Obstetrícia. Parto humanizado. Educação em enfermagem. Treinamento por simulação

PITANGA, K.F. **Construction and validation of a realistic simulation scenario on the identification and management of obstetric violence.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2025.

ABSTRACT

Introduction: The term obstetric violence, is currently used to typify and group together various forms of violence, aggression and omissions practiced during pregnancy, childbirth and the puerperium, including abortion. Considering that obstetric violence is a relevant public health problem, there is a need to address this issue during the training of health professionals, not just in a theoretical and occasional way, but by putting them in practical situations. Realistic simulation emerges in this scenario as a powerful tool for training health academics who are more aware and prepared to identify and combat this problem. **Objective:** Building and content-validating a realistic simulation scenario on obstetric violence for nursing students. **Materials and Method:** Methodological study, carried out between April 2023 and December 2024 in two phases: construction of a clinical simulation scenario on teaching the identification and management of obstetric violence to undergraduate nursing students, guided by the National League Nursing Jeffries Simulation Theory model, and content validation of this scenario. The statistical analysis carried out in this study was based on a variety of statistical methods, including descriptive measures and hypothesis testing, to describe the characteristics of the variables and provide summary information on the data collected. To analyze the data, the Content Validity Index (CVI) and the Content Validity Coefficient (CVC) were calculated, and to verify the significance of the CVC, a one-sided t-test was used comparing the observed value of the CVC with the reference value of 0.8. In addition, the binomial exact test was used to assess the hypothesis of non-inferiority, with a predefined cut-off value of 0.8. All the analyses were carried out using version 4.4.2 of the R software. A significance level of 5% ($\alpha=0.05$) was adopted to reject the null hypotheses. **Results:** A simulated clinical scenario on the identification and management of obstetric violence was constructed and subjected to a validation process. Initially, nine judges evaluated elements such as the preparation of the participants, the conduct of the debriefing, the vignette, the script and the actors' actions. Based on the judges' suggestions, the scenario was improved and re-evaluated in a second round, in which one judge did not take part. The results of the second round showed a high degree of consensus among the judges in relation to all the items assessed, with the content validity and consensus indices reaching the established values, which confirms the quality and relevance of the scenario for simulation teaching. **Conclusion:** The results of this study show that the scenario constructed is viable for teaching the subject in nursing courses. It is hoped that the product of this research will be useful in reinforcing the importance of clinical simulation as a teaching strategy in training health professionals who are better prepared to identify and intervene in cases of obstetric violence.

Keywords: Violence against women. Obstetrics. Humanizing delivery. Education, Nursing. Simulation training.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tipos de violência obstétrica, São Cristóvão, Sergipe, 2023	14
Figura 2 – Níveis de fidelidade simulação clínica	22
Figura 3 – Etapas de desenvolvimento para simulação clínica	23
Figura 4 – Representação esquemática da identificação, seleção e inclusão dos artigos, construído a partir da recomendação do Preferred Reporting Items For Systematic Reviews And Meta-Analyses (PRISMA). Aracaju, Se, Brasil, 2024.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 : Características Demográficas, Profissionais e Acadêmicas dos Especialistas	40
Tabela 2: Resultados das Rodadas de Validação do Cenário quanto à Clareza	43
Tabela 3: Resultados das Rodadas de Avaliação dos Aspectos Comportamentais do Cenário	45
Tabela 4: Resultados das Rodadas de Avaliação da Credibilidade do Cenário	46
Tabela 5: Resultados das Rodadas de Avaliação da Modalidade do Cenário	48
Tabela 6: Resultados das Rodadas de Avaliação da Objetividade do Cenário	50
Tabela 7: Resultados das Rodadas de Avaliação da Precisão dos Itens do Cenário	52
Tabela 8: Resultados das Rodadas de Avaliação da Relevância dos Itens do Cenário	53
Tabela 9: Resultados das Rodadas de Avaliação da Simplicidade dos Itens do Cenário	55
Tabela 10: Resultados das Rodadas de Avaliação da Tipicidade dos Itens do Cenário	57
Tabela 11: Resultados das Rodadas de Avaliação da Variedade dos Itens do Cenário	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Elegibilidade do estudo.....	30
Quadro 2 – Estratégia de busca preliminar	32
Quadro 3 – Critérios de Andrade adaptados (2016) para a seleção de juízes para validação do roteiro do cenário de simulação clínica. Aracaju-SE, 2023	36

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CPN	Centro de Parto Normal
CVC	Coeficiente de Validade de Conteúdo
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EO	Enfermagem Obstétrica
GAS	<i>Gather Analyze Summarize</i>
INACSL	<i>Internacional de Enfermagem para Simulação e Aprendizagem Clínica</i>
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MS	Ministério da Saúde
NLS/JST	<i>National League Nursing Jeffries Simulation Theory</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCC	População, Conceito e Contexto
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VO	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 Violência obstétrica x boas práticas de assistência ao parto	13
2.2 A formação do enfermeiro e a violência obstétrica	17
2.3 Simulação realística e o ensino em saúde da mulher	19
2.4 Processo de validação segundo Pasquali.....	25
3 OBJETIVOS	28
3.1 Objetivo geral	28
3.2 Objetivos específicos.....	28
4 METODOLOGIA	29
4.1 Construção do cenário.....	29
4.2 Validação	34
4.3 Amostra	35
4.3.1 Critério de exclusão.....	36
4.4 Aspectos éticos.....	36
4.5 Análise dos dados.....	37
5 RESULTADOS	38
5.1 Construção dos cenários	38
5.2 Validação do cenário	39
6 DISCUSSÃO	60
6.1 Construção do cenário	60
6.2 Validação do cenário	62
7 CONCLUSÃO.....	68
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	72
APÊNDICE B – CARTA CONVITE	77
APÊNDICE C - ROTEIRO DO CENÁRIO	78
APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO CENÁRIO.....	88
APÊNDICE E – REVISÃO DE ESCOPO NOS MOLDES DA REVISTA LATINO AMERICANA DE ENFERMAGEM	103
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO	123

1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica (VO), configura-se por diferentes definições, sendo uma expressão usada no Brasil para se referir a condutas agressivas ou técnicas invasivas, as quais podem ser executadas por qualquer profissional da saúde contra gestantes e puérperas. Classificam-se em: verbais, físicas, psicológicas, institucionais entre outras, como também o uso de procedimentos sem embasamento científico ou sem o consentimento da mulher. Nessa perspectiva, a VO é definida como insulto à mulher, à sua autonomia, ao seu corpo e aos seus processos reprodutivos, influenciando de maneira negativa na qualidade de vida, afetando, inclusive, a vida sexual (Oliveira *et al.*, 2019).

O debate sobre VO ganhou destaque na América Latina e na Espanha nos anos 2000, impulsionado por movimentos ativistas que defendem a humanização do parto. Algumas práticas adotadas durante o trabalho de parto e o parto são consideradas VO, a saber: tratamento desrespeitoso, restrição de movimento, banalização da dor, entre outros, pois violam os direitos humanos das mulheres e princípios da bioética. Algumas intervenções invasivas, trazem consequências a longo prazo, como: dispareunia, incontinência urinária, problemas de autoestima e depressão. Assim, acarretando desfechos desfavoráveis à saúde e desestimulando as mulheres na procura por cuidados subsequentes (Katz *et al.*, 2020).

Segundo a Pesquisa Nacional “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizada em 2010, desenvolvida pela Fundação Perseu Abramo, cerca de um quarto das mulheres são vítimas de alguma forma de violência durante o cuidado recebido no ciclo gravídico-puerperal. Conforme as vítimas, as maneiras de violência que mais se destacaram foram: os exames de toque de forma dolorosa (10%); negar ou deixar de oferecer algum tipo de alívio para a dor (10%); gritos (9%); falta de informação sobre os procedimentos (9%); negou-se a atender (8%) e humilhação (Branco, 2017).

Reconhecida como problema de saúde pública global e forma de violência de gênero pela Assembleia Geral das Nações Unidas, a VO, tem ganhado destaque devido à mobilização de movimentos feministas e relatos nas redes sociais. Apesar da legislação ainda ser incipiente em alguns países, como na Europa, iniciativas como a lei catalã 17/2020 demonstram avanços. Na América Latina, a Venezuela é pioneira na legislação sobre VO, além disso, esse tipo de violência é tema de artigos, matérias jornalísticas e documentários, sendo debatida em Assembleias Legislativas e Ministérios Públicos. (Braga *et al.*, 2022).

Estudos qualitativos sobre VO, revelam que mulheres frequentemente descrevem suas experiências como sentimentos de desvalorização e desrespeito por parte dos profissionais de

saúde. Uma revisão sistemática sobre a falta de respeito e maus-tratos durante o parto na América Latina constatou uma prevalência de 43% de VO durante a assistência institucional ao parto, por consequência disso, o atendimento ginecológico pode se tornar uma experiência traumática para muitas mulheres, devido à relação assimétrica estabelecida entre profissional de saúde e paciente. Assim, a VO, também pode ser caracterizada como um trauma relacional, resultante da falta de reconhecimento e da invisibilidade das mulheres nesse contexto (Castro; Rates, 2022).

Essa problemática demanda ações múltiplas, e a formação dos futuros profissionais de enfermagem pode ser uma alternativa para essa mudança. A conscientização sobre os direitos das mulheres durante o parto, o respeito à sua autonomia e a promoção de práticas obstétricas baseadas em evidências científicas são elementos-chave a serem abordados na formação desses profissionais. É fundamental que os acadêmicos compreendam a VO, suas formas e impactos, através de aulas interativas, debates e estudos de caso. Ademais, também há a necessidade do desenvolvimento de habilidades de comunicação, baseadas em respeito e empatia, essencial para construir confiança com as gestantes e família (Amorim *et al.*, 2022).

A concretização dessa proposta no ensino em saúde pode ocorrer por meio da simulação realística. Essa metodologia é voltada para recriação ou replicação de conjunto de circunstâncias que imitam situações da vida real. Em termos de ensino, está associada à construção de cenários clínicos com enredo previamente planejados e validados com o objetivo de trazer resultados de aprendizagem específicos para os participantes. Dessa forma, é interessante, a integração dessa metodologia na matriz curricular, não apenas, como componente isolado e complementar, mas sim, que seja inserida como elemento do conteúdo programático das disciplinas (Kaneko; Lopes, 2019).

Desse modo, entende-se que, a articulação entre o debate sobre a VO e o treinamento adequado de acadêmicos em enfermagem a partir da simulação realística representa um passo crucial para redução dessa prática. Diante do exposto, justifica-se a realização do presente estudo, para construção de um instrumento didático que fortaleça a relação teoria/prática. Com esse intuito, é pertinente a construção e validação de um cenário de simulação, uma vez que é preciso assegurar que ele tenha integridade, reprodutividade e esteja de acordo com os padrões recomendados para a criação do cenário de simulação clínica (Rosa *et al.*, 2020).

Neste sentido, este trabalho visa contribuir para a redução das lacunas de conhecimento dessa temática, apoiando a qualificação de futuros profissionais de saúde, em específico os acadêmicos em enfermagem. Sendo assim, este estudo tem como questionamento: “Qual o conteúdo necessário para que um cenário de simulação realística na temática de violência

obstétrica seja considerado válido?” e “O cenário de simulação realística, fundamentado no modelo de Jeffris, é válido segundo o referencial de Pasquali quando se trata da temática violência obstétrica?”

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Violência obstétrica x boas práticas de assistência ao parto

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência, como o uso intencional da força física ou do poder, seja real ou em forma de ameaça, contra si mesmo, outrem, um grupo ou comunidade, e que pode resultar em lesões, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação. É classificada em diversas categorias, que podem se sobrepor e se complementar. A violência direcionada à mulher é definida como todo ato resultante das relações de gênero que cause morte, dano físico, sexual, psicológico, patrimonial e moral (Alcantara *et al.*, 2024).

Assim como outros grupos sociais, as mulheres, sofrem em virtude das situações de violência. A VO, foco central deste estudo, se manifesta através de violência física, verbal, sexual, negligência, maus-tratos, desrespeito, condutas não baseadas em evidências científicas e inadequações nos serviços de saúde. Apresenta três características específicas que a distinguem de outras formas de violência: ocorre exclusivamente nos serviços de saúde, abrangendo desde consultórios até maternidades; os perpetradores são, em sua maioria, profissionais de saúde; e possui uma natureza dual, combinando violência física e verbal, com aspectos institucionais, como maternidades sobrecarregadas, com estrutura e recursos humanos inadequados (Carvalho; Brito, 2017).

Alguns fatores de risco e proteção são observados na VO, a saber: ser adolescentes ou acima de 35 anos, mulheres não brancas, imigrantes e de baixa classe socioeconômica são mais vulneráveis a vivenciar VO, quando comparadas com mulheres entre 20-34 anos, brancas e alto poder aquisitivo. Observa-se, também, que mulheres primíparas, que entraram em trabalho de parto e que tiveram parto vaginal têm maior probabilidade de serem vítimas de VO do que mulheres multíparas, que não entraram em trabalho de parto e passaram por uma cesariana. As evidências disponíveis indicam que prolongar o tempo de contato com a equipe de saúde também aumenta o risco. Esses dados evidenciam a desigualdade social, racial, econômica e estrutural existente em nosso país (Leite *et al.*, 2024).

No Brasil, a crescente visibilidade da VO é impulsionada por dois fatores principais: a politização do tema e a cobertura midiática. No âmbito político, o período de 2018 a 2022 foi marcado por desafios significativos aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Um marco nesse contexto foi a divulgação de uma nota técnica pelo Conselho Federal de Medicina, posteriormente endossada pelo Ministério da Saúde, que desestimulava o uso do termo

"violência obstétrica". A justificativa apresentada argumentava que o termo era empregado de maneira inadequada, com um tom de agressividade excessiva, e que poderia ser considerado ofensivo por certas categorias profissionais (Vieira, 2020).

Em contrapartida à tentativa de deslegitimação política do termo, a crescente cobertura midiática de casos de VO tem desempenhado um papel importante na denúncia e exposição dessa problemática no Brasil. Diversos relatos de mulheres vítimas de VO foram amplamente divulgados, evidenciando que essa problemática é uma realidade no Brasil. Entre os casos de grande repercussão, destaca-se a divulgação de áudios de uma influenciadora digital sofrendo abusos verbais durante o parto, bem como o caso de uma mulher estuprada por um anestesista durante uma cesariana (Leite *et al.*, 2024)

A ampla divulgação desses casos pela mídia, embora tenha exposto a dimensão alarmante da VO no Brasil, também contribuiu para o aumento da conscientização sobre o tema, incentivando o debate público e a busca por medidas de prevenção e combate a essa problemática. São muitos os tipos de VO existentes, porém, nesse estudo serão consideradas as seguintes práticas (Souto, 2020).

Figura 1 – Tipos de violência obstétrica, São Cristóvão, Sergipe, 2023

Violência Verbal	Violência Psicológica	Violência Física	Violência institucional
• Tratamento desrespeitoso, autoritário ou hostil; • Juízos de valor; • Falas grosseiras e coercitivas; • Repreensão; • Gritos; • Xingamentos, comentários irônicos e negativos;	• Ameaças; • Atribuição de incapacidade de parir; • Impor decisões; • Fornecer informações duvidosas ou não informação; • Banalização da dor, sofrimento ou necessidades da mulher.	• Toques vaginais seguidos; • Manobra de Kristeller; • Restringir movimentos; • Obrigar posição supina; • Procedimentos sem a analgesia adequada; • Tapas e beliscões; • Episiotomia, ocitocina e uso do fórceps sem indicação e de rotina	• Peregrinação; • Impor rotinas institucionais, como, proibir acompanhante, jejum prolongado durante o trabalho de parto.

Fonte: Souto (2020).

O Brasil não dispõe de uma legislação federal sobre o tema VO como outros países da América Latina, contudo, alguns estados brasileiros regimentaram e categorizaram algumas práticas como VO, com a finalidade de resguardar os direitos das parturientes. São eles: os estados de Santa Catarina com a Lei 13.097/2017 e Tocantins com a Lei 3.385/2018. Ambos

possuem as mesmas características “Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção a gestantes e parturientes contra a VO (Ribeiro; Salvador, 2022).

Embora a ausência de lei federal, que respalde as mulheres, o Código Civil de 2002 responsabiliza civilmente as violações contra os direitos fundamentais do indivíduo. No entanto, a existência de um regulamento federal que criminalizasse condutas assistenciais violentas, direcionado aos sistemas de saúde, e ao mesmo tempo, penalizasse seus autores e coparticipes, seria mais um instrumento de proteção à vida e inibiria aqueles que atentassem contra a autonomia das mulheres (Silva, 2022).

A fim de melhorar esse contexto, a Rede Cegonha foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2011. Essa política visava fomentar a implementação de um novo modelo no que diz respeito ao parto e nascimento, adotando cuidados à saúde baseados em evidências científicas nos termos do documento da OMS, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”. Progressos em indicadores obstétricos, neonatais e na prática da enfermagem foram comprovados em avaliações da Rede Cegonha realizados em 2014 e em 2017, tendo como saldo 14 desfechos positivos em termos de humanização e diminuição da VO (Bittencourt, 2021).

Outro ponto importante sobre essa rede, foi a criação do Projeto Aprimoramento e Inovação no cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice ON). Esse projeto abrangeu a qualificação de profissionais em atenção ao parto, nascimento, planejamento reprodutivo, entre outros. Como resultados alcançados, houveram aumentos no número de hospitais habilitados como Amigo da Criança, adoção do Método Canguru, mais partos assistidos por enfermeiros obstetras, com consequente diminuição de cirurgias cesáreas, acréscimo no número de acompanhantes durante o parto, além do aumento de introdução de alojamentos conjuntos nas maternidades (Mendes; Myrna; Rattner, 2020).

A Rede Cegonha, foi descontinuada em 2022, sendo substituída pela Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). No entanto, a RAMI não obteve a adesão da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e sua portaria não contemplava a atuação de pediatras, além de excluir o enfermeiro obstetra, gerando críticas e preocupações quanto à qualidade da assistência (CONASS; CONASEMS, 2022). Revogada em janeiro de 2023, a RAMI deu espaço para uma atualização da rede cegonha: a rede Alyne.

O nome Rede Alyne homenageia Alyne Pimentel, uma mulher natural do Rio de Janeiro – BR, de cor preta e origem humilde, que morreu grávida de seis meses por desassistência no município de Belford Roxo – RJ em 2002. Por consequência, o Brasil tornou-se o primeiro caso no mundo de uma condenação em corte internacional por morte materna evitável. Essa rede

objetiva reduzir a mortalidade materna no Brasil em 25%, aumentando o cuidado humanizado e integral para gestantes, parturientes, puérperas e crianças, além de buscar diminuir a mortalidade materna de mulheres negras em 50% até 2027 (Catoia; Severi; Firmino, 2020).

Conta-se também com estratégias da Organização Mundial de Saúde (OMS), que instituiu um documento onde categorizou condutas recorrentes na condução do parto vaginal, aconselhando e desaconselhando algumas práticas, de modo a reduzir o impacto das intervenções obstétricas. Sendo dividida em quatro categorias: I) práticas úteis e que devem ser estimuladas; (II) práticas prejudiciais ou que não apresentam nenhuma eficácia na sua aplicação; (III) práticas sem evidências que possam comprová-las e que devem ser colocadas em prática com mais cautela até que se tenham comprovações da sua eficácia e (IV) práticas realizadas inadequadamente pelos profissionais (Leal *et al.*, 2021).

Dessa maneira, têm-se que a assistência ao parto, deve ser segura e condizente às evidências científicas, a fim de minimizar eventos adversos e trazer boas lembranças do momento vivido. Os manejos não farmacológicos para alívio da dor são estratégias que podem ressignificar a experiência do parto. Entre algumas práticas que devem ser estimuladas está o banho morno, massagem relaxante e técnicas de respiração. É preciso dar liberdade de posição e movimento, além de, oferecer todas as informações que a mulher desejar (Carvalho; Silva, 2020).

A VO, uma agressão silenciosa na gestação e parto, fere a mulher onde deveria haver cuidado, ela atinge mais fortemente mulheres marginalizadas, expondo desigualdade e apesar de debates, a luta contra essa problemática ainda resiste. Algumas iniciativas a exemplo da Rede Cegonha buscaram um cuidado mais acolhedor mais ainda existem desafios. Nesse âmbito, o enfermeiro obstétrico surge como um farol de respeito e empatia, sua atuação busca um parto respeitoso, e não de dor (Rocha; Ferreira, 2020).

Logo, é fundamental que a temática do protagonismo feminino seja amplamente debatida e difundida, tanto entre os profissionais, acadêmicos de saúde, quanto na sociedade em geral. É preciso investir na formação de profissionais mais humanos e sensíveis às necessidades das mulheres, capazes de estabelecer um diálogo horizontal e respeitoso com a parturiente.

2.2 A formação do enfermeiro e a violência obstétrica

Nas últimas décadas a formação do enfermeiro tem se configurado como um processo complexo e desafiador. Cada vez mais o mercado exige profissionais que possuam raciocínio crítico, lógico e questionador. Nesse sentido, para que as necessidades sociais sejam atendidas, os profissionais devem ter condutas baseadas em evidências, com tomada de decisões assertivas, responsável e comprometida (Ghezzi *et al.*, 2021).

Embora existam condutas bem estabelecidas e comprovadas cientificamente para evitar a VO, esta continua sendo uma problemática. A presença do enfermeiro nesse contexto é de grande relevância, visto que, esse profissional acompanha a mulher desde as consultas de planejamento reprodutivo, até depois do puerpério. Entende-se que, com isso, o enfermeiro esteja qualificado a atender esse público de maneira a fornecer informações sobre riscos e benefícios das vias de parto com o objetivo de promover melhor entendimento da mulher, tornando-as empoderadas e capazes de tomar decisões assertivas (Alexandria *et al.*, 2019).

Destaca-se que as atitudes e competências que devem ser trabalhadas na graduação desse profissional leve-o a assegurar os direitos da parturiente, além de encorajá-los a construir uma relação de vínculo e confiança com a paciente, assim, conquistando subsídios para apoiá-las em sua decisão e garantindo que, independente, do tipo de parto, essa mulher receba um tratamento humanizado (Ismael *et al.*, 2020).

Assim, aliado as conjunturas atuais, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dispuseram que os cursos de graduação reavaliassem seus projetos pedagógicos e currículos, com a finalidade de formar profissionais capazes de pensar criticamente, embasados em princípios da ética/bioética, em substituição do ensino hegemônico de ensino, conteudista e tecnicista. Ainda, estabelece que, a formação do enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, e que assegure a integralidade da atenção, a qualidade e humanização do atendimento (Petry *et al.* 2021).

As metodologias ativas, permitem que o aluno entre em contato com diferentes realidades e situações de cuidado, despertando a curiosidade e o interesse por áreas específicas da enfermagem, como a enfermagem obstétrica (EO). Ao vivenciar situações relacionadas ao ciclo gravídico puerperal, o aluno pode se identificar com a área. Apesar da formação do enfermeiro generalista desenvolver competências técnico-científicas, como a capacidade de prestar cuidados básicos de enfermagem relacionados a saúde da mulher, a especialização em EO oferece um aprofundamento de conhecimentos e habilidades específicas como o

acompanhamento do trabalho de parto, a realização de partos de baixo risco e a assistência ao recém-nascido (Dornfeld *et al.*, 2022).

Atitudes de empatia e respeito, princípios fundamentais da enfermagem, também são cultivadas na formação generalista, garantindo um cuidado humanizado e centrado nas necessidades da mulher. A EO, por sua vez, reforça a importância desses valores e oferece ferramentas para que o enfermeiro possa aplicá-los de forma eficaz na assistência obstétrica, promovendo o parto humanizado e combatendo a VO. Dessa forma, o despertar do interesse pela EO na graduação, aliado à formação generalista e à posterior especialização, capacita o enfermeiro para oferecer um cuidado completo e de qualidade à mulher, abrangendo desde os aspectos técnicos e científicos até os aspectos emocionais e sociais (Ismael *et al.*, 2020).

A EO é uma das áreas de atuação da enfermagem com registro conferido pelo Conselho de Enfermagem após capacitação específica, a qual pode ser realizada por meio de pós-graduação *latu sensu*, onde se inclui os programas de residência multiprofissional, ou pós-graduações ofertadas por instituições de ensino reconhecidas pelo Ministério da Educação (MEC). Estudos mostram que EO desempenha um papel fundamental na redução da mortalidade materna e infantil, na promoção da saúde da mulher e do bebê, e na melhoria da qualidade de vida das famílias (Andrezza, 2016).

Nesse cenário, a EO, se destaca pela busca de um olhar especializado e humano pelo processo de parturição, na busca pelo parto mais fisiológico possível. Dessa forma, desde 1998, o procedimento “parto normal sem distocia realizado por enfermeiro obstetra” foi incorporado na tabela de Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Além disso, o MS, estimula a formação e atuação de enfermeiros obstetras, com criação de Centros de Parto Normal (CPN) para um atendimento mais humanizado e guiado por boas práticas obstétricas (Alves, 2019).

Estudo realizado por Silva *et al.* (2019), em maternidades de Belo Horizonte/MG, revelou que, nas instituições que a EO estava inserida as taxas de intervenções realizadas foram diminutas e, provavelmente, a sua presença estava relacionada a maiores índices de partos vaginais. Ainda, quando confrontado a lugares onde a EO atuava, observou-se aumento do emprego das práticas claramente úteis e redução de práticas claramente prejudiciais ou usadas de modo inapropriado. Esses dados corroboram a importância de condutas baseadas em evidências científicas, características da atuação da EO.

Ademais, a EO atua garantindo que os direitos das mulheres sejam respeitados e que ela tenha acesso a um parto seguro, respeitoso e centrado em suas necessidades. O enfermeiro obstétrico incentiva a participação da mulher nas decisões sobre seu próprio corpo e bebê, promovendo o protagonismo feminino durante o trabalho de parto e parto. Essa atuação é

fundamental para garantir que a mulher seja ouvida e que suas escolhas sejam consideradas. Possui conhecimentos e habilidades específicas para identificar e manejar situações de risco durante a gestação, o parto e o pós-parto, como: prevenção de complicações, hemorragias, infecções, eclampsia e pré-eclâmpsia (Carregal *et al.*, 2020).

A enfermagem obstétrica também desempenha um papel fundamental na educação em saúde, oferecendo informações claras e precisas sobre o ciclo gravídico-puerperal, os cuidados com o recém-nascido e a importância do aleitamento materno, esse profissional capacita a mulher e sua família a tomarem decisões informadas sobre sua saúde e a do bebê. Essa educação em saúde é essencial para que a mulher se sinta confiante e preparada para cuidar de si e do bebê. Pode inclusive atuar na identificação e denúncia de situações de VO (Costa, 2021).

Logo, entende-se que a atuação do enfermeiro na defesa do paciente é uma atitude importante, que se manifesta como obrigação ética e moral do profissional de enfermagem, podendo representar uma estratégia para enfrentamento não só da VO, mas de todas as ocasiões em que o indivíduo tem os seus direitos violados. O papel do enfermeiro é fundamental no que se refere à VO, uma vez que esse profissional pode atuar como agente transformador e disseminador de informações, possibilitando reduções desses agravos. Para isso é necessário que esse profissional seja qualificado em aplicar as boas práticas obstétricas, como também, saber identificar e gerenciar situações que derivem a VO (Silva *et al.*, 2020).

Assim, entende-se que a formação do enfermeiro, impulsionada pelas novas diretrizes curriculares, busca profissionais com raciocínio crítico e condutas baseadas em evidências, especialmente na EO, onde o foco no parto humanizado, desempenha papel importante na redução da mortalidade materna e infantil, promovendo o protagonismo feminino e combatendo a VO. A atuação do EO, pautada em empatia e respeito, garante um cuidado centrado nas necessidades da mulher, desde a educação em saúde até a defesa de seus direitos.

2.3 Simulação realística e o ensino em saúde da mulher

A simulação realística permite que o estudante aprenda o conteúdo de forma simular ao ambiente real de forma segura e controlada. É uma metodologia de alta fidelidade de capacitação, produção, desenvolvimento do conhecimento e habilidades psicomotoras. Ela proporciona aos participantes a realização de diferentes abordagens dos cenários na prática clínica, e, é possível utilizá-la diversas vezes para que os objetivos de aprendizagem sejam alcançados. Além disso, garante diversos benefícios, tais como a repetição de técnicas e

habilidades, oportunidade de correção de falhas, além de proporcionar experiências do ambiente real e discussões sobre dificuldades (Kaneko; Lopes, 2019).

A simulação, como ferramenta de ensino, possui raízes antigas que remontam a práticas de treinamento em diversas áreas. Civilizações antigas já utilizavam modelos e representações para simular situações de combate, caça ou outras atividades. No entanto, foi a partir do século XX que a simulação começou a se estruturar e a se desenvolver de forma mais sistemática, impulsionada principalmente pelos avanços tecnológicos e pelas necessidades de treinamento em áreas como a militar e a aviação (Fabri, *et al.*, 2017).

No contexto militar, a simulação sempre desempenhou um papel crucial no treinamento de soldados e na preparação para situações de combate. Durante a Segunda Guerra Mundial, o conceito de *debriefing* de grupo surgiu como uma prática fundamental para analisar e aprender com as experiências de combate. O *debriefing* consiste em uma discussão estruturada após uma simulação ou evento real, na qual os participantes compartilham suas percepções, identificam erros e acertos, e refletem sobre o que pode ser melhorado. Esse conceito, originário do meio militar, foi posteriormente adaptado e aplicado em outras áreas, incluindo a saúde (Ribeiro *et al.*, 2018).

Já indústria da aviação, exerceu uma grande influência na evolução da simulação, especialmente no que diz respeito ao realismo. Os simuladores de voo, amplamente utilizados na formação de pilotos, são exemplos de como a tecnologia pode ser utilizada para criar cenários de simulação altamente realistas. Esses simuladores permitem que os pilotos pratiquem em situações complexas e desafiadoras, como falhas de equipamentos, condições climáticas adversas e emergências, sem colocar em risco a segurança de pessoas ou aeronaves. A busca pelo realismo na simulação, impulsionada pela indústria da aviação, também influenciou a área da saúde, levando ao desenvolvimento de simuladores cada vez mais sofisticados e realistas (Ribeiro *et al.*, 2018).

A partir da década de 1960, a simulação começou a ser incorporada na área da saúde, com o objetivo de melhorar o treinamento de profissionais e a segurança do paciente. Inicialmente, a simulação em saúde era utilizada para o ensino de habilidades técnicas, como suturas e intubação. No entanto, com o avanço da tecnologia e a crescente compreensão da importância das habilidades não técnicas, como comunicação, trabalho em equipe e tomada de decisão, a simulação em saúde passou a ser utilizada para simular cenários clínicos desafiadores, nos quais os alunos podem praticar e desenvolver todas as habilidades necessárias para um atendimento de qualidade e seguro (Gomes *et al.*, 2020).

Para realização dessa prática salienta-se a existência de algumas ferramentas aplicadas que abrange desde a definição clara de objetivos de aprendizagem até a avaliação criteriosa dos resultados. Inicialmente, é crucial definir metas específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e temporais para a simulação, delineando as habilidades, conhecimentos ou comportamentos a serem desenvolvidos ou avaliados. A escolha do tipo de simulação, pode variar de *role-playing* a simuladores de alta fidelidade, essas, devem ser alinhadas aos objetivos, recursos disponíveis e público-alvo (Fabri, *et al.*, 2017).

O planejamento do cenário, com a definição do contexto, personagens e desafios, garante o realismo e a relevância da experiência. A seleção dos participantes, considerando suas experiências e habilidades, e a criação de materiais de apoio, como roteiros e *checklists*, também são etapas importantes. A facilitação da simulação por um profissional experiente e a avaliação da atividade, incluindo *feedback* dos participantes e análise de resultados, complementam o processo (Teles, 2020).

A etapa final com o *debriefing* compreende uma fase reflexiva fundamental, pois permite a análise do desempenho e o aprendizado a partir da experiência. A simulação também demanda planejamento de recursos humanos e financeiros, além de considerações éticas, como a segurança dos participantes e a confidencialidade das informações. Ao integrar esses elementos de forma estratégica, a simulação se consolida como uma ferramenta poderosa para o desenvolvimento de habilidades e aprimoramento do desempenho em diversos contextos (Santos *et al.*, 2020).

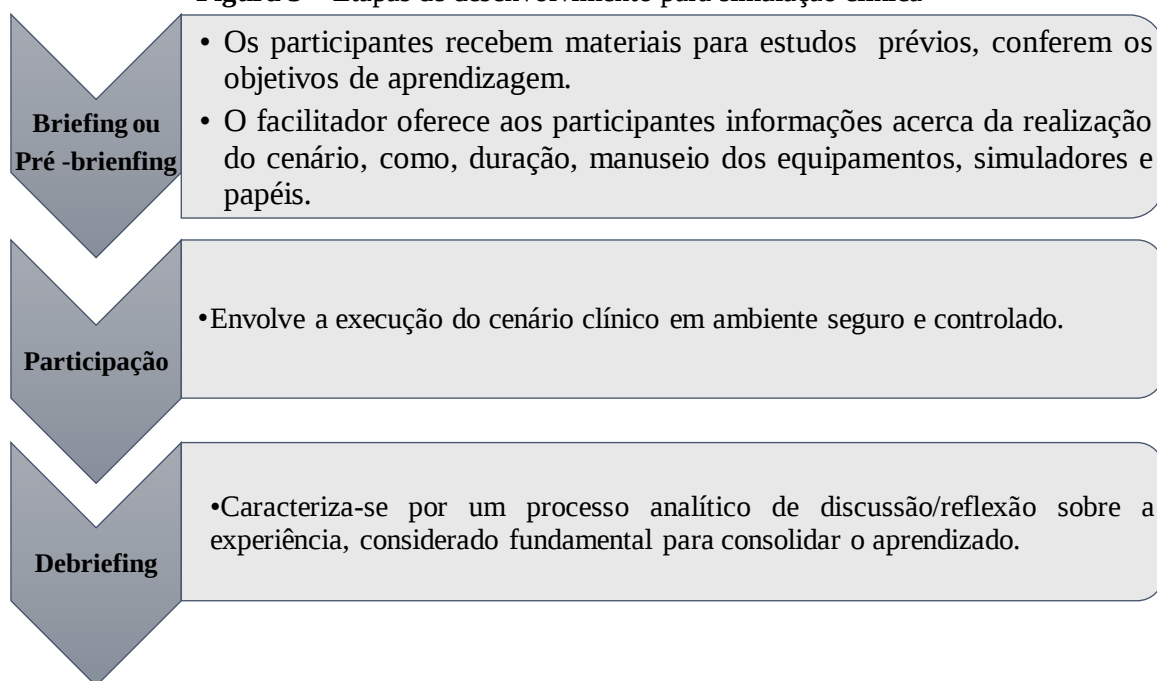
Os níveis de fidelidade podem ser divididos em:

Figura 2 – Níveis de fidelidade simulação clínica

Baixa fidelidade	Média fidelidade	Alta Fidelidade
• Proporciona a reprodução realista do procedimento. Utiliza simuladores com baixa tecnologia, estáticos, sem interação ou resposta; Oportuniza treinar o participante para uma habilidade específica sem a necessária contextualização	• Cenários pouco complexos, porém, com alguma interação. Utiliza simuladores com média tecnologia (exemplo: simulador não responsivo em termos de sinais fisiológicos). Oportuniza treinar o participante para habilidades específicas.	• Permite o desenvolvimento do raciocínio clínico e tomada de decisão. Viabiliza treinar o participante para cenários complexos permitindo o trabalho em equipe, liderança e demais situações complexas existentes na prática clínica; Utiliza simuladores de alta tecnologia

Fonte: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2010).

Com o aumento do uso dessa metodologia nas instituições de ensino e saúde, a execução de etapas e uma referência para a elaboração são essenciais para a construção dos cenários, a fim de alcançar os objetivos propostos. A figura 3 elenca as etapas para o desenvolvimento da simulação.

Figura 3 – Etapas de desenvolvimento para simulação clínica

Fonte: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2020).

Especialmente no ensino de obstetrícia, o uso de simuladores e ambientes simulados foi pensando para diversos cenários, sobretudo urgências obstétricas como distócia de ombros (Smith, 2016), hemorragia pós-parto (Ramseye; Lutgendorf, 2019), pré-eclâmpsia e eclâmpsia (Bogne; Kirkpatrick; Englert, 2014). Embora seja uma temática atual e relevante, não foi encontrado na literatura, cenário clínico simulado voltado para o contexto da VO.

Um estudo dirigido no México, mostrou que a elaboração de um programa de ensino contínuo, que envolva simulações, conseguiu modificar a prática obstétrica com bons resultados no que concerne a adoção de boas práticas (Fritz, 2017). Outro estudo realizado por Knobe *et al.* (2020) com simuladores artesanais de baixo custo para ensino e aprendizagem de obstetrícia, revelou que 81,58% dos participantes avaliaram positivamente os simuladores, tendo percebido ganhos significativos em conhecimento teórico, habilidade para resolver problemas clínicos e diminuição da ansiedade para lidar com situações semelhantes às simuladas.

Assim, a simulação realística tem se mostrado uma ferramenta pedagógica promissora na formação de acadêmicos de saúde, especialmente na área da obstetrícia. Diante da crescente escassez de campos clínicos e da necessidade de desenvolver habilidades essenciais para a prática profissional, a simulação surge como uma alternativa eficaz e indispensável ao se mostrar oportuna no desenvolvimento de habilidades transversais, as chamadas *soft skills*, como comunicação, raciocínio clínico e trabalho em equipe, que são fundamentais para o desempenho profissional na área da obstetrícia. (Vidotti; Batista, 2023).

Estudo realizado no Chile por Aaltamirano-Droguet 2019, em cursos de graduação em obstetrícia e puericultura mostra que a utilização de diferentes tipos de simulação, como pacientes simulados, jogos de papéis e simuladores completos, permite que os acadêmicos desenvolvam uma ampla gama de competências, desde habilidades técnicas, como a realização anamnese, exame físico, execução de procedimentos, interpretação de resultados de exames, até habilidades comportamentais, como a comunicação com a paciente e a equipe, o trabalho em equipe e a tomada de decisão em situações de emergência. Ainda aponta que, o *debriefing* ao final de cada cena simulada é destacada como um elemento-chave do processo de ensino-aprendizagem, permitindo que os alunos reflitam sobre suas ações e identifiquem seus pontos fortes e fracos.

Atualmente existe uma gama de referências para desenvolvimento de cenários, entre eles: modelo de competências de salas de simulação da *Society for Simulation in Healthcare*, modelo de desenho instrucional, entre outros. No entanto, o modelo *National League for Nursing Jeffries Simulation Theory* (NLN/JST) é o mais utilizado na construção de simulações realísticas, esse modelo desenvolvido por Pamela R. Jeffries, representa um marco na evolução da simulação como ferramenta pedagógica na área da saúde. Ele oferece um *framework* abrangente e estruturado que vai além da simples execução da simulação, englobando desde o planejamento e *design* até a avaliação dos resultados e o impacto no aprendizado dos participantes (Sibley; Robinson, 2024).

A teoria compreende cinco elementos principais: professores, alunos, projeto de simulação, práticas educacionais e resultados. O projeto de simulação abrange os objetivos, informações, suporte, resolução de problemas, *feedback* e fidelidade da simulação. Salienta-se que um projeto de simulação eficaz deve se alinhar com objetivos de aprendizagem específicos e abordar vários fatores críticos. Esses fatores incluem a fidelidade da simulação, a complexidade das tarefas, as dicas fornecidas durante o processo e o *debriefing*. Já as práticas educacionais incluem aprendizagem ativa, colaboração, diversidade de aprendizagem e definição de expectativas, o que permite que os alunos exerçam autonomia em sua jornada e se envolvam em várias experiências (Fu *et al.*, 2025).

Pode ser aplicada em diversos contextos da educação em enfermagem, desde a graduação até a pós-graduação e o treinamento de profissionais já atuantes. O modelo (NLN/JST) é particularmente útil para o desenvolvimento de habilidades em áreas como: cuidados ao paciente crítico, emergências, gerenciamento de conflitos, comunicação terapêutica, trabalho em equipe. Assim, ao seguir os princípios e componentes dessa teoria, os educadores podem planejar e implementar simulações educativas eficazes, que contribuem para

a formação de enfermeiros competentes e preparados para os desafios da prática clínica (Al Khasawneh *et al.*, 2021).

2.4 Processo de validação segundo Pasquali

O processo de validação de uma tecnologia, seja ela um instrumento de avaliação, um cenário de simulação ou qualquer outra ferramenta, tem como objetivo assegurar que a tecnologia seja capaz de cumprir seu propósito de forma precisa e confiável. No contexto específico das tecnologias educacionais, a validação assume um papel ainda mais relevante, pois está diretamente relacionada à eficácia do processo de ensino-aprendizagem, assim, a validação de tecnologias educacionais pode ser definida como uma estratégia sistemática que visa desenvolver uma nova intervenção/instrumento ou aprimorar um já existente, com base no conhecimento disponível e em evidências empíricas. (Santos *et al.*, 2021).

No campo da saúde, é possível notar um aumento crescente de questionários e escalas destinados à verificação e avaliação de fenômenos em pesquisas. Contudo, a garantia de que esses instrumentos possuam fidedignidade e validade é fundamental para minimizar a influência de julgamentos subjetivos nos resultados. A fidedignidade assegura que o instrumento meça o que se propõe a medir de forma consistente ao longo do tempo e em diferentes aplicações, enquanto a validade garante que o instrumento meça de fato o construto desejado (Guarda *et al.*, 2023).

O modelo de Pasquali, embora originalmente desenvolvido no campo da psicologia para a elaboração de escalas psicométricas aplicáveis à construção de testes psicológicos de aptidão, inventários de personalidade, escalas psicométricas de atitude e do diferencial semântico, tem se mostrado uma ferramenta valiosa e adaptável para a pesquisa em enfermagem. Sua importância na área da enfermagem reside na teoria da elaboração de instrumentos de medida de fenômenos subjetivos, como dor, qualidade de vida, ansiedade, satisfação do paciente, entre outros. A teoria de Pasquali pede que a validação seja composta por um conjunto de procedimentos: teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos) (Reis *et al.*, 2019).

Na etapa teórica, o foco principal é a definição clara e precisa do construto que se pretende medir. Esse construto, que pode ser um traço psicológico, uma habilidade ou um conhecimento, é a base para a criação do instrumento. É fundamental realizar estudos de revisão para entender o construto em profundidade e seus diferentes aspectos. Com base na revisão teórica, elaboram-se a matriz de conteúdo, que especifica os domínios e subdomínios do construto, bem como os indicadores ou comportamentos observáveis que evidenciam cada um

deles. Essa matriz serve como guia para a elaboração dos itens do instrumento, garantindo que todos os aspectos relevantes do construto sejam contemplados (Khoury; Silva, 2019).

A análise teórica dos itens por juízes visa estabelecer a compreensão das perguntas dos instrumentos, por análise semântica, e a sua pertinência ao instrumento que pretendem medir. Os juízes têm a missão de analisar o significado de palavras, conceitos e expressões, sinalizar as equivalências idiomática, semântica, cultural e conceitual dos itens do constructo, também, buscam aferir se estes são efetivamente capazes de produzir os dados que deles se esperam, verificando a necessidade de adaptações e as sugerindo (Marziale *et al.*, 2021).

Os juízes devem ser especialistas nos assuntos sobre os quais versam os instrumentos, precisam possuir experiência no domínio-alvo e devem avaliar segundo seus próprios julgamentos, objetivos e subjetivos, independentemente dos demais. O papel esperado desses especialistas é o de profissionais que demonstram *expertise* em alguns dos saberes que compõem a interdisciplinaridade dos instrumentos avaliados. Em sua concepção, o método de avaliação por juízes conta com o anonimato deles, para que sua autoridade não seja personificada, mas representada pelo somatório de todos, em comitê, garantido o anonimato dos juízes, é possível reduzir o viés do prestígio (Vazzoler-Mendonça; Rondini; Costa-Lobo, 2023).

Em relação à quantidade de juízes, Pasquali infere que seis juízes pode ser um número suficiente, mas recomenda que esse número seja ímpar, para se evitar empates. Além disso, postula que a concordância de pelo menos 80% entre os juízes pode ser critério de decisão sobre a pertinência do item do instrumento ao que busca investigar ou medir, ao passo que itens os quais não atingirem concordância de cerca de 80% apresentariam problemas e seria o caso de descartá-los do instrumento. Salienta-se que o critério de concordância de 80% é uma recomendação geral de Pasquali, e que o pesquisador pode definir um critério mais rigoroso, como 90% ou 95%, dependendo da complexidade do construto e do nível de precisão que se deseja alcançar (Pasquali, 1998).

A etapa empírica, por sua vez, compreende a coleta de dados de uma amostra representativa da população em estudo, seguida da análise estatística para aferir a validade e a confiabilidade do instrumento. Por fim, a etapa analítica dedica-se à interpretação dos resultados obtidos nas etapas anteriores, avaliando a validade de construto e a confiabilidade do instrumento. Ao seguir o modelo de Pasquali, os pesquisadores podem garantir que seus instrumentos de medida sejam válidos e confiáveis, contribuindo para a qualidade e o rigor de suas pesquisas (Vieira; Bressan, 2022).

Validar uma tecnologia, seja para avaliar ou simular, é garantir que uma ferramenta cumpra aquilo a que se propõe. No cuidado em saúde, instrumentos como questionários, simulações precisam dessa garantia para evitar que impressões pessoais distorçam o que realmente importa. Assim, o modelo de Pasquali contribui com esse processo, pois permite que se pense de forma cuidadosa no que se pretende medir, como a dor ou a satisfação, antes de criar qualquer pergunta. Especialistas mais atentos e experientes, analisam cada questão para ter certeza de que elas fazem sentido e captam o que realmente se busca. A validação, com a expertise de profissionais selecionados, ajuda a construir instrumentos confiáveis, que realmente auxiliam a entender a experiência humana com mais clareza.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Construir e validar em conteúdo um cenário de simulação realística sobre violência obstétrica para acadêmicos de enfermagem.

3.2 Objetivos específicos

- Construir um cenário de simulação clínica para identificação e manejo da violência obstétrica;
- Descrever perfil sociodemográfico e acadêmico dos juízes;
- Realizar revisão de escopo para formulação de caso clínico a ser trabalhado no cenário.

4 METODOLOGIA

Estudo metodológico, que foi realizado entre abril 2023 e dezembro de 2024 em duas fases: construção de um cenário de simulação clínica sobre o ensino da identificação e manejo da violência obstétrica para alunos de graduação em enfermagem, guiado pelo modelo *National League Nursing Jeffries Simulation Theory* (NLN/JST), e validação de conteúdo desse cenário. Os estudos metodológicos visam potencializar, legitimar e avaliar estratégias e métodos de pesquisa. Além disso, trazem a elaboração de instrumentos confiáveis e replicáveis em outras pesquisas (Teixeira, 2019).

4.1 Construção do cenário

A construção do cenário foi realizada por meio do modelo *NLN/JST*. Esse, preconiza que para o desenvolvimento de um cenário é necessário planejamento, implementação e avaliações adequadas. Segundo Jeffries, a construção deve seguir etapas que contribuam para operacionalização e elucide os elementos necessários para cumprir os objetivos do cenário. Fundamentalmente, deve-se seguir cinco tópicos para construção do cenário: definição dos objetivos, fidelidade (realismo), complexidade, pistas e *debriefing* (Jeffries, 2015).

Os objetivos de aprendizagem são resultados claros e específicos que o aluno deve alcançar após a execução do cenário, esses guiam o facilitador na escolha dos conteúdos, das atividades e das competências a serem desenvolvidas. Entre as competências que podem ser trabalhadas no desenvolvimento do cenário, estão: administrativas, atitudinais, de comunicação, éticas, busca de informação, trabalho em equipe, liderança, técnicas e organizacionais (Araújo; Duarte; Magro, 2018).

Segundo Jeffries (2005), a fidelidade de uma simulação deve permitir que os participantes resolvam problemas complexos, preparando-os para situações reais. A complexidade do cenário, por sua vez, deve ser adequada aos recursos disponíveis e ao conhecimento dos participantes, sendo definida pelos objetivos da simulação.

Ao longo da simulação, o facilitador deve oferecer pistas para que o aluno possa avançar na atividade, sem, no entanto, comprometer a autonomia na resolução do problema. Essas pistas podem ser verbais ou fornecidas por outros participantes do cenário. O *debriefing*, por sua vez, é o momento chave para a aprendizagem, pois permite que os participantes reflitam sobre suas ações, identifiquem pontos fortes e fracos e relacionem a teoria à prática. (Watts *et al.*, 2021).

Segundo Jeffries (2005, 2006), essa etapa é fundamental para o desenvolvimento de profissionais mais seguros e competentes.

Para o levantamento dos conteúdos que subsidiaram a construção do caso clínico a ser trabalhado no cenário de simulação, foi realizada uma revisão de escopo. A *scoping review* é uma revisão sistematizada e exploratória que objetiva identificar as produções científicas mais importantes de uma determinada temática (Tricco *et al.*, 2018).

Para construção da revisão de escopo utilizou-se a metodologia JBI, essa é composta por nove etapas, sendo elas: 1- Definir e alinhar o objetivo e pergunta de pesquisa; 2- Definir e alinhar os critérios de inclusão com o objetivo e pergunta; 3- Descrever a abordagem planejada para a busca de evidências, seleção e extração dos dados e apresentação da evidência; 4- Buscar as evidências; 5- Selecionar as evidências; 6- Extrair as evidências; 7- Analisar as evidências; 8- Apresentar os resultados; 9- Sumarizar a evidência em relação ao propósito da revisão, concluindo e apontado qualquer implicação dos achados (Peters *et al.*, 2020).

Todas as etapas e procedimentos metodológicos foram conduzidos de acordo com o modelo *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) *Checklist*. A revisão de escopo foi cadastrada no *Open Science Framework* em 19 de março de 2024 e encontra-se disponível através do DOI: 10.17605/OSF.IO/YP3WC.

Etapa 1: Definição e alinhamento do objetivo e pergunta de pesquisa

Para estruturação da questão norteadora, utilizou-se o mnemônico População, Conceito e Contexto (PCC).

Quadro 1 – Elegibilidade do estudo

	Critérios de inclusão
População	Estudantes de enfermagem submetidos a um cenário clínico simulado.
Conceito	Simulação clínica acerca da violência obstétrica ou obstetrícia, que objetiva capacitar o estudante para desenvolver competências, habilidades e atitudes, por meio do estudo e atuação nesse cenário
Contexto	Estudos de simulação clínica realizados em ambientes de treinamento, sejam ambientes clínicos, hospitalares, institucionais, virtuais, entre outros.

Tipos de fontes de evidência	Periódicos revisados por pares, e dissertações/teses; em qualquer idioma, para que se possa abranger todas as fontes de literatura nacional e internacional; publicados a partir do ano de 2019, nas bases estabelecidas.
------------------------------	---

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Mediante a definição PCC, foi criada a seguinte questão norteadora: “Quais tipos de violência obstétrica mais comuns e estratégias de combate mais eficazes devem ser contemplados em um cenário de simulação realística sobre violência obstétrica, de forma a possibilitar o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes relativas à identificação e manejo da VO em estudantes de graduação em enfermagem?”

Etapa 2: Definição dos critérios de inclusão

Os seguintes critérios de inclusão foram aplicados: estudos relacionados a simulação clínica, violência obstétrica ou obstetrícia, em qualquer idioma para que se possa abranger todas as fontes da literatura nacional e internacional, publicados a partir do ano de 2019. Quanto ao tipo de estudo, elegeram-se pesquisas primárias e secundárias, empíricas, quantitativas e qualitativas de qualquer desenho ou metodologia. Para a adequada captação das evidências publicadas e não publicadas sobre o tema, foram incluídos periódicos revisados por pares, dissertações/teses.

Excluíram-se cartas ao editor, resumos em anais de eventos, estudos em fase de projeto ou ainda sem resultados, manuais, cartilhas instrutivas, duplicados. Considerou-se dados coletados de fontes múltiplas, como preconiza o desenho da revisão de escopo.

Etapa 3: Abordagem planejada para a busca de evidências, seleção e extração dos dados e apresentação da evidência

Foram utilizadas as bases de dados Medline, BDENF, LILACS via Biblioteca Virtual da Saúde e PubMed. A literatura cinzenta inclui artigos encontrados no Google Scholar. Foi aplicado filtro do ano e não ocorreu limitação de idioma na busca.

A estratégia de busca foi ajustada de acordo com os protocolos de cada base e os descritores para combinações foram definidos a partir do vocabulário controlado da plataforma DeCS – Descritores em Ciências da Saúde e *Medical Subject Headings* (MeSH), com o uso dos operadores Booleanos “AND” e “OR”. Uma bibliotecária experiente auxiliou todo o seguimento de montagem da estratégia de busca e refinamento.

Etapa 4: Busca das evidências

Em seguida a seleção dos descritores, realizou-se busca prévia, aberta e ampla nas bases de dados selecionadas, como forma de verificar previamente a existência na literatura de revisões ou protocolos com o objetivo ou temática similar à deste estudo. Não foram identificadas revisões de escopos com o tema proposto, assim, de modo a explorar a estratégia de busca, termos não padronizados foram adicionados. A estratégia completa por base de dados foi descrita no Quadro 2.

Quadro 2 – Estratégia de busca preliminar

Estratégias de busca
Medline, BDNF, LILACS via BVS e Google Scholar
(“treinamento por simulação” or “simulação clínica”) and (competências or habilidades or atitudes) and “estudantes de enfermagem”
“violência obstétrica” and “estudantes de enfermagem”
(“treinamento por simulação” or “simulação clínica”) and (“violência obstétrica” or “violência contra mulher”)
(competências or habilidades or atitudes) and “estudantes de enfermagem” and obstetrícia
“treinamento por simulação” and “estudantes de enfermagem” and “obstetrícia”
PubMed
"obstetric violence" AND "students nursing"
"simulation Training" AND "students nursing" AND obstetrics
"Problem-Based Learning" AND "students nursing" AND obstetrics

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Etapa 5: Seleção das evidências

A coleta de dados aconteceu no período de janeiro a maio de 2024. Os estudos encontrados foram comprimidos em extensões aceitas pelo gerenciador de referências *Rayyan*, com intuito de organizar as referências e remover os estudos duplicados.

A fase de seleção dos estudos foi estratificada em duas etapas: na fase 1 os artigos foram selecionados com base na análise do título e leitura do resumo. Na fase 2 foi realizada a leitura completa dos artigos incluídos, sempre levando em consideração os critérios de inclusão pré-estabelecidos no protocolo.

Nas duas fases, dois revisores independentes executaram a triagem (leitura de título e resumo) e a leitura dos textos completos, e qualquer divergência entre eles foi resolvida por consenso ou pela decisão do terceiro revisor.

Etapa 6: Extração das evidências

A extração e o gerenciamento dos dados foram efetuados por meio de mapeamento com triagem por título, seguido de leitura dos resumos e posterior leitura na íntegra. Os artigos selecionados foram organizados pelos revisores e extraídas as seguintes informações: nome dos autores; ano de publicação; sujeitos participantes; país de origem; principais violências obstétricas; estratégia de combate à violência obstétrica; principais resultados que respondem o objetivo da revisão e conclusão do estudo.

Etapa 7: Análise das evidências

Os dados foram abordados a partir de estatística descritiva simples. Os dados extraídos dos estudos incluídos nesta revisão foram apresentados por meio de análise descritiva das principais características dos estudos, de modo a atender o objetivo de mapear as evidências científicas disponíveis acerca das competências, habilidades e atitudes que se deve ter para identificar e manejar a violência obstétrica.

Etapa 8: Apresentação dos resultados

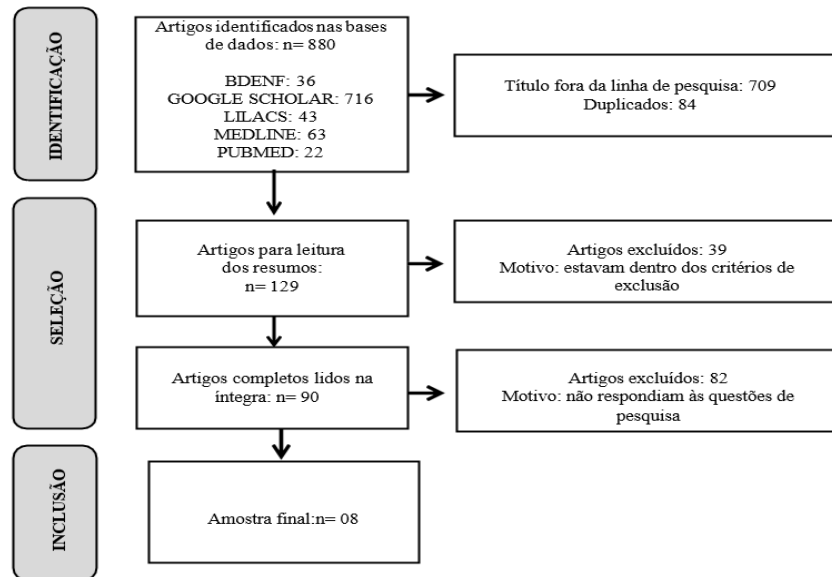
Os resultados foram apresentados por meio de fluxograma, quadros, tabelas e gráficos, sendo posteriormente discutidos conforme categorização proposta.

Etapa 9: Sumarização das evidências e conclusão

Mediante os resultados foi realizada categorização da qual emergiram dois eixos: Identificação da violência obstétrica: conhecimento; Manejo da violência obstétrica: habilidades e atitudes.

Diante da triagem inicial, que resultou em 880 artigos, seguida da exclusão dos publicados simultaneamente em uma ou mais base de dados e triagem dos títulos e resumos, culminou na leitura completa de 90 artigos e seleção final de 08 estudos conforme descrito na Figura 4.

Figura 4 – Representação esquemática da identificação, seleção e inclusão dos artigos, construído a partir da recomendação do *Preferred Reporting Items For Systematic Reviews And Meta-Analyses* (PRISMA). Aracaju, Se, Brasil, 2024



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

O levantamento dos conteúdos a partir da literatura serviram de base para elaboração textual do cenário.

4.2 Validação

A validação do cenário foi realizada por meio de um processo iterativo de consenso entre especialistas. Na primeira rodada nove juízes avaliaram o roteiro e ofereceram sugestões. Na segunda rodada, oito juízes julgaram o roteiro aprimorado, resultando na versão final do instrumento. Nesta pesquisa, realizaram-se duas rodadas até que o consenso fosse estabelecido pelos juízes.

O instrumento de coleta de dados foi estruturado no *google forms*, segundo os critérios de Pasquali: comportamental, objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, variedade, modalidade, tipicidade e credibilidade (Pasquali, 2010).

Os itens foram dispostos conforme a escala *Likert*, contendo os seguintes valores: 1 – inadequado (item necessita ser excluído ou refeito), 2 – parcialmente adequado (item pertinente, porém cabe alguma alteração) e 3 – adequado (item correto sem necessidade de qualquer tipo

de acréscimo ou correção), além disso, o instrumento contou com espaço destinado a comentários e sugestões dos juízes.

Para a execução da validação, aconteceu uma busca, na plataforma *Lattes*, de profissionais especialistas na área de saúde da mulher, obstetrícia e/ou simulação clínica. Aos juízes que atenderam os critérios de inclusão foi enviado uma carta convite, juntamente como o TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido), o instrumento de validação via *link* do *Google Forms* e o roteiro do cenário anexado em PDF, todos itens encaminhados através de endereço eletrônico, onde, também, foi solicitado a indicação de outros três juízes que correspondam às mesmas especificações, para fazerem parte da pesquisa, informando nome e e-mail.

Ressalta-se que a coleta de dados foi realizada após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Todos os documentos preenchidos (instrumentos) e assinados (TCLE) foram arquivados para quaisquer questionamentos/solicitações, na nuvem do *e-mail* da pesquisadora, e serão mantidos por um período de cinco anos e após serão excluídos permanentemente.

4.3 Amostra

A amostra do estudo foi não probabilística por conveniência, composta por *experts*, selecionados através de busca no *Currículo Lattes*, caracterizados segundo critérios adaptados, de inclusão e que aceitaram participar da pesquisa. Além disso foi usado a técnica de *Snowball Sampling* que consiste na seleção de juízes que indicam outros juízes a participarem da amostra (Biernacki; Waldorf, 1981). Para a implementação dessa estratégia, foi solicitado na carta convite que cada participante indicasse outros três juízes para fazerem parte da pesquisa, informando nome e e-mail. Ao todo, nove juízes participaram da primeira rodada e oito juízes participaram da segunda.

Para inclusão de juízes foi determinado a pontuação mínima de cinco pontos na escala de Andrade (2016).

Quadro 3 – Critérios de Andrade adaptados (2016) para a seleção de juízes para validação do roteiro do cenário de simulação clínica. Aracaju-SE, 2023

Categorização	Itens	Pontuação
Titulação	Especialista em área de saúde da mulher, obstetrícia e/ou simulação	2
Experiência Profissional/Assistencial	Ter prática assistencial / docência, mínimo um ano, em saúde da mulher, obstetrícia/ simulação clínica.	2
Desenvolvimento/Orientação de pesquisa	Ter dissertação na área de saúde da mulher, obstetrícia / simulação clínica	2
Publicação	Artigo, livro ou capítulo na área de saúde da mulher, obstetrícia / simulação clínica.	2

Fonte: adaptado de Andrade (2016).

4.3.1 Critério de exclusão

Os critérios de exclusão dos juízes foram:

Não responder as questões objetivas do instrumento de validação ou marcar mais de um item para a mesma questão; responder as questões abertas do instrumento de validação de forma incoerente com o que foi questionado; não entregar as devolutivas dentro do prazo estabelecido.

4.4 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, conforme parecer nº 6.319.127 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 73152223.5.0000.5546 (ANEXO A) Todos os cuidados foram adotados visando garantir o sigilo e confidencialidade das informações, por meio do termo de compromisso e confidencialidade, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e respeitando a Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS que versa sobre a proteção de dados virtuais. O material coletado está sob a guarda do pesquisador responsável por um período de 5 anos.

Os riscos para os participantes foram mínimos e incluiu a quebra de sigilo, estresse e cansaço. Com a finalidade de evitar esse revés, o pesquisador seguiu a resolução 466/2012 e Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, garantindo confidencialidade e anonimato no material da coleta. Todos os dados foram utilizados para fins de pesquisa e todos os documentos preenchidos (instrumentos) e assinados (TCLE) estão arquivados, para quaisquer questionamentos/solicitações, na nuvem do e-mail da pesquisadora. Para minimizar o possível

estresse e cansaço ao responder o instrumento de coleta de dados, foi disponibilizado o tempo necessário para responder o instrumento e escolha do horário mais oportuno.

4.5 Análise dos dados

A análise estatística realizada neste estudo foi baseada em uma variedade de métodos estatísticos, incluindo medidas descritivas e testes de hipóteses. As medidas descritivas tal como média, mediana, desvio padrão, intervalo interquartil, frequência absoluta e percentuais, foram utilizadas para descrever as características das variáveis e fornecer informações resumidas sobre os dados coletados.

Para a análise dos dados, foram calculados o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), métodos amplamente utilizados para avaliar a validade de construto de instrumentos e itens em estudos científicos. O cálculo do IVC foi realizado com base nas proporções de respostas consideradas válidas pelos avaliadores, enquanto o CVC foi calculado para avaliar a consistência e precisão dos escores atribuídos (Dias *et al.*, 2022).

Para verificar a significância do CVC, utilizou-se um teste t unilateral comparando o valor observado do CVC com o valor de referência de 0,8, considerado um indicativo de validade aceitável. A hipótese nula pressupôs que o CVC observado não seria inferior ao valor de referência, enquanto a hipótese alternativa avaliou a possibilidade de o CVC ser inferior a esse valor. O teste considerou a média das avaliações, o desvio padrão e o número de avaliadores para calcular a estatística do teste.

Adicionalmente, utilizou-se o teste exato binomial para avaliar a hipótese de não inferioridade, com um valor de corte pré-definido de 0,8 (Mehrotra, Chan, Berger, 2003). Neste caso, a hipótese nula assumiu que a proporção de respostas válidas seria maior ou igual ao valor de corte, enquanto a hipótese alternativa testou se a proporção seria inferior. Este teste foi escolhido pela sua adequação em situações com amostras pequenas ou distribuição assimétrica, garantindo maior rigor estatístico.

Todas as análises foram realizadas utilizando a versão 4.4.2 do software R. Adotou-se um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) para a rejeição das hipóteses nulas.

5 RESULTADOS

5.1 Construção dos cenários

Inicialmente, uma revisão de escopo foi realizada com o objetivo de identificar os tipos de VO mais comuns e as principais estratégias para combatê-la. Os resultados dessa revisão, submetidos à Revista Latino-Americana de Enfermagem (Apêndice E), forneceram a base teórica para a construção do cenário.

Desse modo, nessa revisão, foi possível identificar que as violências verbais e físicas foram as formas mais comuns de VO praticadas. Esse dado mostra um cenário preocupante que afeta gestantes, parturientes e puérperas, comprometendo a segurança, a dignidade e a autonomia da mulher durante todo ciclo gravídico – puerperal.

A violência verbal no contexto obstétrico manifesta-se através de gritos, humilhações, repreensões, comentários depreciativos sobre o corpo da mulher ou sobre sua capacidade de parir. Por sua vez, a violência física engloba procedimentos desnecessários e sem consentimento como manobras invasivas, toques sucessivos com fins didáticos, privação de movimento, água ou alimentos.

Esses atos de violência não apenas causam danos imediatos, como dor física e trauma psicológico, mas também geram consequências a longo prazo, como o medo de futuras gestações, o desenvolvimento de transtornos de ansiedade e depressão pós-parto, a dificuldade no estabelecimento do vínculo mãe-bebê e a desconfiança em relação aos profissionais de saúde.

Com base nessa identificação, foi possível a construção do cenário de simulação realística, desenvolvido com o objetivo de abordar a problemática da VO, esse, foi cuidadosamente embasada no modelo *NLN/JST*, que oferece um *framework* abrangente para o planejamento e a implementação de simulações educativas eficazes. O cenário foi estruturado a partir de objetivos de aprendizagem específicos, abrangendo as dimensões cognitiva, psicomotora e afetiva. Na dimensão cognitiva, o objetivo é que os participantes reconheçam situações de VO. Na dimensão psicomotora, busca-se que os participantes sejam capazes de executar educação em saúde direcionada à VO, já na dimensão afetiva, o objetivo é que os participantes demonstrem autoconfiança na realização de um cuidado humanizado.

O cenário, no estilo *role-play*, também conhecido como dramatização ou simulação de papéis, foi elaborado seguindo quatro etapas distintas. A primeira etapa, de preparação com tempo livre, consistiu na seleção de artigos científicos relevantes, que poderão ser

disponibilizados aos discentes previamente à execução do cenário, como forma de preparo e contextualização. A segunda etapa, o *briefing*, com duração estimada de 15 minutos, consistiu na apresentação e orientação acerca do cenário, com o objetivo de alinhar os participantes sobre o caso clínico a ser simulado e seus papéis. A terceira etapa, a simulação propriamente dita, com duração de 15 minutos, consistiu na representação do caso clínico construído com base nas situações de VO mais comuns.

A quarta e última etapa, o *debriefing*, com duração estimada de 30 minutos, foi guiada pelo modelo GAS (*Gather, Analyze e Summarize*). Nessa etapa, os participantes, mediados pelo facilitador, terão a oportunidade de refletir sobre a experiência simulada, o aprendizado adquirido e o quanto a simulação pode contribuir para a sua prática clínica. Para auxiliar na avaliação do desempenho dos participantes durante a simulação, foi elaborado um *checklist* específico.

A aplicação do modelo *NLN/JST*, juntamente com a utilização do *role-play* como estratégia de simulação, permite a criação de um cenário realístico relevante para o ensino sobre VO. As etapas de preparação, *briefing*, simulação e *debriefing*, cuidadosamente planejadas visam proporcionar aos participantes uma experiência de aprendizado significativa e impactante, e contribuir para o desenvolvimento de habilidades e competências essenciais para a formação do acadêmico.

5.2 Validação do cenário

O estudo contou com 8 participantes, com uma idade média de 36 anos (desvio padrão de 4,19) e mediana de 35,5 anos (intervalo interquartil de 33,46 a 37,44). A maioria dos participantes era do sexo feminino (87,5%, ou 7 de 8). Em relação à área de atuação, 62,5% (5 de 8) atuava na assistência em enfermagem e 37,5% (3 de 8) na docência. Quanto ao local de atuação, os participantes estavam distribuídos entre CE (12,5%), MG (12,5%), PI (12,5%), SE (25%) e SP (37,5%).

No que diz respeito à área de atuação profissional, 50% (4 de 8) trabalhavam em ensino universitário e os outros 50% (4 de 8) em instituições de assistência à saúde. O tempo médio de exercício profissional foi de 11,75 anos (desvio padrão de 4,95), com mediana de 12 anos (intervalo interquartil de 10 a 14,5 anos). Quanto à titulação acadêmica, 50% (4 de 8) possuíam doutorado em enfermagem e os outros 50% (4 de 8) tinham mestrado na mesma área.

Sobre a experiência com simulação clínica, 75% (6 de 8) dos participantes relataram ter experiência, com média de 7 anos (desvio padrão de 3,56) e mediana de 6 anos (intervalo

interquartil de 4,75 a 8,25). Todos os participantes (100%) tinham experiência em saúde da mulher/obstetrícia, com média de 5,38 anos (desvio padrão de 4,66) e mediana de 4 anos (intervalo interquartil de 3,5 a 5,5). As áreas de atuação incluíam sala de parto, recepção neonatal, centro obstétrico, alojamento conjunto, saúde da família, pré-natal de risco habitual e alto risco, e puerpério.

Em relação à publicação de artigos científicos, 37,5% (3 de 8) dos participantes tinham publicações sobre saúde da mulher/obstetrícia em revistas indexadas, enquanto 50% (4 de 8) publicaram sobre simulação clínica. Por fim, 75% (6 de 8) já participaram de pesquisas de validação.

Tabela 1 : Características Demográficas, Profissionais e Acadêmicas dos Especialistas para validação do roteiro do cenário de simulação clínica. Aracaju-SE, 2023

(continua)

Características	N = 8
Idade	(anos de idade)
Média (DP)	36 ($\pm$ 4,19)
Mediana [AIQ]	35,5 [33,46; 37,44]
Sexo	n (%)
Feminino	7 (87,5)
Masculino	1 (12,5)
Área	n (%)
Docente	3 (37,5)
Assistência em enfermagem	5 (62,5)
Local de atuação	n (%)
Ceará	1 (12,5%)
Minas Gerais	1 (12,5%)
Piauí	1 (12,5%)
Sergipe	2 (25,0%)
São Paulo	3 (37,5%)
Área de atuação profissional	n (%)
Ensino universitário	4 (50,0%)
Instituição de assistência à saúde	4 (50,0%)
Tempo de exercício profissional (em anos):	(anos de idade)
Média (DP)	11,75 ($\pm$ 4,95)
Mediana [AIQ]	12,0 [10,00; 14,50]
Titulação acadêmica	n (%)
Doutorado em enfermagem	4 (50,0%)
Mestrado em enfermagem	4 (50,0%)
Tem experiência no uso da simulação clínica?	n (%)
Não	2 (25,0%)
Sim	6 (75,0%)
Se sim, em que áreas e quanto tempo?	(anos de idade)
Média (DP)	7,0 ($\pm$ 3,56)
Mediana [AIQ]	6,0 [4,75; 8,25]
Tem experiência em saúde da mulher/obstetrícia (técnica ou acadêmica)?	n (%)
Sim	8 (100,0%)
Se sim, em que áreas? (n=4)	n (%)
Sala de Parto, Recepção Neonatal, Centro Obstétrico, ALCON	1 (25,0%)
Saúde da Família	1 (25,0%)

Características	N = 8
Saúde da Mulher	1 (25,0%)
UTI, Pré-natal de risco habitual e alto Risco, Puerpério	1 (25,0%)
Se sim, quanto tempo? (em anos)	(anos de idade)
Média (DP)	5,38 ($\pm 4,66$)
Mediana [AIQ]	4,0 [3,50; 5,50]
Tem publicação de pesquisa artigo científico sobre saúde da mulher/obstetrícia em revistas indexadas?	n (%)
Não	5 (62,5%)
Sim	3 (37,5%)
Tem publicação de pesquisa artigo científico sobre simulação clínica em revistas indexadas?	n (%)
Não	4 (50,0%)
Sim	4 (50,0%)
Já participou de pesquisas de validação?	n (%)
Não	2 (25,0%)
Sim	6 (75,0%)

Legenda: n – Frequência absoluta. N – Dados válidos. % – Percentual. DP – Desvio Padrão. AIQ - Amplitude Interquartil.

(conclusão)

A tabela 2, apresenta os resultados das duas rodadas de validação do cenário por especialistas, avaliando o critério de **clareza**. Na primeira rodada de avaliação, os itens avaliados apresentaram resultados variados. Para os itens com IVC de 91,67% e valor-p de 0,832, a concordância foi de 87,5% (7 de 8 avaliadores). Esses itens incluíram o “título do cenário”, “público-alvo”, “complexidade do cenário”, “modalidade do cenário”, “tempo de duração da simulação”, “recursos”, “*briefing*”, “promoção da resolução autônoma de problemas”, “ambiente do cenário de simulação”, “parâmetros do simulador ou atriz”, e “reflexão e análise das ações no *debriefing* segundo o modelo GAS”.

Para os itens com IVC de 86,21% e valor-p de 0,497, a concordância foi de 75% (6 de 8 avaliadores). Esses itens foram: “participantes”, “conhecimento prévio do aprendiz”, “objetivos de aprendizagem”, “competências almejadas”, “fidelidade do cenário” e “preparo do cenário”. O item “sobre a promoção do pensamento crítico” obteve 62,5% de concordância (5 de 8 avaliadores), com IVC de 81,40% e valor-p de 0,203. Por fim, os itens com IVC de 100% e valor-p de 1,000, que tiveram 100% de concordância (8 de 8 avaliadores), foram: “preparação”, “vinheta”, “*script* da cena”, “pistas” e “*checklist* de execução do procedimento”.

Na segunda rodada, a maioria dos itens alcançaram 100% de concordância (8 de 8 avaliadores), com IVC de 100% e valor-p de 1,000. Os itens que não alcançaram 100% de concordância foram: o “conhecimento prévio do aprendiz”, que obteve 87,5% de concordância (7 de 8 avaliadores), com IVC de 91,67% e valor-p de 0,832, e a “promoção da resolução autônoma de problemas”, que também teve 87,5% de concordância (7 de 8 avaliadores), com IVC de 91,67% e valor-p de 0,832. Assim, a segunda rodada consolidou os ajustes realizados nos itens com valores inferiores a 80% na rodada inicial, evidenciando o rigor metodológico do processo de validação. Os valores-p apresentados na tabela, são todos superiores a 0,05. Isso indica que não há evidência estatística suficiente para rejeitar a hipótese nula de que a concordância observada entre os avaliadores é devido ao acaso. Esse dado, corrobora a significância estatística da concordância observada, indicando que o cenário de simulação possui validade de conteúdo quanto à clareza.

Tabela 2: Resultados das Rodadas de Validação do Cenário quanto à Clareza para validação do roteiro do cenário de simulação clínica. Aracaju-SE, 2023

Clareza	1º Rodada					2º Rodada				
	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²
1. Sobre o título do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
2. Sobre o público alvo	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
3. Sobre os participantes	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
4. Sobre o conhecimento prévio do aprendiz	6	75,00	0,497	86,21	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
5. Sobre os objetivos aprendizagem	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
6. Sobre as competências almeçadas	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
7. Sobre a complexidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
8. Sobre a fidelidade do cenário	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
9. Sobre a modalidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
10. Sobre o tempo de duração da simulação	7	87,50	0,832	83,33	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
11. Sobre os recursos	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
12. Sobre a preparação	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
13. Sobre o <i>briefing</i>	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
14. Sobre a promoção do pensamento crítico	5	62,50	0,203	81,40	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
15. Sobre a promoção da resolução autônoma de problemas	7	87,50	0,832	91,67	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
16. Sobre a vinheta	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
17. Sobre o <i>script</i> da cena	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
18. Sobre as pistas	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
19. Sobre o ambiente do cenário de simulação	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
20. O preparo do cenário contém as informações básicas e relevantes para a sua realização	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
21. Parâmetros do simulador/ atriz condizentes com o caso clínico	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
22. Sobre o <i>checklist</i> de execução do procedimento	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
23. Reflexão e análise das ações no <i>debriefing</i> segundo o modelo de GAS (<i>Gather, Analyze e Summarize</i>)	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000

Legenda: C – Nº de concordâncias. IVC – Índice de Validade de Conteúdo. CVC – Coeficiente de Validade de Conteúdo. ¹Teste Binomial Exato. ² Teste T para uma amostra

A Tabela 3 apresenta os resultados da avaliação do cenário de simulação pelo grupo de especialistas, com foco nos aspectos **comportamentais**. A análise dos dados revela um progresso significativo na percepção dos juízes em relação à qualidade do cenário

entre a primeira e a segunda rodada de avaliação. Na primeira rodada, observa-se que a maioria dos aspectos comportamentais obteve um IVC igual ou superior a 87,5%, indicando uma boa aceitação do cenário pelos especialistas. No entanto, alguns aspectos específicos, como "conhecimento prévio do aprendiz", "objetivos de aprendizagem", "fidelidade do cenário", "tempo de duração da simulação", "promoção do pensamento crítico", "*script* da cena", "preparo do cenário" e "parâmetros do simulador/atriz", apresentaram um IVC inferior a 80%.

Esses resultados denotam que, na primeira rodada, os juízes identificaram a necessidade de aprimoramento em alguns pontos do cenário, possivelmente relacionados à clareza na definição do conhecimento prévio necessário dos alunos, à adequação dos objetivos de aprendizagem, ao realismo do cenário, à pertinência da duração da simulação, à capacidade de estimular o pensamento crítico, à precisão do *script*, à completude do preparo do cenário e à coerência dos parâmetros do simulador/atriz com o caso clínico.

Após as revisões e ajustes realizados com base no *feedback* dos especialistas, a segunda rodada de avaliação revela um aumento significativo na concordância dos juízes em relação à qualidade do cenário. Todos os aspectos comportamentais atingiram um IVC de 100%, demonstrando que as modificações implementadas foram eficazes para atender às expectativas dos especialistas. A análise estatística dos dados, por meio do Teste Binomial Exato e do Teste T para uma amostra, revela que as diferenças entre as duas rodadas são estatisticamente significativas para os aspectos que apresentaram IVC inferior a 80% na primeira rodada. Isso indica que as alterações realizadas no cenário resultaram em uma melhora substancial na percepção dos juízes em relação à sua qualidade.

Tabela 3: Resultados das Rodadas de Avaliação dos Aspectos Comportamentais do Cenário para validação do roteiro do cenário de simulação clínica. Aracaju-SE, 2023

Comportamental	1ª Rodada					2ª Rodada				
	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²
1. Sobre o título do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
2. Sobre o público alvo	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
3. Sobre os participantes	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
4. Sobre o conhecimento prévio do aprendiz	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
5. Sobre os objetivos aprendizagem	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
6. Sobre as competências almeçadas	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
7. Sobre a complexidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
8. Sobre a fidelidade do cenário	5	62,50	0,203	81,40	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
9. Sobre a modalidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
10. Sobre o tempo de duração da simulação	6	75,00	0,497	78,73	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
11. Sobre os recursos	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
12. Sobre a preparação	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
13. Sobre o <i>briefing</i>	7	87,50	0,832	91,67	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
14. Sobre a promoção do pensamento crítico	5	62,50	0,203	81,40	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
15. Sobre a promoção da resolução autônoma de problemas	7	87,50	0,832	91,67	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
16. Sobre a vinheta	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
17. Sobre o <i>script</i> da cena	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
18. Sobre as pistas	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
19. Sobre o ambiente do cenário de simulação	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
20. O preparo do cenário contém as informações básicas e relevantes para a sua realização	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
21. Parâmetros do simulador/ atriz condizentes com o caso clínico	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
22. Sobre o <i>checklist</i> de execução do procedimento	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
23. Reflexão e análise das ações no <i>debriefing</i> segundo o modelo de GAS (<i>Gather, Analyze e Summarize</i>)	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000

Legenda: C – Nº de concordâncias. IVC – Índice de Validade de Conteúdo. CVC – Coeficiente de Validade de Conteúdo. ¹Teste Binomial Exato. ²Teste T para uma amostra.

A tabela 4, apresenta os resultados das avaliações realizadas por especialistas sobre os aspectos de **credibilidade** do cenário, ao longo de duas rodadas. Na primeira rodada, os itens avaliados para credibilidade apresentaram os seguintes resultados. Para os itens com IVC de 91,67% e valor-p de 0,832, a concordância foi de 87,5% (7 de 8 avaliadores). Esses itens incluíram o “público-alvo”, os “participantes”, o “conhecimento prévio do aprendiz”, os “objetivos de aprendizagem”, as “competências almejadas”, a “complexidade do cenário”, a “modalidade do cenário”, o “tempo de duração da simulação”, o “*briefing*”, a “promoção do pensamento crítico”, a “promoção da resolução autônoma de problemas”, o “ambiente do cenário de simulação”, o “preparo do cenário” e o “*script* da cena”. Para os itens com IVC de 86,21% e valor-p de 0,497, a concordância foi de 75% (6 de 8 avaliadores). Esses itens foram: fidelidade do cenário e parâmetros do simulador ou atriz.

Por fim, os itens com IVC de 100% e valor-p de 1,000, que tiveram 100% de concordância (8 de 8 avaliadores), foram: “título do cenário”, “recursos”, “preparação”, “vinheta”, “pistas”, “*checklist* de execução do procedimento” e “reflexão e análise das ações no *debriefing* segundo o modelo GAS”. Na segunda rodada, a maioria dos itens alcançaram 100% de concordância (8 de 8 avaliadores), com IVC de 100% e valor-p de 1,000. Os itens que não alcançaram o 100% de concordância foram: a “promoção do pensamento crítico” e a “promoção da resolução autônoma de problemas”, que mantiveram 87,5% de concordância (7 de 8 avaliadores), com IVC de 91,67% e valor-p de 0,832. Esses resultados indicam uma melhoria significativa na credibilidade dos itens após a segunda rodada.

Tabela 4: Resultados das Rodadas de Avaliação da Credibilidade do Cenário para validação do roteiro do cenário de simulação clínica. Aracaju-SE, 2023

(continua)

Credibilidade	1º Rodada					2º Rodada				
	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²
1. Sobre o título do cenário	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
2. Sobre o público alvo	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
3. Sobre os participantes	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
4. Sobre o conhecimento prévio do aprendiz	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
5. Sobre os objetivos aprendizagem	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000

Credibilidade	1ª Rodada					2ª Rodada				
	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²
6. Sobre as competências almejadas	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
7. Sobre a complexidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
8. Sobre a fidelidade do cenário	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
9. Sobre a modalidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
10. Sobre o tempo de duração da simulação	7	87,50	0,832	83,33	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
11. Sobre os recursos	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
12. Sobre a preparação	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
13. Sobre o <i>briefing</i>	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
14. Sobre a promoção do pensamento crítico	7	87,50	0,832	91,67	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
15. Sobre a promoção da resolução autônoma de problemas	7	87,50	0,832	91,67	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
16. Sobre a vinheta	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
17. Sobre o <i>script</i> da cena	7	87,50	0,832	83,33	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
18. Sobre as pistas	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
19. Sobre o ambiente do cenário de simulação	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
20. O preparo do cenário contém as informações básicas e relevantes para a sua realização	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
21. Parâmetros do simulador/ atriz condizentes com o caso clínico	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
22. Sobre o <i>checklist</i> de execução do procedimento	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
23. Reflexão e análise das ações no <i>debriefing</i> segundo o modelo de GAS (<i>Gather, Analyze e Summarize</i>)	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000

Legenda: C – N° de concordâncias. IVC – Índice de Validade de Conteúdo. CVC – Coeficiente de Validade de Conteúdo. ¹Teste Binomial Exato. ²Teste T para uma amostra.

(conclusão)

A Tabela 5 apresenta os resultados da validação da **modalidade do cenário** de simulação, um aspecto essencial para garantir a adequação e a efetividade da metodologia de ensino. A análise dos dados revela que, de modo geral, a modalidade do cenário foi bem avaliado pelos juízes especialistas, com um índice de validade de conteúdo (IVC) consistentemente alto em ambas as rodadas de avaliação. Na primeira rodada, a maioria dos itens relacionados à modalidade do cenário obteve um IVC de 87,5% ou 100%, indicando uma concordância substancial entre os juízes quanto à pertinência e à adequação da modalidade escolhida. Apenas um item, referente à

modalidade do cenário em si, apresentou um IVC inferior (75%), sugerindo que alguns juízes apresentaram dúvidas ou sugestões de melhoria em relação a esse aspecto específico.

Após a análise dos comentários e sugestões dos juízes, foram realizados ajustes no cenário, buscando esclarecer e fortalecer a adequação da modalidade escolhida. Na segunda rodada de avaliação, observa-se um aumento na concordância entre os juízes, com todos os itens atingindo um IVC de 100%. Esse resultado sugere que as modificações implementadas foram eficazes para dirimir as dúvidas e atender às expectativas dos especialistas em relação à modalidade do cenário. É importante ressaltar que a escolha da modalidade do cenário deve estar alinhada com os objetivos de aprendizagem e com as características do público-alvo. No caso do presente estudo, a opção por uma modalidade de simulação que envolva a interação entre os participantes (*role-playing*) parece ter sido acertada, considerando a natureza complexa da temática.

Tabela 5: Resultados das Rodadas de Avaliação da Modalidade do Cenário para validação do roteiro do cenário de simulação clínica. Aracaju-SE, 2023

(continua)

Modalidade	1ª Rodada					2ª Rodada				
	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²
1. Sobre o título do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
2. Sobre o público alvo	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
3. Sobre os participantes	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
4. Sobre o conhecimento prévio do aprendiz	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
5. Sobre os objetivos aprendizagem	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
6. Sobre as competências almeçadas	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
7. Sobre a complexidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
8. Sobre a fidelidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
9. Sobre a modalidade do cenário	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
10. Sobre o tempo de duração da simulação	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
11. Sobre os recursos	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
12. Sobre a preparação	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
13. Sobre o <i>briefing</i>	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
14. Sobre a promoção do pensamento crítico	7	87,50	0,832	91,67	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
15. Sobre a promoção da resolução autônoma de problemas	8	100,00	1,000	100,00	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000

Modalidade	1ª Rodada					2ª Rodada				
	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²
16. Sobre a vinheta	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
17. Sobre o <i>script</i> da cena	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
18. Sobre as pistas	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
19. Sobre o ambiente do cenário de simulação	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
20. O preparo do cenário contém as informações básicas e relevantes para a sua realização	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
21. Parâmetros do simulador/ atriz condizentes com o caso clínico	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
22. Sobre o <i>checklist</i> de execução do procedimento	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
23. Reflexão e análise das ações no <i>debriefing</i> segundo o modelo de GAS (<i>Gather, Analyze e Summarize</i>)	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000

Legenda: C – Nº de concordâncias. IVC – Índice de Validade de Conteúdo. CVC – Coeficiente de Validade de Conteúdo. ¹Teste Binomial Exato. ²Teste T para uma amostra.

(conclusão)

Na tabela 6, os itens avaliados para **objetividade** apresentaram os seguintes resultados: para os itens com IVC de 91,67% e valor-p de 0,832, a concordância foi de 87,5% (7 de 8 avaliadores). Esses itens incluíram o “título do cenário”, as “competências almeçadas”, a “complexidade do cenário”, a “fidelidade do cenário”, a “modalidade do cenário”, o “*briefing*”, o “ambiente do cenário de simulação”, o “preparo do cenário”, os “parâmetros do simulador ou atriz” e o “checklist de execução do procedimento”. Para os itens com IVC de 86,21% e valor-p de 0,497, a concordância foi de 75% (6 de 8 avaliadores).

Esses itens foram: “participantes”, “conhecimento prévio do aprendiz”, “objetivos de aprendizagem” e “promoção do pensamento crítico”. Por fim, os itens com IVC de 100% e valor-p de 1,000, que tiveram 100% de concordância (8 de 8 avaliadores), foram: “público-alvo”, “tempo de duração da simulação”, “recursos”, “preparação”, “promoção da resolução autônoma de problemas”, “vinheta”, “*script* da cena”, “pistas” e “reflexão e análise das ações no *debriefing* segundo o modelo GAS”.

Na segunda rodada, a maioria itens alcançaram 100% de concordância (8 de 8 avaliadores), com IVC de 100% e valor-p de 1,000. Os itens que não alcançaram 100% de concordância foram: o conhecimento prévio do aprendiz e a promoção da resolução autônoma de

problemas, que mantiveram 87,5% de concordância (7 de 8 avaliadores), com IVC de 91,67% e valor-p de 0,832. Esses resultados indicam uma melhoria significativa na objetividade dos itens após a segunda rodada. É importante ressaltar que a objetividade do cenário é um aspecto importante para garantir a validade e a confiabilidade da simulação como instrumento de ensino e avaliação. Um cenário objetivo permite que todos os participantes tenham a mesma compreensão do contexto e dos objetivos da simulação, evitando que fatores subjetivos influenciem o desempenho e o aprendizado dos alunos.

Tabela 6: Resultados das Rodadas de Avaliação da Objetividade do Cenário para validação do roteiro do cenário de simulação clínica. Aracaju-SE, 2023

Objetividade	1º Rodada					2º Rodada				
	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²
1. Sobre o título do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
2. Sobre o público alvo	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
3. Sobre os participantes	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
4. Sobre o conhecimento prévio do aprendiz	6	75,00	0,497	86,21	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
5. Sobre os objetivos aprendizagem	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
6. Sobre as competências almeçadas	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
7. Sobre a complexidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
8. Sobre a fidelidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
9. Sobre a modalidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
10. Sobre o tempo de duração da simulação	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
11. Sobre os recursos	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
12. Sobre a preparação	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
13. Sobre o <i>briefing</i>	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
14. Sobre a promoção do pensamento crítico	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
15. Sobre a promoção da resolução autônoma de problemas	8	100,00	1,000	100,00	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
16. Sobre a vinheta	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
17. Sobre o <i>script</i> da cena	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
18. Sobre as pistas	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
19. Sobre o ambiente do cenário de simulação	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
20. O preparo do cenário contém as informações básicas e relevantes para a sua realização	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
21. Parâmetros do simulador/ atriz condizentes com o caso clínico	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
22. Sobre o <i>checklist</i> de execução do procedimento	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
23. Reflexão e análise das ações no <i>debriefing</i> segundo	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000

Objetividade	1º Rodada					2º Rodada				
	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²

o modelo de GAS (*Gather, Analyze e Summarize*)

Legenda: C – N° de concordâncias. IVC – Índice de Validade de Conteúdo. CVC – Coeficiente de Validade de Conteúdo. ¹Teste Binomial Exato. ²Teste T para uma amostra.

A Tabela 7 apresenta os resultados da avaliação da **precisão** dos itens do cenário de simulação, um item crucial para garantir a clareza, a especificidade e a ausência de ambiguidades na formulação dos itens. A precisão dos itens assegura que os avaliadores e os participantes compreendam o significado e a intenção de cada item de forma uniforme, evitando interpretações divergentes que possam comprometer a validade do instrumento.

Na primeira rodada de avaliação, os juízes especialistas demonstraram um nível de concordância satisfatório em relação à precisão dos itens do cenário, com a maioria dos itens atingindo um IVC igual ou superior a 75%. No entanto, alguns itens específicos, como "conhecimento prévio do aprendiz", "competências almejadas" e "promoção do pensamento crítico", apresentaram um IVC inferior a 70%, indicando que a redação ou a formulação desses itens pode ter gerado dúvidas ou interpretações divergentes entre os juízes. Esses resultados sugerem que, na primeira rodada, os juízes identificaram a necessidade de aprimoramento na precisão de alguns itens do cenário, possivelmente relacionados à falta de clareza na definição do conhecimento prévio necessário dos alunos, à especificidade das competências almejadas e à forma como o cenário promovia o pensamento crítico.

Após a análise dos comentários e sugestões dos juízes, foram realizados ajustes nos itens que apresentaram IVC inferior a 70% na primeira rodada, buscando aprimorar a clareza, a especificidade e a ausência de ambiguidades na sua formulação. Na segunda rodada de avaliação, observa-se um aumento significativo na concordância entre os juízes, com todos os itens atingindo um IVC de 100%. Esse resultado demonstra que as modificações implementadas foram eficazes para dirimir as dúvidas e atender às expectativas dos especialistas em relação à precisão dos itens. A análise estatística dos dados, por meio do Teste Binomial Exato e do Teste T para uma amostra, revela que as diferenças entre as duas rodadas são estatisticamente significativas para os itens que apresentaram IVC inferior a

70% na primeira rodada. Isso indica que as alterações realizadas nos itens resultaram em uma melhora significativa na visão dos juízes em relação à sua precisão.

Tabela 7: Resultados das Rodadas de Avaliação da Precisão dos Itens do Cenário para validação do roteiro do cenário de simulação clínica. Aracaju-SE, 2023

Precisão	1º Rodada					2º Rodada				
	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²
1. Sobre o título do cenário	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
2. Sobre o público alvo	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
3. Sobre os participantes	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
4. Sobre o conhecimento prévio do aprendiz	5	62,50	0,203	81,40	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
5. Sobre os objetivos aprendizagem	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
6. Sobre as competências almeçadas	5	62,50	0,203	81,40	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
7. Sobre a complexidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
8. Sobre a fidelidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
9. Sobre a modalidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
10. Sobre o tempo de duração da simulação	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
11. Sobre os recursos	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
12. Sobre a preparação	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
13. Sobre o <i>briefing</i>	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
14. Sobre a promoção do pensamento crítico	6	75,00	0,497	86,21	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
15. Sobre a promoção da resolução autônoma de problemas	8	100,00	1,000	100,00	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
16. Sobre a vinheta	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
17. Sobre o <i>script</i> da cena	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
18. Sobre as pistas	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
19. Sobre o ambiente do cenário de simulação	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
20. O preparo do cenário contém as informações básicas e relevantes para a sua realização	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
21. Parâmetros do simulador/ atriz condizentes com o caso clínico	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
22. Sobre o <i>checklist</i> de execução do procedimento	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
23. Reflexão e análise das ações no <i>debriefing</i> segundo o modelo de GAS (<i>Gather, Analyze e Summarize</i>)	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000

Legenda: C – Nº de concordâncias. IVC – Índice de Validade de Conteúdo. CVC – Coeficiente de Validade de Conteúdo. ¹Teste Binomial Exato. ² Teste T para uma amostra.

Referente a tabela 8, na primeira rodada, os itens avaliados para **relevância** apresentaram os seguintes resultados. Para os itens com IVC de 91,67% e valor-p de 0,832, a concordância foi de 87,5% (7 de 8 avaliadores). Esses itens incluíram os “objetivos de aprendizagem”, as “competências almeçadas”, a “complexidade do cenário”, a “fidelidade do cenário”, a “modalidade do cenário”, o “*briefing*”, o “ambiente do cenário de simulação”, o “preparo do cenário” e os “parâmetros do simulador ou atriz”. Para os itens com IVC de 86,21% e valor-p de 0,497, a concordância foi de 75% (6 de 8 avaliadores). Esses itens foram: “conhecimento prévio do aprendiz” e “promoção do pensamento crítico”.

Por fim, os itens com IVC de 100% e valor-p de 1,000, que tiveram 100% de concordância (8 de 8 avaliadores), foram: “título do cenário”, “público-alvo”, “participantes”, “tempo de duração da simulação”, “recursos”, “preparação”, “promoção da resolução autônoma de problemas”, “vinheta”, “script da cena”, “pistas”, “*checklist* de execução do procedimento” e “reflexão e análise das ações no *debriefing* segundo o modelo GAS”. Na segunda rodada, a maioria dos itens alcançaram 100% de concordância (8 de 8 avaliadores), com IVC de 100% e valor-p de 1,000. Apenas um item não alcançou 100% de concordância, a saber: o “*checklist* de execução do procedimento”, que manteve 87,5% de concordância (7 de 8 avaliadores), com IVC de 91,67% e valor-p de 0,832. Esses resultados indicam uma melhoria significativa na relevância dos itens após a segunda rodada.

Tabela 8: Resultados das Rodadas de Avaliação da Relevância dos Itens do Cenário para validação do roteiro do cenário de simulação clínica. Aracaju-SE, 2023

(continua)

Relevância	1º Rodada					2º Rodada				
	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²
1. Sobre o título do cenário	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
2. Sobre o público alvo	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
3. Sobre os participantes	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
4. Sobre o conhecimento prévio do aprendiz	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
5. Sobre os objetivos aprendizagem	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
6. Sobre as competências almeçadas	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
7. Sobre a complexidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
8. Sobre a fidelidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000

9. Sobre a modalidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
10. Sobre o tempo de duração da simulação	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
11. Sobre os recursos	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
12. Sobre a preparação	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
13. Sobre o <i>briefing</i>	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
14. Sobre a promoção do pensamento crítico	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
15. Sobre a promoção da resolução autônoma de problemas	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
16. Sobre a vinheta	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
17. Sobre o <i>script</i> da cena	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
18. Sobre as pistas	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
19. Sobre o ambiente do cenário de simulação	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
20. O preparo do cenário contém as informações básicas e relevantes para a sua realização	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
21. Parâmetros do simulador/ atriz condizentes com o caso clínico	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
22. Sobre o <i>checklist</i> de execução do procedimento	8	100,00	1,000	100,00	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
23. Reflexão e análise das ações no <i>debriefing</i> segundo o modelo de GAS (<i>Gather, Analyze e Summarize</i>)	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000

Legenda: C – Nº de concordâncias. IVC – Índice de Validade de Conteúdo. CVC – Coeficiente de Validade de Conteúdo. ¹Teste Binomial Exato. ²Teste T para uma amostra.

(conclusão)

Tabela 9, na primeira rodada, os itens avaliados para **simplicidade** apresentaram os seguintes resultados. Para os itens com IVC de 91,67% e valor-p de 0,832, a concordância foi de 87,5% (7 de 8 avaliadores). Esses itens incluíram o “título do cenário”, os “participantes”, os “objetivos de aprendizagem”, a “complexidade do cenário”, a “modalidade do cenário”, o “*script* da cena”, o “ambiente do cenário de simulação”, o “preparo do cenário” e os “parâmetros do simulador ou atriz”. Para os itens com IVC de 86,21% e valor-p de 0,497, a concordância foi de 75% (6 de 8 avaliadores). Esses itens foram: “conhecimento prévio do aprendiz”, “competências almejadas”, “fidelidade do cenário”, “preparação”, “*briefing*” e “promoção do pensamento crítico”.

Por fim, os itens com IVC de 100% e valor-p de 1,000, que tiveram 100% de concordância (8 de 8 avaliadores), foram: “público-alvo”, “tempo de duração da simulação”, “recursos”, “promoção da resolução autônoma de problemas”, “vinheta”, “pistas”, “*checklist*

de execução do procedimento” e “reflexão e análise das ações no *debriefing* segundo o modelo GAS”. Na segunda rodada, a maioria dos itens alcançaram 100% de concordância (8 de 8 avaliadores), com IVC de 100% e valor-p de 1,000, exceto dois itens: o “título do cenário” e a “promoção da resolução autônoma de problemas”, que mantiveram 87,5% de concordância (7 de 8 avaliadores), com IVC de 91,67% e valor-p de 0,832.

A simplicidade dos itens assegura que a linguagem utilizada seja clara, concisa e livre de jargões ou termos técnicos excessivos, permitindo que os avaliadores e os alunos compreendam o significado e a intenção de cada item sem dificuldades. Os resultados apresentados nesta tabela demonstram que o cenário de simulação sobre VO foi considerado simples e de fácil compreensão pelos juízes especialistas após a segunda rodada de avaliação, garantindo que o cenário seja um instrumento confiável e relevante para o ensino sobre essa temática.

Tabela 9: Resultados das Rodadas de Avaliação da Simplicidade dos Itens do Cenário para validação do roteiro do cenário de simulação clínica. Aracaju-SE, 2023

(continua)

Simplicidade	1ª Rodada					2ª Rodada				
	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²
1. Sobre o título do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
2. Sobre o público alvo	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
3. Sobre os participantes	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
4. Sobre o conhecimento prévio do aprendiz	6	75,00	0,497	86,21	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
5. Sobre os objetivos aprendizagem	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
6. Sobre as competências almejadas	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
7. Sobre a complexidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
8. Sobre a fidelidade do cenário	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
9. Sobre a modalidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
10. Sobre o tempo de duração da simulação	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
11. Sobre os recursos	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
12. Sobre a preparação	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
13. Sobre o <i>briefing</i>	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
14. Sobre a promoção do pensamento crítico	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000

Simplicidade	1º Rodada					2º Rodada				
	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²
15. Sobre a promoção da resolução autônoma de problemas	8	100,00	1,000	100,00	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
16. Sobre a vinheta	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
17. Sobre o <i>script</i> da cena	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
18. Sobre as pistas	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
19. Sobre o ambiente do cenário de simulação	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
20. O preparo do cenário contém as informações básicas e relevantes para a sua realização	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
21. Parâmetros do simulador/ atriz condizentes com o caso clínico	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
22. Sobre o <i>checklist</i> de execução do procedimento	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
23. Reflexão e análise das ações no <i>debriefing</i> segundo o modelo de GAS (<i>Gather, Analyze e Summarize</i>)	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000

Legenda: C – N° de concordâncias. IVC – Índice de Validade de Conteúdo. CVC – Coeficiente de Validade de Conteúdo. ¹Teste Binomial Exato. ²Teste T para uma amostra.

(conclusão)

Em relação a tabela 10, na primeira rodada, os itens avaliados para **tipicidade** apresentaram os seguintes resultados. Para os itens com IVC de 91,67% e valor-p de 0,832, a concordância foi de 87,5% (7 de 8 avaliadores). Esses itens incluíram o “conhecimento prévio do aprendiz”, os “objetivos de aprendizagem”, as “competências almejadas”, a “complexidade do cenário”, a “fidelidade do cenário”, a “modalidade do cenário”, a “preparação”, o “*briefing*”, a “promoção do pensamento crítico”, a “promoção da resolução autônoma de problemas”, o “ambiente do cenário de simulação”, o “preparo do cenário” e os “parâmetros do simulador ou atriz”. Para o item com IVC de 86,21% e valor-p de 0,497, a concordância foi de 75% (6 de 8 avaliadores), referente ao ambiente do cenário de simulação.

Por fim, os itens com IVC de 100% e valor-p de 1,000, que tiveram 100% de concordância (8 de 8 avaliadores), foram: “título do cenário”, “público-alvo”, “participantes”, “tempo de duração da simulação”, “recursos”, “vinheta”, “*script* da cena”, “pistas”, “*checklist* de execução do procedimento” e “reflexão e análise das ações no *debriefing* segundo o modelo GAS”. Na segunda rodada, a maioria dos itens alcançaram 100% de concordância (8 de 8 avaliadores), com IVC de 100% e valor-p de 1,000, exceto três itens: a “complexidade do cenário”, a “promoção do pensamento crítico” e a “promoção da resolução autônoma de problemas”, que mantiveram

87,5% de concordância (7 de 8 avaliadores), com IVC de 91,67% e valor-p de 0,832. Esses resultados indicam uma melhoria significativa na tipicidade dos itens após a segunda rodada.

Tabela 10: Resultados das Rodadas de Avaliação da Tipicidade dos Itens do Cenário para validação do roteiro do cenário de simulação clínica. Aracaju-SE, 2023

Tipicidade	1º Rodada					2º Rodada				
	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²
1. Sobre o título do cenário	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
2. Sobre o público alvo	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
3. Sobre os participantes	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
4. Sobre o conhecimento prévio do aprendiz	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
5. Sobre os objetivos aprendizagem	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
6. Sobre as competências almeçadas	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
7. Sobre a complexidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
8. Sobre a fidelidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
9. Sobre a modalidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
10. Sobre o tempo de duração da simulação	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
11. Sobre os recursos	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
12. Sobre a preparação	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
13. Sobre o <i>briefing</i>	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
14. Sobre a promoção do pensamento crítico	7	87,50	0,832	91,67	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
15. Sobre a promoção da resolução autônoma de problemas	7	87,50	0,832	91,67	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
16. Sobre a vinheta	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
17. Sobre o <i>script</i> da cena	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
18. Sobre as pistas	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
19. Sobre o ambiente do cenário de simulação	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
20. O preparo do cenário contém as informações básicas e relevantes para a sua realização	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
21. Parâmetros do simulador/ atriz condizentes com o caso clínico	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
22. Sobre o <i>checklist</i> de execução do procedimento	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
23. Reflexão e análise das ações no <i>debriefing</i> segundo o modelo de GAS (<i>Gather, Analyze e Summarize</i>)	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000

Legenda: C – N° de concordâncias. IVC – Índice de Validade de Conteúdo. CVC – Coeficiente de Validade de Conteúdo. ¹Teste Binomial Exato. ²Teste T para uma amostra.

A Tabela 11 apresenta os resultados da avaliação da **variedade** dos itens do cenário de simulação. A variedade dos itens assegura que o cenário contemple diferentes aspectos da temática em questão, explorando uma gama diversificada de conhecimentos, habilidades e atitudes relevantes para o aprendizado dos participantes. Na primeira rodada, os itens avaliados para variedade apresentaram os seguintes resultados. Para os itens com IVC de 91,67% e valor-p de 0,832, a concordância foi de 87,5% (7 de 8 avaliadores). Esses itens incluíram o “conhecimento prévio do aprendiz”, os “objetivos de aprendizagem”, as “competências almejadas”, a “complexidade do cenário”, a “fidelidade do cenário”, a “modalidade do cenário”, a “promoção do pensamento crítico”, o “ambiente do cenário de simulação”, o “preparo do cenário”, os “parâmetros do simulador ou atriz” e as “pistas”. Para os itens com IVC de 86,21% e valor-p de 0,497, a concordância foi de 75% (6 de 8 avaliadores). Esses itens foram: “título do cenário”, “público-alvo”, “participantes” e “*briefing*”.

Por fim, os itens com IVC de 100% e valor-p de 1,000, que tiveram 100% de concordância (8 de 8 avaliadores), foram: “tempo de duração da simulação”, “recursos”, “preparação”, “promoção da resolução autônoma de problemas”, “vinheta”, “*script* da cena”, “*checklist* de execução do procedimento” e “reflexão e análise das ações no *debriefing* segundo o modelo GAS”. Na segunda rodada, a maioria dos itens alcançaram 100% de concordância (8 de 8 avaliadores), com IVC de 100% e valor-p de 1,000, exceto três itens: a “promoção do pensamento crítico”, a “promoção da resolução autônoma de problemas” e o “*script* da cena”, que mantiveram 87,5% de concordância (7 de 8 avaliadores), com IVC de 91,67% e valor-p de 0,832. Esses resultados demonstram que as modificações implementadas foram eficazes ao atender às expectativas dos especialistas em relação à variedade dos itens.

Tabela 11: Resultados das Rodadas de Avaliação da Variedade dos Itens do Cenário para validação do roteiro do cenário de simulação clínica. Aracaju-SE, 2023
(continua)

Variedade	1º Rodada					2º Rodada				
	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²	C	IVC	valor-p ¹	CVC	valor-p ²
1. Sobre o título do cenário	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
2. Sobre o público alvo	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
3. Sobre os participantes	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000

4. Sobre o conhecimento prévio do aprendiz	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
5. Sobre os objetivos aprendizagem	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
6. Sobre as competências almeçadas	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
7. Sobre a complexidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
8. Sobre a fidelidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
9. Sobre a modalidade do cenário	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
10. Sobre o tempo de duração da simulação	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
11. Sobre os recursos	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
12. Sobre a preparação	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
13. Sobre o <i>briefing</i>	6	75,00	0,497	86,21	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
14. Sobre a promoção do pensamento crítico	7	87,50	0,832	91,67	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
15. Sobre a promoção da resolução autônoma de problemas	8	100,00	1,000	100,00	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
16. Sobre a vinheta	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
17. Sobre o <i>script</i> da cena	8	100,00	1,000	100,00	1,000	7	87,50	0,832	91,67	1,000
18. Sobre as pistas	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
19. Sobre o ambiente do cenário de simulação	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
20. O preparo do cenário contém as informações básicas e relevantes para a sua realização	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
21. Parâmetros do simulador/ atriz condizentes com o caso clínico	7	87,50	0,832	91,67	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
22. Sobre o checklist de execução do procedimento	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000
23. Reflexão e análise das ações no <i>debriefing</i> segundo o modelo de GAS (<i>Gather, Analyze e Summarize</i>)	8	100,00	1,000	100,00	1,000	8	100,00	1,000	100,00	1,000

Legenda: C – Nº de concordâncias. IVC – Índice de Validade de Conteúdo. CVC – Coeficiente de Validade de Conteúdo. ¹Teste Binomial Exato. ²Teste T para uma amostra.

(conclusão)

6 DISCUSSÃO

6.1 Construção do cenário

A presente pesquisa aborda uma temática de extrema relevância para a saúde pública e para a formação de acadêmicos na área da enfermagem: a VO. A problemática dessa violência, caracterizada por práticas desumanas e desrespeitosas durante o parto, impacta negativamente a saúde física e psicológica das mulheres. Entende-se que a VO decorre de uma série de fatores históricos, culturais, sociais e institucionais que culminam na naturalização e incorporação dessas práticas na rotina dos serviços de saúde, entre eles pode-se citar o modelo de assistência medicalizado e tecnocrático, hierarquia e assimetria de poder, desumanização, falta de acolhimento e desinformação da paciente.

O modelo de assistência medicalizado e tecnocrático configura-se pela transição do parto do ambiente doméstico para o hospitalar culminando em um modelo assistencial focado em intervenções médicas e na patologização do processo fisiológico. Essa abordagem prioriza a tecnologia em detrimento da fisiologia do parto e da autonomia da mulher, abre precedentes para a realização de procedimentos desnecessários, assim, desvalorizando a experiência individual da mulher. Associado a esse modelo, existe nas instituições de saúde uma hierarquia, onde o conhecimento dos profissionais é frequentemente colocado em posição de superioridade incontestável em relação ao saber e à experiência da mulher sobre seu próprio corpo (Bezerra *et al.*, 2020).

A complexidade da VO se aprofunda ao considerarmos fatores institucionais. A sobrecarga de trabalho e a dificuldade com recursos humanos e estruturais são obstáculos significativos e contribuem para um atendimento impessoal. Soma-se a isso uma formação profissional geralmente voltada a técnica e desprovida de humanismo. Essa combinação de fatores é agravada pela ausência de acesso da gestante a informações claras e baseadas em evidências sobre seus direitos e os procedimentos obstétricos. A desinformação coloca a mulher em uma posição de vulnerabilidade, dificultando o questionamento das condutas profissionais e, conseqüentemente, perpetuando o ciclo da violência por receio de retaliação ou de uma piora no atendimento (Orso *et al.*, 2021).

Diante desse contexto, o desenvolvimento de estratégias de ensino eficazes, que capacitem estudantes a identificar e manejar situações de VO, é fundamental para mudança dessa prática. Este estudo se insere nesse contexto, apresentando a construção e validação de

um cenário de simulação realística que visa preparar acadêmicos de enfermagem para lidar com essa problemática (Silva *et al.*, 2020).

A construção de um cenário clínico simulado sobre VO para estudantes de enfermagem exige um planejamento cuidadoso e a consideração de diversos aspectos. Em primeiro lugar, é fundamental que o cenário seja realista e represente situações que os futuros profissionais de enfermagem possam encontrar em sua prática clínica. O cenário dessa pesquisa exigiu uma imersão profunda na literatura a partir da revisão de escopo, com o objetivo de mapear os principais tipos de VO e as melhores estratégias para sua prevenção e identificação (Yamane *et al.*, 2019).

A identificação da violência verbal e física como os tipos mais comuns de VO, e a constatação da educação e orientação em saúde como a ferramenta mais importante para o seu combate, direcionaram a escolha do *role-play* como o tipo de simulação mais adequado. Essa decisão se justifica pela natureza interativa do *role-play*, que oferece um ambiente de aprendizado propício para o desenvolvimento de habilidades. Ao simular situações reais de interação, permite que os participantes vivenciem na prática os desafios e as nuances do atendimento obstétrico e ao assumirem papéis como o de profissional de saúde, os acadêmicos têm a oportunidade de desenvolver a empatia e a sensibilidade necessárias para lidar com a complexidade da VO (Crescêncio *et al.*, 2020).

A simulação de situações de VO por meio do *role-play* possibilita que os alunos pratiquem habilidades de comunicação, tanto verbal quanto não verbal, que são essenciais para o acolhimento da gestante, a identificação de sinais de violência e a intervenção adequada. Além disso, esse modelo de simulação permite que os alunos experimentem diferentes abordagens e estratégias de enfrentamento da VO, aprendendo a tomar decisões assertivas e seguras em situações de pressão e estresse. A escolha do *role-play*, também se justifica pela sua capacidade de promover a reflexão crítica e o aprendizado colaborativo (Souza, *et al.* 2020; Gomes, *et al.* 2022).

Baseado no modelo *NLN/Jeffries* que enfatiza a importância de se criar um ambiente de aprendizagem seguro e acolhedor, onde os participantes se sintam à vontade para interagir, cometer erros e aprender com eles, o cenário desse estudo foi cuidadosamente planejado para reproduzir um ambiente de maternidade e sala de parto realístico, com a utilização de recursos materiais como maca hospitalar, biombo, materiais de parto, sonar *doppler*, entre outros. A caracterização dos participantes, com a atriz representando uma gestante em trabalho de parto, o técnico de enfermagem e o acompanhante, contribuem para a imersão dos alunos na situação simulada (Sibley; Robinson, 2024).

O modelo *NLN/Jeffries* também destaca o papel fundamental dos participantes no processo de simulação. No cenário sobre VO, os acadêmicos de enfermagem são os participantes ativos, responsáveis por identificar as situações de violência, intervir e prestar o cuidado adequado à gestante. Os atores, representando a gestante, o técnico de enfermagem e o acompanhante, desempenharam papéis importantes na simulação, permitindo que os alunos vivenciassem a complexidade da interação humana em um contexto de VO. O facilitador, por sua vez, desempenha o papel de mediador, guiando a discussão durante o *debriefing* e auxiliando os alunos a refletirem sobre suas ações e aprendizados (Al Khasawneh *et al.*, 2021).

Quanto ao *design* do cenário de simulação, esse, foi elaborado com base nos objetivos de aprendizagem estabelecidos, a saber, cognitivo: reconhecer situações de violência obstétrica; psicomotora: executar educação em saúde direcionada à violência obstétrica; afetiva: demonstrar autoconfiança na realização de um cuidado humanizado. Assim, corroborando com o modelo adotado, o qual enfatiza a importância de se definir objetivos claros e específicos. Além disso, o cenário foi estruturado em quatro etapas: preparação, *briefing*, caso simulado e *debriefing*, sendo cuidadosamente planejado para atingir os objetivos de aprendizagem, com a utilização de recursos como artigos científicos, roteiro do caso clínico e *checklist* de avaliação (Silva; Diniz, 2023).

6.2 Validação do cenário

A validação do cenário de simulação realística sobre identificação e manejo da violência obstétrica representou uma etapa crucial para assegurar a qualidade, fidedignidade e aplicabilidade do instrumento pedagógico desenvolvido. Fundamentado nos critérios teóricos e psicométricos propostos por Pasquali (2010), esse processo buscou confirmar a pertinência, clareza, objetividade e adequação dos itens do cenário, além de garantir sua efetividade no processo de ensino-aprendizagem de acadêmicos de enfermagem, especialmente em áreas sensíveis como a obstetrícia, onde a prática humanizada e segura é essencial.

Assim, com o intuito de aferir a validade do cenário de simulação elaborado para o treinamento de acadêmicos de enfermagem na identificação e no manejo da VO, foi construído um instrumento de validação contendo 23 questões e enviado aos juízes. Tal instrumento foi avaliado em duas rodadas por um grupo de oito especialistas, composto majoritariamente por mulheres, essa característica é particularmente relevante, visto que a VO afeta principalmente o sexo feminino, cuja perspectiva contribui significativamente para a avaliação do cenário.

A amostra de especialistas que avaliaram o instrumento de validação, também, era composta por profissionais de diferentes áreas da enfermagem e da docência, com distribuição geográfica em vários estados do Brasil, com destaque para o Nordeste, o que possibilitou a incorporação de olhares diversos e representativos sobre a VO, considerada uma grave violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública.

Ainda segundo Souto (2020) a participação de profissionais com experiência em simulação realística e em saúde da mulher/obstetrícia contribui para uma avaliação crítica e detalhada do cenário, permitindo identificar oportunidades de aprimoramento que enriquecem a qualidade do treinamento.

Na primeira rodada, participaram nove juízes, assim, utilizou-se uma escala Likert de três pontos, permitindo a análise qualitativa e quantitativa dos elementos avaliados. Além disso, foi disponibilizado espaço para comentários abertos, o que resultou em sugestões significativas para o aprimoramento do cenário. Os critérios analisados incluíram clareza, objetividade, simplicidade, relevância, precisão, tipicidade, modalidade, variedade, credibilidade e adequação comportamental, com isso, tais dimensões garantem que o conteúdo seja avaliado em sua totalidade, desde os aspectos linguísticos até os pedagógicos, conforme proposto por Pasquali (2010).

O aprimoramento do cenário corrobora com os dados de Kaneko e Lopes (2019), ao qual destacam que o cenário em simulação realística é parte integrante e fundamental para o planejamento e organização dos cursos de formação profissional, capacitação e treinamento de profissionais de saúde. Visto que, elaboração de um roteiro teórico-prático contribui significativamente para alcançar os objetivos educacionais e disseminar o uso da simulação nas instituições de ensino e saúde.

A análise estatística dos dados coletados foi realizada por meio dos índices de validade de conteúdo (IVC) e coeficiente de validade de conteúdo (CVC), ambos reconhecidos por sua robustez metodológica. Os valores obtidos superaram o ponto de corte mínimo de 0,8 recomendado por Pasquali (2010), validando a consistência dos itens. Adicionalmente, aplicou-se o teste t unilateral e o teste binomial exato para garantir a significância estatística dos resultados e assegurar a robustez analítica do processo.

A segunda rodada de avaliação contou com oito juízes, devido à ausência de um dos especialistas. Apesar da redução, os resultados permaneceram consistentes e indicaram melhorias em relação aos itens revisados, demonstrando que o processo iterativo favoreceu a qualidade final do instrumento. Foram implementadas alterações pontuais conforme as sugestões dos especialistas, como a reformulação do título do cenário para incluir o termo

“cenário simulado”, e o enriquecimento da descrição do *briefing*, destacando a oferta de material prévio aos discentes.

Visando garantir a precisão e relevância do conteúdo, foram incluídos elementos como o tempo de trabalho de parto da gestante, detalhes da avaliação física e sinais vitais realizados na triagem, bem como a progressão da dor relatada pela paciente, que foi aprimorada no script da atriz. Tais mudanças contribuíram para uma simulação mais realista e contextualizada. Como resultado, o IVC desses aspectos atingiu 100% na segunda rodada (Costa; Ferreira, 2021).

Na ótica do aprimoramento da tipicidade e credibilidade, a vinheta do cenário foi cuidadosamente ajustada para fornecer informações detalhadas sobre a gestante, incluindo dados do exame clínico obstétrico que de início não apresentava, como a altura do fundo uterino, dinâmica uterina, achados no toque vaginal, esses detalhes incluídos, possibilita ao aluno a avaliação do risco da situação e planejem suas ações de acordo. Os personagens do cenário (gestante, técnico de enfermagem e acompanhante) foram caracterizados de forma mais completa, com detalhes sobre sua aparência, comportamento e falas, essa caracterização minuciosa contribui para a imersão dos alunos em um ambiente típico de sala de parto, permitindo que eles interajam com os personagens como se estivessem em um contexto clínico real (Watts, *et al.*, 2021).

Para garantir a fidelidade do cenário, o ambiente de simulação foi cuidadosamente projetado para reproduzir uma sala de parto, incluindo todos os recursos materiais indispensáveis, como mesa, cadeiras, maca hospitalar, biombo, suporte de soro, sonar *doppler* entre outros. Os personagens que compõem o cenário, gestante, técnico de enfermagem e acompanhante, foram idealizados para atuar com realismo, permitindo que os acadêmicos interagissem como se estivessem diante de uma situação clínica real. A opção pela modalidade cênica de alta fidelidade, possibilita uma representação mais intensa e impactante das agressões verbais, além de possibilitar a sugestão de atos físicos de forma controlada.

O script dos atores foi reescrito com maior especificidade, incluindo pistas que permitissem uma atuação mais dinâmica e responsiva, adaptando-se ao comportamento dos acadêmicos durante a simulação. Essa flexibilidade torna o processo mais interativo e realístico, promovendo um aprendizado significativo. A literatura destaca que, ao investir na verossimilhança do ambiente, na caracterização dos personagens e na fidelidade dos conteúdos, é possível criar experiências formativas que marcam a trajetória profissional dos discentes (Paulino, 2020).

Ainda que se busque alta fidelidade, a simplicidade do cenário foi preservada. Elementos que poderiam distrair ou confundir os alunos foram eliminados. Por exemplo, no

presente estudo, o cenário foi revisado e elementos desnecessários que pudessem prejudicar a compreensão dos participantes foram eliminados, como: a episiotomia, presente na primeira versão, foi substituída pela manobra de *Kristeller*, uma técnica menos complexa e mais adequada ao procedimento que o técnico de enfermagem pode realizar. A comorbidade diabetes gestacional também foi excluída para não interferir nas condutas dos acadêmicos. Como aponta Taglietti, Zilly e Boscarioli (2021), a simplicidade contribui para o foco dos alunos e a eficácia do processo de aprendizagem.

Isso corrobora como abordado na pesquisa de Souto (2020), a autora enfatiza a importância de manter a simplicidade no cenário, focando nos elementos essenciais para o aprendizado e evitando distrações desnecessárias. A simplicidade permite que os alunos se concentrem na interação com os atores e no conteúdo da simulação, otimizando o processo de aprendizagem. A combinação da simplicidade com a definição clara dos objetivos de aprendizagem possibilita uma avaliação mais precisa do desempenho dos estudantes, identificando as habilidades desenvolvidas e as áreas que necessitam de maior atenção.

Os objetivos de aprendizagem foram comportamentalizados, permitindo avaliar o desempenho dos alunos de forma clara e objetiva. Por exemplo, o objetivo "identificar situações de violência obstétrica" se traduz em ações observáveis, como reconhecer condutas inadequadas, comunicar-se de forma empática com a gestante e intervir diante de atitudes abusivas. Essa prática contribui para o feedback construtivo durante o debriefing (Vieira, 2020).

No presente estudo, o *debriefing* foi estruturado com base no modelo GAS (*Gather, Analyze, Summarize*), com adaptações que favoreceram um ambiente reflexivo e acolhedor. O tempo de fala foi flexibilizado, e o checklist de avaliação passou a utilizar escalas qualitativas (adequado, parcialmente adequado, inadequado) em vez de binárias. Segundo Bassi *et al.* (2024), o modelo GAS favorece o desenvolvimento de competências como pensamento crítico, integração de saberes e autorreflexão.

A avaliação da modalidade do cenário teve um papel central neste processo, com isso, a escolha do *role-playing*, em que os participantes assumem papéis ativos, foi validada como adequada para a temática de saúde da mulher. Na primeira rodada, um item referente à modalidade apresentou discordâncias, mas foi corrigido de forma eficaz, sendo plenamente aceito na rodada seguinte.

Esse reconhecimento à modalidade de simulação adotada valida o alinhamento entre a estrutura do cenário e os objetivos pedagógicos propostos, bem como, o engajamento dos especialistas na análise qualitativa dos elementos reforça a importância da modalidade interativa para o desenvolvimento de habilidades clínicas e comportamentais.

O critério de objetividade, fundamental para garantir a imparcialidade e a precisão do cenário, também apresentou avanços significativos entre as rodadas, assim, os itens que inicialmente geraram dúvidas, como conhecimento prévio e promoção do pensamento crítico, foram reformulados com sucesso, diante disso, a homogeneidade na interpretação desses itens é crucial para o bom desempenho do cenário na prática.

A temática abordada também foi destacada pelos juízes como inovadora e urgente, em virtude de que, no Brasil, um estudo da Fundação Perseu Abramo, de 2010, revelou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência na assistência ao parto, o que reforça a necessidade de preparar futuros profissionais para lidar com essa realidade de forma ética e empática. A simulação realística oferece um espaço seguro para essa preparação, permitindo que os estudantes desenvolvam competências técnicas e comportamentais essenciais.

Assim como Barros, Pereira e Botelho (2024) destacam que a implementação de práticas baseadas em evidências, como o uso de protocolos de segurança e checklists, a capacitação contínua das equipes de saúde e a adoção de tecnologias de monitoramento fetal, são estratégias fundamentais para mitigar erros e melhorar a qualidade do atendimento obstétrico.

Estudos como o de Vieira (2020) reforçam a importância de incluir conteúdos sobre os direitos da mulher na formação em enfermagem, promovendo práticas humanizadas. Além disso, Souto (2020) demonstram que programas baseados em simulação têm impacto positivo na mudança de condutas clínicas e na redução de práticas violentas em obstetrícia.

A qualidade do cenário validado, mesmo diante da limitação da não realização do teste piloto, foi reconhecida pelos juízes, que demonstraram elevada concordância em todos os critérios analisados. A ausência de testagem prática pode ser considerada uma limitação, mas os resultados estatísticos e qualitativos sugerem que o instrumento apresenta elevado potencial educativo e de aplicação.

Os resultados aqui apresentados validam um roteiro de simulação com potencial de ser utilizado em diferentes instituições de ensino. A validação robusta permite que o instrumento seja replicado em diversos contextos, respeitando adaptações mínimas conforme as especificidades locais. Isso amplia o impacto pedagógico da proposta.

A simulação clínica, quando bem estruturada, favorece o desenvolvimento de competências essenciais ao cuidado integral, diante disso, o cenário validado pode contribuir significativamente para o treinamento de habilidades clínicas, tomada de decisão, raciocínio crítico e trabalho em equipe, aspectos indispensáveis na prática obstétrica.

A segunda rodada de validação se mostrou determinante para consolidar a qualidade do cenário, com isso, a comparação entre as rodadas permitiu identificar avanços concretos em

todos os critérios avaliados, demonstrando que o feedback dos especialistas foi incorporado com sucesso. Esse diálogo entre pesquisadores e avaliadores enriquece o processo.

Dessa forma, conclui-se que o cenário de simulação realística validado neste estudo representa uma estratégia eficaz para o ensino sobre violência obstétrica, contribuindo para a formação de profissionais mais conscientes, preparados e comprometidos com a humanização do cuidado. Sua aplicação poderá ser ampliada para diferentes contextos de ensino em enfermagem, colaborando com a transformação da prática assistencial e com a consolidação de políticas de enfrentamento à violência obstétrica.

7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo comprovam que o cenário construído é viável para o ensino do tema nos cursos de enfermagem. Espera-se que o produto da pesquisa seja útil para reforçar a importância da simulação clínica como estratégia de ensino na formação de profissionais de saúde mais preparados para identificar e intervir em casos de violência obstétrica.

O estudo apresentou com limitação a dificuldade na captação de aceite dos juízes o que resultou em uma pequena amostra para realizar a validação, no entanto, não diminuiu a qualidade do cenário tendo em vista que se enquadra dentro do preconizado pelo referencial adotado, tendo sido assegurado seu potencial de replicação e generalização conforme os testes estatísticos adotados.

Bem como, não foi possível realizar a validação clínica do cenário junto aos acadêmicos de enfermagem, assim, salienta-se que há a necessidade de aplicar esse roteiro com discentes de graduação em enfermagem e/ou profissionais de saúde, de modo a identificar se o mesmo apresenta-se exequível e aplicável na prática clínica simulada. Espera-se que após testagem o cenário possa contribuir na formação e qualificação de futuros enfermeiros.

Dessa forma, almeja-se que esse estudo possa contribuir para ampliação dos recursos disponíveis para o ensino em enfermagem, contribuindo com a formação de estudantes de graduação no quesito atualidade e qualidade do cuidado no que concerne essa temática.

REFERÊNCIAS

- ALCANTARA, P. P. T. *et al.* Cuidado integral às mulheres vítimas de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.29, n.9, p. e08992023, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.08992023>. Acesso em: 24 jan. 2025.
- ALEXANDRIA, S. T. *et al.* Violência obstétrica na perspectiva dos profissionais de enfermagem envolvidos na assistência ao parto. **Cultura de los Cuidados**, n. 53, p. 119-128, 2019. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/91758/1/CultCuid_53-119-128.pdf. Acesso em: 21 mai. 2023.
- ALTAMIRANO-DROGUETT, J. E. Simulação clínica: uma contribuição para o ensino e aprendizagem na área de obstetrícia. **Educare, Heredia**, v. 23, n. 2, p. 167-187, ago. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.23-2.9>. Acesso em: 24 jan. 2025.
- AL KHASAWNEH, E. *et al.* Efficacy of simulation using NLN/Jeffries Nursing Education Simulation Framework on satisfaction and self-confidence of undergraduate nursing students in a middle-eastern country. **SAGE Open Nursing**, v.20, n7. e:23779608211011316, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/23779608211011316>. Acesso em: 16 jan. 2025.
- ALVES, T. C. M. *et al.* Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 4, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2210/605>. Acesso em: 13 set. 2022.
- AMORIM, G. C. *et al.* Cenários simulados em enfermagem: revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0123pt>. Acesso em: 21 mai. 2023.
- ANDRADE, P. O. N. **Construção e validação do cenário de simulação clínica no manejo da hemorragia pós-parto**. Tese (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/25985>. Acesso em: 12 abr. 2023.
- ARAÚJO, P. R. S.; DUARTE, T. T.; MAGRO, M. C. S. Efeito da simulação para a aprendizagem significativa. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 12, n. 12, p. 3416–3425, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a237671p3416-3425-2018>. Acesso em: 04 out. 2022.
- ANDRADE, P. O. N. *et al.* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, v. 16, p. 29-37, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>. Acesso em: 01 set. 2022.
- ANDREZZO, H. F. de A. **O desafio do direito à autonomia: uma experiência de Plano de Parto no SUS**. Tese (Mestrado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-07112016-141429/publico/HalanaFariaDeAguiarAndrezzo.pdf>. Acesso em: 04 out. 2022.

BASSI, M. V. M. *et al.* Comparação de dois modelos de briefings na simulação in situ para enfermeiros. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 5, p. e4110, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV4N5-213>. Acesso em: 04 out. 2022.

BIERNACKI, P.; WALDORF, D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. **Sociological Methods & Research**, v.2, n.10, 1981. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/004912418101000205>. Acesso em: 14 abr. 2023.

BITTENCOURT, S. D. A. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 801-821, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>. Acesso em: 14 abr. 2023.

BOGNE, V.; KIRKPATRICK, C.; ENGLERT, Y. Simulation training in the management of obstetric emergencies. A review of the literature. **Revue medicale de Bruxelles**, v. 35, n. 6, p. 491-498, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25619048/>. Acesso em: 14 abr. 2023.

BRAGA, L. S. *et al.* Produção científica nacional acerca da violência obstétrica: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 4, p. 26253-26271, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n4-232>. Acesso em: 13 set. 2022.

BRANCO, M. A. **Práticas associadas à violência obstétrica no parto vaginal: estudo de base populacional em um município do extremo sul do Brasil**. Tese (Mestrado em Medicina – Universidade do Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2017. Disponível em: <https://repositorio.furg.br/handle/1/10326>. Acesso em: 08 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 junho de 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 02 set. 2022.

CARREGAL, F. A. S. *et al.* Resgate histórico dos avanços da enfermagem obstétrica brasileira. História da Enfermagem: **Revista Eletrônica**, v.11, n. 2, p.123-132, 2020. Disponível em: <https://periodicos.abennacional.org.br/here/article/view/86>. Acesso em: 24 jan. 2025.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. **Enfermería Global**, v. 16, n. 3, p. 71-97, 2017. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/250481/212861>. Acesso em: 27 set. 2022.

CARVALHO, S.; SILVA, C. S. *et al.* Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto normal: revisão de literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 63, 2020. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6290. Acesso em: 15 mar. 2023.

CASTRO, M.C.; RATES, S.S. Obstetric violence in Chile: Women's perceptions and differences among health centers. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.46, e:24, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>. Acesso em: 15 mar. 2023.

CATOIA, C. C.; SEVERI, F. C.; FIRMINO, I. F. C. Caso “Alyne Pimentel”: violência de gênero e interseccionalidades. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 1, p. e60361, 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n160361>. Acesso em: 21 mai. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). **Nota conjunta CONASS/CONASEMS: Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI)**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conjunta-conass-conasems-rede-deatencao-materna-e-infantilrami/#:~:text=No%20dia%2023%20de%20fevereiro,substitui%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20chamada%20Rede%20Cegonha>. Acesso em: 05 abr. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Manual de simulação clínica para profissionais de enfermagem**. São Paulo: Coren-SP; 2020. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Manual-de-Simula%C3%A7%C3%A3o-Cl%C3%ADnica-para-Profissionais-de-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2023.

COSTA, J. K. L. Construção e validação de um instrumento de avaliação de conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros sobre a atenção pré-natal: plano de parto. 2021. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/Acervo/Detalhe/1346124>. Acesso em: 24 jan. 2025.

COSTA, R. S.; FERREIRA, J. P.; VIANA, M. R.P. Boas práticas na assistência ao parto natural. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e53210515394-e53210515394, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15394>. Acesso em: 05 abr. 2023.

CRESCÊNCIO, P. E. S. *et al.* Percepção dos estudantes que desempenharam papéis de pacientes simulados (role play) em atividades clínicas simuladas. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 6, p. 143-150, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3703>. Acesso em: 24 jan. 2025.

DIAS, C. M. *et al.* Protocols for telephone follow-up of people with gastrointestinal cancer undergoing chemotherapy. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE039007734, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO007734>. Acesso em: 04 out. 2022.

DIAS, A. A. *et al.* Construção e validação de cenário clínico e checklist para avaliação de competências na reanimação cardiopulmonar. **Cogitare Enfermagem**, v. 28, p. e90065, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.90065>. Acesso em: 04 out. 2022.

DIAS, E. S.; JESUS, C.V. F. de. Aplicação de metodologias ativas no processo de ensino em enfermagem: revisão integrativa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 15, n. 21, p. 19-31, 2021. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1127>. Acesso em: 10 abr. 2023.

DORNFELD, D. *et al.* Simulação realística para treinamento de enfermeiros residentes no atendimento ao recém-nascido em sala de parto: contribuições para a segurança do paciente. In: *Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 42., 2022, Porto Alegre, RS. **Anais da Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2022. p. 10-15. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/274816>. Acesso em: 24 jan. 2025.

FABRI, R. P. *et al.* Construção de um roteiro teórico-prático para simulação clínica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016265103218>. Acesso em: 15 abr. 2023.

FRITZ, J. *et al.* Can a simulation-based training program impact the use of evidence based routine practices at birth? Results of a hospital-based cluster randomized trial in Mexico. **PloS one**, v. 12, n. 3, p. e0172623, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172623>. Acesso em: 15 abr. 2023.

FU, Ya-Lin *et al.* Development and evaluation of a simulation activity on preoperative patient care: cross-sectional study applying the National League for Nursing/Jeffries simulation theory. **Nurse Education in Practice**, v.3, n.83, e:104282, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104282>. Acesso em: 13 jan. 2025.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa: Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/publicacoes/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado/>>. Acesso em: 03/04/2025.

GHEZZI, J. F. S. A. *et al.* Estratégias de metodologias ativas de aprendizagem na formação do enfermeiro: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0130>. Acesso em: 05 abr. 2023.

GOMES, R. G. *et al.* Desenvolvimento da competência de avaliação clínica do paciente crítico por acadêmicos de enfermagem: Contribuição da Simulação. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0384>. Acesso em: 10 mar. 2023.

GUARDA, D. *et al.* Validação de instrumento de avaliação da metodologia ativa de sala de aula invertida. **Educação e Pesquisa**, v. 49, e:248000, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-4634202349248000por>. Acesso em: 23 jan. 2025.

ISMAEL, F. M. *et al.* Assistência de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 2, n.2, p. 75-80, 2020. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/92/85>. Acesso em: 17abr. 2023.

JEFFRIES, P. R. A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. **Nursing Education Perspectives**, v. 26, n. 2, p. 96–103, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15921126/>. Acesso em: 04 out. 2022.

JEFFRIES, P.; RISOTO, M. A. **Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach of III adults and children: a national, multi-site, multi-method study**. EUA: National League for Nursing, 2006.

JEFFRIES, P. R; RODGERS B.; ADAMSON, K. NLN Jeffries simulation theory: brief narrative description. **Nurs Educ Perspect**. v.5, n. 23, p. 292-5, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5480/1536-5026-36.5.292>. Acesso em: 16 abr. 2023.

KANEKO, R. M. U; LOPES, M.H. B. M. Cenário em simulação realística em saúde: o que é relevante para a sua elaboração. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.53, n.

e03453,2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018015703453>. Acesso em: 21 mai. 2023.

KNOBEL, R. *et al.* Planejamento, construção e utilização de simuladores artesanais para aprimoramento do ensino e aprendizagem de Obstetrícia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. e3302, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3684.3302>. Acesso em: 21 mai. 2023.

KATZ, L. *et al.* Quem tem medo da violência obstétrica? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 623-626, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>. Acesso em 20 set. 2022.

KHOURI, N. D. M. A. A. SILVA, J. C. Revisão narrativa: metodologias de adaptação e validação de instrumentos psicológicos. **Revista Eixo**, v. 8, n. 2, p. 220-229, 2019. Disponível em: <https://arquivorevistaeixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/view/588>. Acesso em: 22 jan. 2025.

LEAL, N. P. *et al.* Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 941-950, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020>. Acesso em: 05 set. 2022.

LEITE, T. H. *et al.* Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.29, p. e12222023, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.12222023>. Acesso em: 05 jan. 2025.

MARZIALE, M. H. P. *et al.* Projeto AGIR e o alerta para a utilização adequada de instrumentos de coleta de dados em pesquisas. Boletim Informativo do Projeto AGIR-COV2020, Ribeirão Preto, 10 jan. 2021. Disponível em: <https://sites.usp.br/agir/wp-content/uploads/sites/885/2021/03/boletim-AGIR-n1.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2025.

MEHROTRA, D. V.; CHAN, I. S.; BERGER, R. L. A cautionary note on exact unconditional inference for a difference between two independent binomial proportions. **Biometrics**, v. 59, n. 2, p. 441–450, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1541-0420.00051>. Acesso em: 04 out. 2022.

MEDEIROS, R. K. S. *et al.* Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 4, p. 127–135, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>. Acesso em: 04 out. 2022.

SILVA, S. R; DINIZ, S. N. Construção do cenário em simulação clínica. **Humanidades e Tecnologia**, v.42, n.1, p. 246-256, 2023. Disponível em: https://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/4666/2476. Acesso em: 16 jan. 2025.

MENDES, Y., MYRNA M. B.; RATTNER, D. Estrutura e práticas nos hospitais do Projeto Apice ON: um estudo de linha de base. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001497>. Acesso em: 22 mai. 2023.

OLIVEIRA, M. S. S. *et al.* Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes. **ABCS Health Sciences**, v. 44, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v44i2.1188>. Acesso em: 08 out. 2022.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed; 2010.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Disponível em: <https://document.onl/documents/pasquali-principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.html>. Acesso em: 24 jan. 2025.

PAULINO, R. G. Validação de instrumento para avaliação da assistência de enfermagem em serviços obstétricos. 2020. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2020. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/37898>. Acesso em: 24 jan. 2025.

PETRY, S. *et al.* Reformas curriculares na transformação do ensino em enfermagem em uma universidade federal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/RzW7w7VTSQSckXxdrtpJhfz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2023.

RAMSEYER, A. M.; LUTGENDORF, M. A. Implementation of low-cost obstetric hemorrhage simulation training models for resident education. **Military Medicine**, v. 184, n. 11-12, p. e637-e641, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/milmed/usz098>. Acesso em: 10 abr. 2023.

RIBEIRO, C. M.; SALVADOR, C. A. Violência obstétrica: breve análise dos aspectos jurídicos da responsabilidade civil a luz dos direitos fundamentais. **Revista Direito em Foco**, v. 14, n. 1, p. 65-83, jun. 2022. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2022/06/CINTHIA-MUNIZ-RIBEIRO-VIOL%C3%84NCIA-OBST%C3%89TRICA-ARTIGO-p%C3%A1g-65-a-83.pdf>. Acesso em: 22 set. 2022.

RIBEIRO, V. S. *et al.* Simulação clínica e treinamento para as práticas avançadas de enfermagem: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.31, n.6, p.659-666, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800090>. Acesso em: 18 jan. 2025.

REIS, K.L. *et al.* Validação de uma tecnologia educacional: manual obstétrico para a atenção primária. **Nursing Edição Brasileira**, v.22, n.258, p.3351-3355, 2019. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/427>. Acesso em: 24 jan. 2025

ROCHA, N. F. F.; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 556-568, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>. Acesso em: 03 out. 2022.

ROSA, M. E. C. *et al.* Aspectos positivos e negativos da simulação clínica no ensino de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0353>. Acesso em: 11 abr. 2023.

SANTOS, L. C. *et al.* Características e repercussões da simulação como estratégia para o ensino-aprendizagem em enfermagem: revisão integrativa. **Archives of Health Sciences**. v. 27, n. 1, p. 70-75, 2020. Disponível em: <https://ahs.famerp.br/index.php/ahs/article/view/72>. Acesso em: 02 abr. 2023.

SANTOS, M. L. *et al.* Plano de parto: O conhecimento da gestante sobre esta ferramenta para empoderamento durante a assistência obstétrica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 10143-10165, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/14775/12225>. Acesso em: 03 out. 2022.

SANTOS, A. M. D *et al.* Validação de tecnologias educacionais na área da saúde: protocolo de scoping review. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, p. e75101724342, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24342>. Acesso em: 23 jan. 2025.

SIBLEY, S.; ROBINSON, K. N. Nurse Practitioner Education: Recommending Theories and Frameworks for Simulation-Based Experiences and Research. **Journal of Professional Nursing**, v. 54, p. 50-53, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2024.06.010>. Acesso em: 24 jan. 2025.

SILVA, C. A. da. *et al.* Percepções atribuídas por parturientes sobre o cuidado de enfermeiras obstétricas em centro de parto normal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 12, p. e22-e22, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/68105/47431>. Acesso em: 30 set. 2022.

SILVA, T. M. da. *et al.* Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/C8VTQNXNTF8whR9QFbQvZDP/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 29, set 2022.

SILVA, T. P. R. *et al.* Enfermagem Obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 235-242, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QBjs8dRvrktyL56GGhZyYc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2022.

SMITH, S. Team training and institutional protocols to prevent shoulder dystocia complications. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 59, n. 4, p. 830-840, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000231>. Acesso em: 10 set. 2022.

SOUTO, R. E. M. **Construção e validação de um questionário de identificação de violência obstétrica**. 119f. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2056/1/RAISSA%20EMANUELLE%20MEDEIROS%20SOUTO%20Disserta%c3%a7%c3%a3o.pdf>. Acesso em: 29 set. 2022.

TAGLIETTI, M.; ZILLY, A.; BOSCARIOLI, C. Diagnósticos e percepções de uma formação docente sobre simulação realística de alta fidelidade na área da saúde. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v.20, n.2, p.314-320, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v20i2.39001>. Acesso em: 24 jan. 2025.

TEIXEIRA, E. Interfaces participativas na pesquisa metodológica para as investigações em enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v. 9, n. e1, p. 1-3, 2019. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/270299427.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2023.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467–473, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>. Acesso em: 04 out. 2022.

TELES, M. G. *et al.* Simulação clínica no ensino de Enfermagem pediátrica: percepção de estudantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6m8g6L7zZzfBmsfBp4WKS5x/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 abr. 2023.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PETERS, M. D. J. et al. **Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version)**. In: Aromataris E, Munn Z. (Eds.) JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020.

VAZZOLER-MENDONÇA, A.; RONDINI, C. A.; COSTA-LOBO, C. Procedimento de avaliação de instrumentos por comitê de juízes especialistas para aprimoramento de coleta de dados. **Revista GESTO-Debate**, v.7, n.1, p. 1-30, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.55028/gd.v7i01.17658>. Acesso em: 23 jan. 2025.

VIDOTTI, S. P., BATISTA, N. A. Clinical simulation in the training of obstetrics and gynecology resident from the perspective of medical residency programs. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.45, n.5, p.266-272, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1770127>. Acesso em: 24 jan. 2025.

VIEIRA, K. M; BRESSAN, A. A. Construção e validação de instrumentos de pesquisa de survey: da psicologia à administração. **Revista Administração em Diálogo**, v. 24, n. 3, p. 7-27, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2178-0080.2022v24i3.54115>. Acesso em: 24 jan. 2025.

VIEIRA, M. J. O. **Uso das boas práticas obstétricas na atenção ao parto seguro: um estudo de validação**. 2020. 73 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2020. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/6747>. Acesso em: 04 out. 2022.

WATTS, P. *et al.* Preâmbulo. Simulação clínica em enfermagem. **Clinical Simulation In Nursing**, v. 58, p. 1-4, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.006>. Acesso em: 04 out. 2022.

YAMANE, Marcelo Tsuyoshi et al. Simulação realística como ferramenta de ensino na saúde: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 20, n. 1, p. 87–112, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22421/15177130-2019v20n1p87>. Acesso em: 04 out. 2022.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do projeto: Cenário clínico simulado sobre violência obstétrica: um estudo metodológico. Pesquisador responsável: Kelly de Faria Pitanga e Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues. Local que será realizada a pesquisa: Aracaju/SE, Brasil.

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) desta pesquisa. Precisamos de pessoas como você para colaborar com a validação do nosso cenário. Sua contribuição é muito importante, mas não deve participar contra a sua vontade.

Esta pesquisa será realizada pela magnitude do tema e escassez de pesquisas envolvendo a temática, pela capacidade de melhoria da prática pedagógica e do ambiente educativo, por ampliar o escopo de cenários de simulação validados.

Os objetivos dessa pesquisa são, objetivo geral: Validar em conteúdo um cenário de simulação clínica sobre violência obstétrica para acadêmicos. Objetivos específicos: Construir um cenário de simulação clínica para identificação e manejo da violência obstétrica. Descrever perfil sociodemográfico e acadêmico dos juízes. Realizar revisão integrativa de literatura para formulação de caso clínico a ser trabalhado no cenário.

Antes de decidir, é importante que entenda todos os procedimentos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos nesta pesquisa. A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar mais esclarecimentos, recusar-se ou desistir de participar sem ser prejudicado, penalizado ou responsabilizado de alguma forma.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores: - Kelly de Faria Pitanga, via e-mail: enf.kellypitanga@gmail.com, Celular: (79)98825-2287 e Dra. Iellen Dantas Campos Verdes, e-mail: iellendantas@hotmail.com, Celular: (86) 98107-0096.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe. “O CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos” (Resolução CNS nº 466/2012, VII. 2).

Caso você tenha dúvidas sobre a aprovação do estudo, seus direitos ou se estiver insatisfeito com este estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da

Rubrica do Pesquisador Principal	Rubrica do(a) Participante da Pesquisa

Universidade Federal de Sergipe, situado na Rua Cláudio Batista s/nº Bairro: Sanatório – Aracaju CEP: 49.060-110 – SE. Contato por e-mail: cep@academico.ufs.br, Telefone: (79) 3194-7208 e horários para contato– Segunda a Sexta-feira das 07:00 as 12:00h.

Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais (seu nome jamais será divulgado) e utilizadas apenas para esta pesquisa. Somente nós, o pesquisador responsável e/ou equipe de pesquisa, teremos conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo. Caso isso não aconteça o Senhor(a) tem o direito de buscar indenização, informações adicionais sobre ressarcimento ao participante de pesquisa podem ser acessadas na Resolução CNS nº 466/2012, itens II.18 e II.21.

Para maiores informações sobre os direitos dos participantes de pesquisa, leia a Cartilha dos Direitos dos Participantes de Pesquisa elaborada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), que está disponível no site: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/img/boletins/Cartilha_Direitos_Participantes_de_Pesquisa_2020.pdf.

Caso você concorde e aceite participar desta pesquisa, deverá rubricar todas as páginas deste termo e assinar a última página, nas duas vias. Eu, o pesquisador responsável, farei a mesma coisa, ou seja, rubricarei todas as páginas e assinarei a última página. Uma das vias ficará com você para consultar sempre que necessário.

O QUE VOCÊ PRECISA SABER:

DE QUE FORMA VOCÊ VAI PARTICIPAR DESTA PESQUISA: Será enviado uma carta convite, juntamente com o TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido), o roteiro do cenário e o *link* do Google Forms, que o direciona para avaliação do instrumento, todos itens encaminhados através de endereço eletrônico, onde, também, será solicitado a indicação de outros três juízes que respondam às mesmas especificações, para fazerem parte da pesquisa, informando nome e e-mail. Para definição do cenário, deverá existir consenso entre os especialistas, com isso, poderá ser necessário ajustes no roteiro e mais de uma rodada de avaliação.

RISCOS EM PARTICIPAR DA PESQUISA: Os riscos para os participantes são mínimos e inclui a quebra de sigilo, estresse e cansaço. Com a finalidade de evitar esse revés, o pesquisador seguirá a resolução 466/2012 e Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, garantindo confidencialidade e anonimato no material da coleta. Todos os dados serão

Rubrica do Pesquisador Principal	Rubrica do(a) Participante da Pesquisa

utilizados para fins de pesquisa e serão arquivados em pastas zipadas no computador com senha, de conhecimento, unicamente, do pesquisador. Para minimizar o possível estresse e cansaço ao responder o instrumento de coleta de dados, será disponibilizado o tempo necessário para responder o instrumento e escolha do horário mais oportuno.

BENEFÍCIOS EM PARTICIPAR DA PESQUISA: A pesquisa permitirá validar um cenário de simulação clínica voltado à assistência de enfermagem frente a violência obstétrica, contribuindo assim, com a formação profissional de estudantes de graduação no quesito atualidade e qualidade do cuidado no que concerne essa temática. Secundariamente, também, favorece a aplicação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo por meio de codificação e omissão de dados que possam lhe identificar, além da substituição do seu nome por letra na análise dos dados. Nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.” O projeto será submetido no CEP da Universidade Federal de Sergipe. A validação terá início após aceite dos juízes, mediante assinatura do TCLE, e aprovação do CEP.

Todos os documentos preenchidos (instrumentos) e assinados (TCLE) serão arquivados para quaisquer questionamentos/solicitações, em pastas zipadas no computador pessoal da pesquisadora, com senha de conhecimento exclusivo dos pesquisadores, serão mantidos por um período de cinco anos e após serão excluídos permanentemente por meio de formatação.

ACESSO A RESULTADOS DA PESQUISA: Pretende-se publicar um artigo contendo os resultados da pesquisa, de acesso livre para população.

CUSTOS ENVOLVIDOS PELA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA: Você não terá custos para participar desta pesquisa. A pesquisa também não envolve compensações financeiras, ou seja, você não poderá receber pagamento para participar.

DANOS E INDENIZAÇÕES: Se lhe ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante a pesquisa, lhe será garantido o direito à assistência médica imediata, integral e gratuita, às custas do pesquisador responsável, com possibilidade de indenização caso o dano for decorrente da pesquisa (através de vias judiciais Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954).

Consentimento do participante

Rubrica do Pesquisador Principal	Rubrica do(a) Participante da Pesquisa

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a). Fui informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, li, ou foram lidos para mim, os procedimentos envolvidos, os possíveis riscos e benefícios da minha participação e esclareci todas as minhas dúvidas.

Sei que posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo o uso dos meus dados de pesquisa sem que a minha identidade seja divulgada.

Recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e a última assinada por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome do(a)

participante: _____

Assinatura: _____

Local/data: _____

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada, esclarecida e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo. Entreguei uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e a última assinada por mim ao participante e declaro que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador Responsável:

Assinatura: _____

Local/data: _____

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha quando aplicável:

Assinatura: _____

Local/data: _____

Rubrica do Pesquisador Principal	Rubrica do(a) Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador Principal	Rubrica do(a) Participante da Pesquisa

APÊNDICE B – CARTA CONVITE

Aracaju, 02 de novembro de 2023

Prezado (a) Senhor (a)

Meu nome é Kelly de Faria Pitanga, sou aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (PPGEN/UFS). Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “Cenário clínico simulado sobre violência obstétrica: um estudo metodológico” para a obtenção do título de mestre sob a orientação da Profª Dra. Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe. A pesquisa tem como objetivo geral: Validar em conteúdo um cenário de simulação clínica sobre violência obstétrica para acadêmicos.

Dessa forma, necessitamos da colaboração do (a) senhor (a) para avaliar a relevância dos itens que compõem o roteiro do cenário de simulação realística, através da análise de conteúdo e aparência. Encaminhamos em anexo o Roteiro do Cenário de Simulação Realística a ser avaliado. Informo que após esta avaliação, as sugestões serão analisadas e as considerações necessária realizadas. Novos contatos poderão ser estabelecidos para realização de novas considerações, até que haja consenso entre os juízes.

Assim, venho por meio deste convidá-lo (a) para participar da validação do roteiro do cenário de simulação realística que segue em anexo.

Caso aceite participar, solicito gentilmente que responda o instrumento de validação anexado a plataforma do Google Forms e realize suas considerações.

Peço ainda, que independente de aceitar ou não participar desta pesquisa, faça sugestões de três possíveis especialistas na área de simulação realística e/ou saúde da mulher para auxiliar no processo de validação. Responda a este e-mail com nome e e-mail de suas sugestões.

Crente que poderei contar com sua colaboração e de que através deste trabalho contribuiremos para uma melhor qualidade do ensino na saúde, agradeço a atenção e coloco-me a disposição para esclarecimentos de qualquer dúvida que possa surgir.

APÊNDICE C - ROTEIRO DO CENÁRIO

Cenário clínico simulado
Visão geral do cenário
Título do cenário: Cenário clínico simulado: identificação e manejo da violência obstétrica.
Referencial metodológico: A elaboração do cenário seguiu o modelo <i>NLN/Jeffries</i> .
Público-alvo: Acadêmicos de enfermagem que já tenha cursado ou estejam cursando a disciplina de obstetrícia e/ou saúde da mulher.
Participantes: - Atriz voluntária: no papel de gestante. - Atriz ou ator voluntário: como técnico de enfermagem. - Atriz ou ator voluntário: como acompanhante da gestante. - Aluno que participará diretamente da simulação. - Observadores; - Facilitador;
Caracterização: Atriz voluntária gestante: barriga falsa, camisola típica de hospital. - Atriz ou ator voluntário técnico de enfermagem: vestido de roupas próprias e jaleco. - Atriz ou ator voluntário acompanhante da gestante: roupa própria.
Quantitativo de acadêmicos estimados: entre 5 a 10 integrantes por grupo.
Conhecimento prévio do aprendiz: Saúde da mulher e/ou obstetrícia, aprimorado através de leitura de material acerca do tema violência obstétrica, que será fornecido previamente à execução do cenário.
Objetivos de aprendizagem: <i>Cognitiva:</i> - Reconhecer situações de violência obstétrica; <i>Psicomotora:</i> - Executar educação em saúde direcionada à violência obstétrica; <i>Afetiva:</i> - Demonstrar autoconfiança na realização de um cuidado humanizado.
Competências/Resultados esperados: - Ser capaz de diferenciar os principais tipos de violência obstétrica: verbal, psicológica e física; - Conseguir intervir em situações que ocorram violência obstétrica; - Saber acolher e orientar mulheres vítimas da violência obstétrica, bem como adotar condutas de prevenção.
Complexidade do cenário: Cenário de simulação clínica de alta fidelidade.
Tipo de simulação: cênica
Tempo: Preparação: livre (será executado a partir de materiais de estudo fornecidos aos discentes previamente à execução do cenário) - Duração do <i>briefing</i> : 15 minutos - Duração do caso simulado: 15 minutos

- Duração do *Debriefing*: 30 minutos

Recursos materiais: - Composição Estrutural: Mesa, cadeiras, maca hospitalar com identificação do leito, biombo, identificação de sala de parto, suporte de soro, bola suíça, massagador, sonar doppler fetal, camisola hospitalar, simulador de parto, caixinha de som, computador com câmera, microfone, internet.

- Materiais necessários para a atuação dos participantes: prancheta, caneta, papel, luva de procedimento, jaleco.

Preparação: Estudo prévio sobre violência obstétrica e assistência ao trabalho de parto que será aprofundado com base nos materiais indicados. No ambiente de simulação, os acadêmicos terão acesso livre aos recursos necessários para a condução do cenário. Dúvidas podem ser esclarecidas pelo facilitador antes do início.

Sugestão de leitura: DA SILVA MELO, Aline *et al.* Assistência de enfermagem frente à violência obstétrica: Um enfoque nos aspectos físicos e psicológicos. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 83635-83650, 2020. Link: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/19127>

OLIVEIRA, Lisiane *et al.* Assistência de enfermagem na prevenção da violência obstétrica: uma revisão de literatura. **Revista Saúde Dos Vales**, v. 5, n. 1, 2023. Link: <https://revista.unipacto.com.br/index.php/rsv/article/view/1653>

DE OLIVEIRA, Gabrielle Linares *et al.* As contribuições da enfermagem contra a violência obstétrica. **Revista foco**, v. 16, n. 12, p. e3903-e3903, 2023. Link: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/3903>

LEITE, Tatiana Henriques *et al.* Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 09, p. e12222023, 2024. Link : <https://www.scielo.br/j/csc/a/LbMdhqnGHfRRhNfJWJgpPjd/>

ZIBELL, Elisa Bompani *et al.* Análise dos indicadores de boas práticas durante a assistência no trabalho de parto e nascimento em um hospital terciário de Santa Catarina. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 8, p. 4560-4576, 2023. Link: <https://unipar.openjournalsolutions.com.br/index.php/saude/article/view/10253>

COSTA, Darla Freire; RODRIGUES, Pedro Paulo; CRUZ, Polyana Amorim. Assistência de Enfermagem na redução de estressores durante o trabalho de parto: uma revisão integrativa. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 18, n. 2, p. 107-117, 2020. Link : <https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/614>

DE SOUSA XAVIER, Iara Brito; DE LIMA, LÍlian Natália Ferreira; DA SILVA, Dhonel Oliveira. O aprimoramento da assistência de enfermagem à parturiente através da capacitação e cooparticipação do seu acompanhante dentro do processo de trabalho de parto. **Revista Extensão**, v. 7, n. 3, p. 79-91, 2023. Link : <https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/8766>

DA COSTA GOMES, Núbia Rafaela Ferreira et al. Assistência de enfermagem no parto humanizado. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, p. e66101724101-e66101724101, 2021. Link: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24101>

Briefing

- Realizar as orientações para desenvolvimento do cenário;
- Apresentar o ambiente e os materiais disponíveis;
- Esclarecer as etapas da simulação, ressaltando que o *debriefing* será norteado por um checklist preenchido pelo facilitador e informar que a simulação será realizada em conjunto com atores padronizados previamente treinados para exercer as atividades.
- Realizar a leitura da vinheta a todos os presentes;
- Quando houver sala de observação disponível no local de execução do cenário: Os observadores deverão se dirigir para lá, onde acompanharão a simulação através de um computador com câmera, que também, estará conectado a uma caixa de som para transmitir o áudio. Para garantir uma observação imparcial e completa, recomenda-se que o facilitador acompanhe a simulação em um ambiente separado, equipado com microfone, computador e acesso ao áudio e vídeo da sala de simulação via internet. O facilitador poderá efetuar qualquer orientação que julgue necessária durante o cenário, bem como caso haja a necessidade do acadêmico de solicitar pistas que não sejam possíveis se obter com o ator ou recursos materiais disponíveis.
- Quando não houver outras salas disponíveis: Caso não seja possível separar uma sala para os observadores e facilitador, a simulação poderá ocorrer sem o uso de recursos audiovisuais. Será solicitado que os observadores permaneçam em silêncio no local da atividade. Para solicitar auxílio durante a simulação, o acadêmico participante do cenário, deverá levantar a mão e verbalizar a solicitação de 'pista'. O facilitador avaliará a pertinência da solicitação e decidirá se a fornecerá ou não.

Debriefing: O *debriefing* seguirá o guia de orientação do modelo de GAS (Gather, Analyze e Summarize).

Debriefing Modelo de GAS (Gather, Analyze e Summarize)			
Estágio	Objetivo	Ações	Exemplo de perguntas
Reunir	Compreender os sentimentos dos	Solicitar narrativa dos participantes; Solicitar	- Como você se sentiu atuando no cenário?

	participantes diante da sessão.	informações adicionais sobre o cenário.	
Analisar	Fornecer <i>feedback</i> do desempenho; Analisar dificuldades; Promover reflexão sobre atuação.	Revisar precisamente todos os eventos ocorridos; Analisar o que foi feito e como poderia ser melhorado; Promover reflexão dos participantes sobre o tema.	- Durante a execução do cenário o que o levou a executar as ações realizadas na cena? - Teria feito algo diferente? - Quais foram os maiores desafios durante o cenário? - Quais tipos de violência vocês conseguiram identificar nesse cenário? - Dentre os tipos de violência abordados no cenário para quais vocês consideram que foi dada maior atenção e por quê? - Vamos falar sobre as ações executadas pelo enfermeiro, o que vocês consideram que foi importante para o combate da violência obstétrica?
Resumir	Revisar e entender as questões trabalhadas e os aprendizados.	Identificar aspectos positivos da sessão; Discutir comportamentos que precisam ser melhorados; Resumir sessão	O que vocês elencam como positivo na atuação? Façam um resumo do que aconteceu hoje.

Check list de ações para acompanhamento da cena:

Check list de ações
Procedimento: Identificação e manejo da violência obstétrica.

Discente:		
Data:		
Tempo: até 15 minutos;	Início:	Fim:
Atividades de enfermagem esperadas		Ações realizadas
Apresenta-se pelo nome e função à gestante e acompanhante.	☐ Completa ☐ Parcialmente completa ☐ Incompleta	
Usa linguagem respeitosa e empática.	☐ Completa ☐ Parcialmente completa ☐ Incompleta	
Busca estabelecer vínculo com a gestante e acompanhante.	☐ Completa ☐ Parcialmente completa ☐ Incompleta	
Orienta mulher acerca do processo fisiológico do trabalho de parto.	☐ Completa ☐ Parcialmente completa ☐ Incompleta	
Chama atenção do técnico de enfermagem de forma reservada.	☐ Completa ☐ Parcialmente completa ☐ Incompleta	
Explica o que é violência obstétrica e os seus tipos ao técnico de enfermagem.	☐ Completa ☐ Parcialmente completa ☐ Incompleta	
Orienta o técnico de enfermagem sobre assistência humanizada e boas práticas no trabalho de parto.	☐ Completa ☐ Parcialmente completa ☐ Incompleta	
Certifica-se que as informações recebidas pelo técnico de enfermagem e gestante foram assimiladas	☐ Completa ☐ Parcialmente completa ☐ Incompleta	

Explica a mulher e acompanhante sobre condutas que entraram em desuso no trabalho de parto (episiotomia e <i>Kristeller</i>).	() Completa () Parcialmente completa () Incompleta
Explora situações de risco acerca da episiotomia e do <i>Kristeller</i> .	() Completa () Parcialmente completa () Incompleta
Oferecer mudança de posição e movimento.	() Completa () Parcialmente completa () Incompleta
Oferta métodos não farmacológicos para alívio da dor.	() Completa () Parcialmente completa () Incompleta
Promove ambiente acolhedor e respeitoso.	() Completa () Parcialmente completa () Incompleta
Comentário	
Intervenções esperadas: Ser capaz de reconhecer a violência obstétrica e seus tipos. - Realizar educação em saúde acerca da violência obstétrica com o técnico de enfermagem presente no cenário. - Informar gestante e acompanhante sobre formas de violência obstétrica;	
Cenário	

Vinheta (lido aos participantes pelo facilitador antes do início da cena):

Nome da Paciente: Laura

Idade: 32 anos

Raça/cor: Parda

Escolaridade: Ensino médio incompleto

Local: Hospital e Maternidade Municipal Esperança, Aracaju, Sergipe.

“Laura, grávida de 38 semanas, calculada pela sua primeira ultrassom, deu entrada no Hospital Municipal Esperança, vem em companhia da sua mãe, uma senhora de aproximadamente 65 anos. É encaminhada para sala de triagem pelo maqueiro que a leva em cadeiras de rodas com contrações uterinas intensas, dolorosas e frequentes. Na triagem, relata que essa é a sua quarta gestação, ela tem dois filhos vivos em casa, todos nascido de parto normal, o último José Pedro tem dois anos de idade. Conta que já sofreu um aborto há mais ou menos cinco anos atrás e isso gerou nela uma tristeza imensa. Ao exame clínico obstétrico: altura do fundo uterino: 37 cm, dinâmica uterina presente (3/10/30: três contrações em 10 minutos com duração de 30 segundos cada uma), tônus uterino fisiológico, movimentação fetal presente, BCF: 138 bpm rítmico em quadrante inferior esquerdo, toque vaginal: colo centralizado, fino, 80% apagado, pêrvio para 07 cm, bolsa rota com líquido amniótico claro, apresentação cefálica, plano +2 de De Lee. Aos sinais vitais, FC: 88 bpm, FR 14 irpm, Temp: 36.7 °C, PA: 110x82 mmHg, Spo2: 98%. Nega alergias e comorbidades. O enfermeiro da triagem a encaminha para sala de parto onde ficará sobre sua responsabilidade e da equipe de enfermagem liderada por você”.

Script da cena: A cena inicia com a gestante e sua acompanhante entrando na sala de parto, sentindo fortes contrações uterinas e sendo recebida pela técnica de enfermagem.

Gestante: - “Por favor, me ajuda... Eu não aguento mais.”

Acompanhante: - “Calma, minha filha. Já estamos aqui. Respire fundo, vai dar tudo certo.”

A técnica de enfermagem de plantão se aproxima com um ar impaciente.

Técnica de enfermagem (com tom ríspido): - “Essa é a sua primeira gestação?”

Gestante (com lágrimas nos olhos): - “Não, é a quarta..., mas eu estou sentindo muita dor agora.”

Técnica de enfermagem (revirando os olhos): - “Desaprendeu foi?... (entrega camisola) Vá se trocar e deite naquela maca.”

Gestante: - “Quando eu deito dói mais, posso ficar em pé?”

Técnica de enfermagem: - “Você quer que seu bebê caia no chão e morra? Precisa ficar deitada.”

O trabalho de parto começa a ficar mais intenso

Gestante: - *“Eu já estou cansada, não vou conseguir ter meu bebê!”*

Acompanhante: - *“Façam alguma coisa, por favor!”*

Técnica de enfermagem (com tom de deboche): - *“Na hora de fazer você não precisou de ajuda?! “*

Técnica de enfermagem: *“Se quiser, na hora da dor eu posso ajudar empurrando a sua barriga.”*

Gestante: - *“Faça isso, por favor, eu só quero que isso acabe logo!”*

Script, ações dos atores, intervenções do acadêmico esperadas e pistas segundo tempo de ocorrência

Atriz gestante

Você se chama Laura, tem 32 anos de idade, estudou até o primeiro ano do ensino médio, está grávida de 38 semanas e essa é a sua quarta gestação, tem dois filhos vivos em casa, o mais novo tem 2 anos de idade e você já sofreu um aborto há 5 anos atrás. Chega ao hospital em trabalho de parto ativo, com 7 cm de dilatação e bolsa rota. As dores, típicas dessa fase, surgem a cada 40 segundos alternadas com momentos de alívio. A angústia aumenta quando a técnica de enfermagem a recebe de forma hostil e rude, negando seu pedido para mudar de posição, algumas vezes irá dizer que não aguenta mais tanta dor.

Ator/atriz técnico em enfermagem

Você é o técnico de enfermagem da sala de parto, irá receber a paciente Laura de forma hostil e debochada. Irá tratar com menosprezo a dor sentida pela paciente, além de debochar da quantidade de filhos que ela já teve. A paciente irá pedir para ficar em pé, comentando que a posição deitada aumenta suas dores, você irá impedir essa posição afirmando que se o bebê cair no chão a culpa será dela. Em dado momento a gestante afirmará que está cansada, você irá sugerir empurrar a barriga da gestante para facilitar a descida do bebê.

Atriz acompanhante

Você é acompanhante da sua filha que está em trabalho de parto e sentindo muitas dores, de início você irá tentar acalmá-la, depois ao ver as dores aumentar você ficará angustiada e com medo. A técnica de enfermagem irá sugerir empurrar a barriga da sua filha e vocês irão concordar.

Descrição do cenário

Tempo para as ações	Ações	Condutas esperadas pelo estudante	Pistas ofertadas aos estudantes
0 a 04 minutos	Gestante entra na sala de parto sentindo fortes dores do tipo contrações uterinas. Técnico de enfermagem as trata de forma ríspida.	Apresentar-se a paciente e acompanhante. Deverá acolher a paciente de forma empática e humanizada, construindo vínculo e promovendo ambiente acolhedor e respeitoso.	Se o enfermeiro conseguir que a gestante e acompanhante escutem atentamente as orientações, promovendo um ambiente acolhedor com escuta qualificada e empatia, elas irão reduzir a ansiedade, e a gestante a dor. Caso contrário, esses sentimentos irão se intensificar.
05 a 10 minutos	Dores da gestante aumentam. Técnico de enfermagem oferece formas de violência obstétrica física (<i>Kristeller</i>) para adiantar o nascimento, além de praticar violência verbal e psicológica.	Explicar para gestante que essas condutas não são necessárias e mostrar que o trabalho de parto pode progredir normalmente sem essas intervenções.	Caso aconteça a explicação, ouvir atentamente e aceitar o que lhe for proposto para alívio da dor, assim a condução de trabalho de parto ocorrerá de forma mais serena. Se não for devidamente informada a atriz gestante e a acompanhante irão continuar angustiadas e demonstrando medo.
11 a 15 minutos	Técnico de enfermagem continua a	Chamar técnico de enfermagem de forma reservada	Se o enfermeiro chamar o ator/atriz técnico de enfermagem para conversar de forma reservada, esse, deverá escutar o enfermeiro e começar a tratar a paciente de forma

	promover violência obstétrica do tipo verbal e psicológica.	para conversar sobre sua conduta. Orienta-lo acerca de boas práticas de assistência ao parto, enfatizando o combate contra violência obstétrica em todos os seus tipos.	adequada, se isso não acontecer, o técnico de enfermagem irá piorar as formas de tratamento com a gestante e acompanhante
--	---	---	---

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO CENÁRIO

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO PARA O CENÁRIO DE SIMULAÇÃO



Agradecemos sua participação no estudo. Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo por meio de codificação e omissão de dados que possam lhe identificar, além da substituição do seu nome por letra na análise dos dados. Nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

1. Nome *

Texto de resposta curta

2. E-mail *

Texto de resposta curta

3. Data de nascimento *

Texto de resposta curta

4. Sexo *

☐ Feminino

☐ Masculino

5. Área e Local de atuação: (Profissão e Cidade) *

Texto de resposta curta

6. Área de atuação profissional *

☐ Ensino universitário

☐ Instituição de assistência à saúde

☐ Ambas alternativas

7. Tempo de exercício profissional (em anos): *

Texto de resposta curta

8. Titulação acadêmica *

- ☐ Doutorado em enfermagem
- ☐ Mestrado em enfermagem
- ☐ Especialista em área de saúde da mulher , obstetrícia e/ou simulação

9. Tem experiência no uso da simulação clínica? Se sim, em que áreas e quanto tempo? (em anos) *

Texto de resposta curta

10. Tem experiência em saúde da mulher/obstetrícia (técnica ou acadêmica)? Se sim, em que áreas e quanto tempo? (em anos) *

11. Tem publicação de pesquisa artigo científico sobre saúde da mulher/obstetrícia em revistas indexadas? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

12. Tem publicação de pesquisa artigo científico sobre simulação clínica em revistas indexadas? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

13. Já participou de pesquisas de validação? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Caso considere algum item inadequado ou parcialmente adequado, por favor, realize a justificativa para tal apontamento e em seguida sugestões de alteração ou remoção, que está presente no final desse questionário.



Para respostas, considere:

- 1) Comportamental: O item deve expressar um comportamento, permitindo uma ação clara e precisa, e não uma abstração ou construto.
 - 2) Objetividade: Os itens devem cobrir comportamentos desejáveis (atitude) ou característicos (personalidade). O respondente pode concordar ou discordar, ou opinar sobre se tal comportamento convém ou não para ele, isto é, os itens devem expressar desejabilidade ou preferência.
 - 3) Simplicidade: O item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente.
 - 4) Clareza: O item deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população; deve-se utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas; frases longas e negativas incorrem facilmente na falta de clareza.
 - 5) Relevância: A expressão (frase) deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido; deve expressar o atributo que realmente deseja medir. O critério diz respeito à saturação que o item tem com o construto.
 - 6) Precisão: O item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo. O item deve ser útil na medida do atributo.
 - 7) Variedade: Variar a linguagem para não confundir as frases e evitar monotonia e cansaço. No caso de escalas de preferência, formular a metade dos itens em termos favoráveis e a outra metade em termos desfavoráveis, evitando respostas estereotipadas à direita ou à esquerda da escala.
 - 8) Modalidade: Formular frases com expressões de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas, como excelente, miserável, etc. A intensidade da reação da pessoa é dada na escala de resposta. Se o próprio item já vem apresentado em forma extremada, a resposta na escala de respostas já está viciada.
 - 9) Tipicidade: Formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo.
 - 10) Credibilidade: O item deve ser formulado de modo que não apareça como ridículo, despropositado ou infantil. Itens com essa característica podem contribuir para uma atitude desfavorável do respondente.
-

1. Sobre o título do cenário: *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐

2. Sobre o público alvo: *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

3. Sobre os participantes: *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

4. Sobre o conhecimento prévio do aprendiz: *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

5. Sobre os objetivos aprendizagem: *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

6. Sobre as competências almejadas: *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

7. Sobre a complexidade do cenário: *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

8. Sobre a fidelidade do cenário: *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

9. Sobre a modalidade do cenário: *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

10. Sobre o tempo de duração da simulação: *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐

11. Sobre os recursos: *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

12. Sobre o *pré – briefing* : *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐

13. Sobre o *briefing* : *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

14. Sobre a promoção do pensamento crítico: *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

15. Sobre a promoção da resolução autônoma de problemas: *

98

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

16. Sobre a vinheta: *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

17. Sobre o *script* da cena : *

99

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

18. Sobre as pistas : *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

19. Sobre o ambiente do cenário de simulação : *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

20. O preparo do cenário contem as informações basicas e relevantes para a sua realização :

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

21. Parâmetros do simulador/ atriz condizentes com o caso clínico: *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

22. Sobre o *checklist* de execução do procedimento: *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

23. Reflexão e análise das ações no *debriefing* segundo o modelo de GAS (*Gather, Analyze e Summarize*) : *

	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado
Comportamental	☐	☐	☐
Objetividade	☐	☐	☐
Simplicidade	☐	☐	☐
Clareza	☐	☐	☐
Relevância	☐	☐	☐
Precisão	☐	☐	☐
Variedade	☐	☐	☐
Modalidade	☐	☐	☐
Tipicidade	☐	☐	☐
Credibilidade	☐	☐	☐

Considerações: *

Texto de resposta longa
.....

APÊNDICE E – REVISÃO DE ESCOPO NOS MOLDES DA REVISTA LATINO AMERICANA DE ENFERMAGEM

Delineando a violência obstétrica para construção de um cenário clínico: uma revisão de escopo

Objetivo: mapear os tipos mais comuns de violência obstétrica e estratégias de combate mais eficazes, a fim de construir um cenário clínico simulado que capacite acadêmicos de enfermagem sobre o tema. Metodologia: Revisão de escopo baseada na metodologia do Instituto Joanna Briggs. Estratégia de busca aplicada aos bancos de dados e repositórios onde elegeram-se pesquisas primárias e secundárias, empíricas, quantitativas e qualitativas de qualquer desenho ou metodologia, além disso, foram incluídos periódicos revisados por pares, dissertações/teses. Dois revisores independentes analisaram a relevância dos estudos, extraíram e sintetizaram dados pelo gerenciador de referências *Rayyan*, que posteriormente foram analisados mediante estatística descritiva simples. Resultados: Oito foram incluídos na revisão. Dentre as práticas principais de violência obstétrica destacam-se a violência verbal/psicológica e a violência física, houve, ainda, estudos que não mencionaram os tipos de violência, esses direcionaram seu argumento as estratégias que possibilitam a diminuição da violência obstétrica. A Educação em saúde foi mencionada em todos estudos como ferramenta para combate da violência obstétrica. Conclusão: O mapeamento possibilitou identificar as principais violências obstétricas praticadas e quais estratégias para sua identificação e manejo. Assim, permitindo o desenvolvimento de estratégias mais eficazes no combate desse agravado. Descritores: Violência Obstétrica; Treinamento por Simulação; Enfermagem; Competência Profissional; Habilidade; Atitudes do Pessoal de Saúde.

Descriptors: Obstetric Violence; Simulation Training; Nursing; Professional Competence; Aptitude; Attitude of Health Personnel.

Descriptores: Violencia Obstétrica; Entrenamiento Simulado; Enfermería; Competencia Profesional; Habilidad; Actitud del Personal de Salud.

Número de registro no *Open Science Framework* : DOI: 10.17605/OSF.IO/YP3WC.

Introdução

A violência obstétrica (VO) configura-se por diferentes definições, sendo uma expressão usada no Brasil para se referir a condutas agressivas ou técnicas invasivas, as quais podem ser executadas por qualquer profissional da saúde contra gestantes e puérperas, esse é um fenômeno complexo na área da saúde da mulher. Para preveni-la, é necessário mudar as práticas assistenciais durante o ciclo gravídico-puerperal, a fim de minimizar intervenções desnecessárias que possam prejudicar a saúde física e emocional das mulheres ⁽¹⁾.

Considerada um problema de saúde pública global, a VO é reconhecida como uma forma de violência de gênero pela Assembleia Geral das Nações Unidas. A crescente atenção dada ao tema vem da mobilização de movimentos feministas e ativistas, bem como da divulgação de relatos de mulheres nas redes sociais. No âmbito legal, embora a legislação sobre VO ainda seja incipiente em alguns países, como na Europa, iniciativas como a lei catalã 17/2020 de 22 de dezembro, demonstram avanço no reconhecimento e na punição dessa forma de violência. Já na América Latina, a Venezuela se destaca como pioneira na legislação sobre o tema ⁽²⁾.

A crescente atenção dada à VO tem motivado profissionais de saúde a aprimorarem sua formação em gênero e saúde, e a buscarem aprimoramento através da formação continuada,

tanto teórica quanto prática, que é crucial para o combate à VO. Apesar dos avanços, esse tipo de violência ainda é pouco compreendido, perpetuando práticas violentas e dificultando sua identificação e combate. A capacitação de profissionais e estudantes, portanto, poder ser uma estratégia eficaz para o seu combate ⁽³⁾.

Assim, no que tange o ensino em saúde, a inserção do tema na matriz curricular dos cursos da área da saúde, com a promoção de debates em sala de aula e a utilização de metodologias ativas e engajadoras, pode contribuir significativamente para a formação de profissionais críticos e reflexivos, capazes de transformar seus conhecimentos em ações concretas, impactando positivamente suas práticas profissionais ⁽⁴⁾.

A concretização dessa proposta no ensino em saúde pode ocorrer através da simulação clínica. Essa proposta pedagógica é voltada para recriação ou replicação de conjunto de circunstâncias que imitam situações da vida real. A simulação clínica, em termos de ensino, está associada à construção de cenários clínicos com enredo previamente planejados e validados com o objetivo de trazer resultados de aprendizagem específicos para os participantes ⁽⁵⁾.

Atualmente, há escassez de pesquisas que descrevem métodos de treinamento voltados ao conhecimento e combate da VO. Uma revisão de escopo preencherá lacunas existentes na literatura, fornecendo base de informação para um treinamento que abranja a aquisição de conhecimento, habilidades e atitudes por futuros profissionais de enfermagem.

Diante disso, é significativo fomentar o processo de ensino e aprendizagem voltado para VO, afim de promover novos profissionais qualificados que possam atuar, combater e futuramente modificar o cenário desse fenômeno, replicando o aprendizado obtido na simulação clínica em situações reais⁽⁶⁾. Assim, o objetivo dessa revisão é mapear os tipos mais comuns de violência obstétrica e estratégias de combate mais eficazes, a fim de construir um cenário clínico simulado que capacite acadêmicos de enfermagem sobre o tema.

Método

Tipo de revisão, protocolo e registro

O método de síntese de conhecimento adotado foi a revisão de escopo. Esse tipo de revisão foi escolhido devido sua abordagem, que visa mapear as evidências que apoiam determinada área de pesquisa e identificar lacunas nas evidências existentes. Essa metodologia não busca analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos ou encontrar as melhores evidências científicas, mas mapear as evidências científicas existentes ⁽⁷⁾.

Foram desenvolvidas, de acordo com a metodologia proposta pelo Instituto Joanna Briggs (JBI) , nas seguintes fases: 1- Definir e alinhar o objetivo e pergunta de pesquisa; 2- Definir e alinhar os critérios de inclusão com o objetivo e pergunta; 3- Descrever a abordagem planejada para a busca de evidências, seleção e extração dos dados e apresentação da evidência; 4- Buscar as evidências; 5- Selecionar as evidências; 6- Extrair as evidências; 7- Analisar as evidências; 8- Apresentar os resultados; 9- Sumarizar a evidência em relação ao propósito da revisão, concluindo e apontado qualquer implicação dos achados ⁽⁸⁾.

Todas as etapas e procedimentos metodológicos foram conduzidos de acordo com o modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA-ScR). A revisão de escopo foi cadastrada no *Open Science Framework* e encontra-se disponível através do DOI: 10.17605/OSF.IO/YP3WC.

Critérios de elegibilidade

Para estruturação da questão norteadora utilizou-se o mnemônico População, Conceito e Contexto (PCC) que culminou na pergunta norteadora: “Quais tipos de violência obstétrica mais comuns e estratégias de combate mais eficazes devem ser contemplados em um cenário de simulação realística sobre violência obstétrica, de forma a possibilitar o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes relativas à identificação e manejo da VO em estudantes de graduação em enfermagem?”

Os critérios de inclusão para a seleção foram: estudos relacionados a simulação clínica, violência obstétrica ou obstetrícia, em qualquer idioma, publicados a partir do ano de 2019. Quanto ao tipo de estudo, elegeram-se pesquisas primárias e secundárias, empíricas, quantitativas e qualitativas de qualquer desenho ou metodologia. Além disso, foram incluídos periódicos revisados por pares, dissertações/teses. Excluíram-se cartas ao editor, resumos em anais de eventos, artigos incompletos, estudos em fase de projeto ou ainda sem resultados, manuais, cartilhas instrutivas, duplicados.

Fontes de informação

Foram utilizadas as bases de dados Medline, BDENF, LILACS via BVS e PubMed. A literatura cinzenta inclui artigos encontrados no Google Scholar. Foi aplicado filtro do ano e não ocorreu limitação de idioma na busca. A estratégia de busca foi ajustada de acordo com os protocolos de cada base e os descritores para combinações foram definidos a partir do vocabulário controlado da *DeCS* – Descritores em Ciências da Saúde e *Medical Subject Headings (MeSH)*, com o uso dos operadores Booleanos “AND” e “OR”.

Estratégias de busca

Em seguida a seleção dos descritores, realizou-se busca prévia, aberta e ampla nas bases de dados selecionadas, como forma de verificar previamente a existência na literatura de revisões ou protocolos com o objetivo ou temática similar à deste estudo. Não foram identificadas revisões de escopos com o tema proposto, assim, de modo a explorar a estratégia de busca, termos não padronizados foram adicionados. A estratégia completa por base de dados foi descrita na figura 1.

Estratégias de busca
Medline, BDENF, LILACS via BVS e Google Scholar
(“treinamento por simulação” or “simulação clínica”) and (competências or habilidades or atitudes) and “estudantes de enfermagem”

“violência obstétrica” and “estudantes de enfermagem”
(“treinamento por simulação” or “simulação clínica”) and (“violência obstétrica” or “violência contra mulher”)
(competências or habilidades or atitudes) and “estudantes de enfermagem” and obstetrícia
“treinamento por simulação” and “estudantes de enfermagem” and “obstetrícia”
PubMed
"obstetric violence" AND "students nursing"
"simulation Training" AND "students nursing" AND obstetrics
"Problem-Based Learning" AND "students nursing" AND obstetrics

Figura 1 - Estratégia de busca por base de dados com operadores booleanos. Aracaju, SE, Brasil, 2024

Seleção dos estudos

A coleta de dados aconteceu no período de janeiro a maio de 2024. Os estudos encontrados foram comprimidos em extensões aceitas pelo gerenciador de referências *Rayyan*, com intuito de organizar as referências e remover os estudos duplicados. A fase de seleção dos estudos foi estratificada em duas etapas: na fase 1 os artigos foram selecionados com base na análise do título e leitura do resumo. Na fase 2 foi realizada a leitura completa dos artigos incluídos, sempre levando em consideração os critérios de inclusão pré-estabelecidos no trabalho.

Nas duas fases, dois revisores independentes executaram a triagem (leitura de título e resumo) e a leitura dos textos completos, e qualquer divergência entre eles foi resolvida por consenso ou pela decisão do terceiro revisor.

Extração de dados

A extração e o gerenciamento dos dados foram efetuados por meio de mapeamento com triagem por título, seguido de leitura dos resumos e posterior leitura na íntegra. Os artigos selecionados foram organizados pelos revisores e extraídas as seguintes informações: nome

dos autores; ano de publicação; sujeitos participantes; país de origem; principais violências obstétricas; estratégia de combate a violência obstétrica; principais resultados que respondem o objetivo da revisão e conclusão do estudo.

Os dados extraídos dos estudos incluídos nesta revisão foram apresentados por meio de análise descritiva das principais características dos estudos, de modo a atender o objetivo de mapear as evidências científicas disponíveis acerca das competências, habilidades e atitudes que se deve ter para identificar e manejar a violência obstétrica.

Sumário dos resultados

Mediante os resultados analisados foi realizada categorização da quais emergiram dois eixos: Identificação da violência obstétrica: conhecimento; Manejo da violência obstétrica: habilidades e atitudes.

Uso de tecnologias assistidas por Inteligência Artificial (IA)

O *chatbot* Gemini foi utilizado como ferramenta de apoio na construção de parágrafos mais coesos e fluidos. No entanto, é importante frisar que todas as ideias e o conteúdo do texto são de autoria dos próprios autores. O Gemini desempenhou apenas um papel de organização da escrita, não sendo utilizado para a produção de resultados.

Resultados

Diante da triagem inicial, que resultou em 880 artigos, seguida da exclusão dos publicados simultaneamente em uma ou mais base de dados e triagem dos títulos e resumos, culminou na leitura completa de 90 artigos e seleção final de 08 estudos conforme descrito na Figura 2.

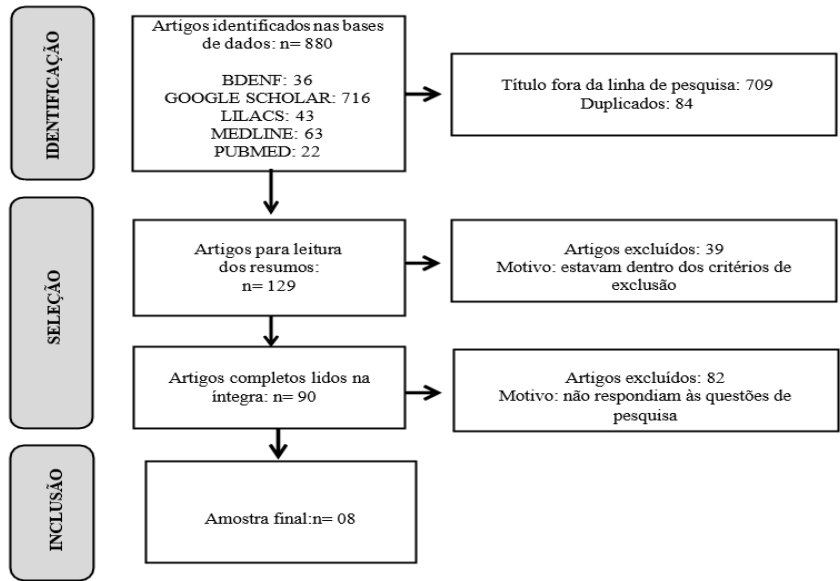


Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA). Aracaju, SE, Brasil, 2024

Os estudos incluídos foram publicados entre 2019 e 2023, realizados no Brasil (80%), Turquia (10%) e Portugal (10%). As características quanto autor, ano de publicação, principais VO, estratégia de combate a VO e principais resultados são apresentados na figura 3.

Autor(es), ano	Principais violências obstétricas	Estratégia de combate a violência obstétrica	Principais resultados
CALDERÓN, 2021	Violência psicológica , verbal violência e física.	Partilha de informação; Estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional de saúde e mulher; Enfermeiros obstetras (EO); Centros de parto normal (CPN); Plano de parto;	A análise dos estudos revela que a partilha de informações entre profissionais de saúde e gestantes é um fator determinante para a promoção da autonomia da mulher e a

		importância de conhecer os recursos de cada hospital; apoio emocional e acompanhamento contínuo;	prevenção da violência obstétrica. O uso de ferramentas como o plano de parto e as consultas de pré-natal, associado ao estabelecimento de uma relação de confiança e ao fornecimento de informações claras e completas, contribui para a redução de intervenções desnecessárias.
CORVELL O, <i>et al.</i> , 2022	Não especificado	Humanização; Acolhimento; Práticas integrativas; Respeito a cultura, crenças e direito de cada mulher; Educação em saúde;	Evidenciou-se a importância que a enfermagem possui em garantir a parturiente uma assistência de qualidade pautada em garantir e assegurar todos os seus direitos quanto mulher e paciente.
ERENEL, <i>et al.</i> , 2021	Não especificado	Acompanhamento da gestação	Programas educativos baseados em simulação promovem ambientes educativos positivos que permitem aos alunos aprender fazendo e experimentando; A luz dessas descobertas, recomenda-se que o treinamento de simulação acompanhado de cenários (gravidez, parto, diabetes gestacional, violência sexual, infertilidade e câncer endometrial) seja utilizado no ensino de enfermagem obstetra-ginecológica.
FRANCISCO, <i>et al.</i> , 2020	Não especificado	Promover o protagonismo da mulher no parto; Humanização nos diversos cenários da assistência ao parto; Ações de educação como ferramenta de promoção a humanização da assistência ao parto.	A análise dos dados revela que, para as estudantes de enfermagem, a humanização do parto está intrinsecamente ligada ao protagonismo da mulher. Esse conceito engloba o respeito à decisão da parturiente sobre diversos aspectos do parto, como a escolha do acompanhante, o local do parto e a condução do

			trabalho de parto, além da garantia de um ambiente seguro e acolhedor, com informações claras e acessíveis.
LINARES DE OLIVEIRA, <i>et al.</i> , 2023	Verbal, estrutural, física.	Empoderamento feminino acerca dos direitos e escolhas; Divulgação do tema; Educação em saúde; Humanização da assistência; Implementação de grupos terapêuticos; Tecnologias não invasivas de cuidado; Favorecer e incentivar o protagonismo feminino; Promoção de acolhimento e vínculo.	Ainda existe uma grande desinformação sobre a prática de VO. Faz-se necessário a implementação de ações educativas que visam disseminar o conhecimento de seus direitos para que assim quando as gestantes e puérperas se encontrarem em situações de VO, saibam identificar para que tenham coragem de enfrentar os profissionais e realizar denúncias.
OLIVEIRA, <i>et al.</i> , 2023	Abuso de poder da equipe; Questões raciais; Violência verbal, psicológica e física;	Humanização da assistência; Promoção dos direitos humanos; Educação em saúde; denúncia; respeitar o processo fisiológico do parto; adotar medidas que visem à segurança da assistência	A humanização da assistência ao parto, marcada pelo respeito à mulher, pela orientação, pelo encorajamento e pela atenção às suas necessidades específicas, contribui para experiências positivas e seguras, prevenindo abusos. A capacitação dos profissionais de saúde para lidar com a diversidade cultural e racial, especialmente no caso de mulheres negras e pobres, é fundamental para garantir um atendimento acolhedor e respeitoso.
PRATA, 2019	Violência verbal	Políticas de atenção à saúde da mulher; planejamento reprodutivo; Educação em saúde; humanização da assistência; integração entre as universidades e os serviços de saúde.	Os serviços de saúde e a academia são o grande referencial para que haja uma mudança de paradigmas, inclusive sobre a violência em geral.
SILVA, <i>et al.</i> , 2020	Não especificada	Educação e promoção da saúde, o empoderamento feminino.	Os resultados demonstram a urgência de transformar a prática obstétrica, através da formação de profissionais

			mais capacitados para prevenir a violência obstétrica e garantir um parto seguro e humanizado.
--	--	--	--

Figura 3 - Publicações que compuseram a revisão de escopo, segundo autor, ano, principais violências obstétricas, estratégias de combate a violência obstétrica e principais resultados.

Aracaju, SE, Brasil, 2024

Os tipos de VO mais frequentes foram a verbal e psicológica, mencionada em 30% dos trabalhos, manifestando-se por meio de ofensas, humilhações e desrespeito à autonomia da mulher. Em seguida, a violência física, presente em 20% dos estudos, incluiu práticas como toques vaginais sucessivos, episiotomias desnecessárias, impor posição, ocitocina rotineira. A violência institucional, por sua vez, foi citada em 10% dos estudos, caracterizada por práticas como a negação do direito à acompanhante e jejum desnecessário.

Houve também estudos que não mencionaram os tipos de violência (40%), esses direcionaram seu argumento as estratégias que possibilitam a diminuição da VO, como a propagação do tema para sociedade, estudantes e profissionais da saúde, pois entende-se que, quanto mais informada esses indivíduos estão, menos propícios estarão de sofrerem ou praticarem a VO.

Também foram mencionados como estratégias de prevenção, a implementação de centros de parto normal, com equipe majoritariamente formada por enfermeiros obstetras, e a elaboração de um plano de parto personalizado.

Nos oito estudos incluídos nota-se a educação em saúde, tanto dos profissionais quanto das mulheres gestantes é um fator preponderante para o combate a VO. Dessa forma, alguns recursos podem ser utilizados com a finalidade de levar informação a mulheres, estudantes ou profissionais. No caso da transmissão do conhecimento para gestantes, algumas ferramentas como humanização da assistência, favorecimento do protagonismo da mulher, unidades que contam com enfermeiros obstetras e centros de parto normal são fatores assertivos. Para os

profissionais, além da educação pautada para condutas baseadas em evidências científicas, é destacado que programas educativos baseados em simulação promovem ambientes educativos positivos.

Discussão

A VO tem sido definida como a apropriação do corpo da mulher por profissionais de saúde por meio de práticas que resultam na medicalização e patologização de seus processos reprodutivos, o que resulta na perda de autonomia das mulheres e na diminuição significativa de sua qualidade de vida. A medicalização do corpo refere-se a intervenções excessiva durante a gravidez, o parto e puerpério. A patologização tem sido entendida como um efeito que transforma o corpo materno, o parto e nascimento em uma doença que traz consigo um risco potencial ⁽⁹⁾.

As raízes dessa problemática está inserida num conjunto de fatores socioculturais e institucionais. Entre eles: a cultura patriarcal, ainda enraizada em nossa sociedade que perpetua a visão da mulher como objeto e do profissional de saúde como detentor do conhecimento absoluto, carência de educação sexual e de informações acessíveis e de qualidade sobre o parto. Essas condições tornam as mulheres vulneráveis à aceitação passiva de práticas abusivas, e frequentemente, sem conhecimento sobre seus direitos submetem-se a procedimentos invasivos e desnecessários, sem questionamentos ou alternativas ⁽¹⁰⁾.

A inadequação da formação profissional também alimenta essa realidade. A ausência de conteúdos específicos sobre VO e protocolos de atendimento humanizado nos cursos de saúde limita a capacidade dos profissionais de identificar e combater essa prática. Despreparados para lidar com a complexidade do parto e as demandas emocionais e sociais das mulheres, muitos profissionais reproduzem, sem perceber, comportamentos abusivos e negligentes, aliado a isso, ainda existe uma grande parcela de mulheres que não sabem o que efetivamente é VO ⁽¹¹⁾.

A literatura atesta que as instituições de ensino superior, embora abordem a VO, o fazem de forma pontual e fragmentada, não a incluindo como tema central na grade curricular do curso. Essa abordagem superficial impede que os futuros profissionais desenvolvam uma compreensão completa do problema, além de, gerar impactos negativos na atuação profissional e dificultar a identificação e a prevenção em casos de VO, o que, por sua vez, repercute negativamente na qualidade da assistência ⁽⁴⁾.

Diante da magnitude e complexidade do tema, considera-se que a identificação da VO por parte do profissional de saúde é crucial para o seu combate, sendo imperioso que as instituições de ensino superior reconsiderem essa abordagem. Entende-se que a inclusão de um conteúdo específico e aprofundado sobre o tema é fundamental para formar profissionais qualificados e conscientes da importância de prestar um atendimento humanizado e livre de violência ⁽¹²⁾.

É fundamental que a formação profissional sensibilize os alunos em relação às práticas profissionais baseadas em evidências científicas, com base nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Deve-se estimular a realização de práticas com base em conhecimento seguro, respeitando as particularidades de cada indivíduo e humanizando o cuidado oferecido. Destaca-se ainda a atualização dos profissionais em relação às novas condutas obstétricas, visto que com as constantes mudanças no cenário obstétrico, o que antes era considerado correto agora pode ser caracterizado como VO ⁽¹³⁾.

Nesse contexto, a simulação realística é uma estratégia metodológica que surge como aliada para aprimorar a prática profissional e garantir a qualidade da assistência, pois permite que estudantes e profissionais de saúde vivenciem situações complexas e desafiadoras do parto de forma segura e controlada. Através de cenários realistas, com equipamentos e manequins que simulam a fisiologia humana, os participantes podem praticar técnicas obstétricas,

comunicar-se com as mulheres e lidar com diferentes cenários que podem surgir durante o parto (14).

Um estudo utilizando simuladores artesanais em obstetrícia demonstrou que a simulação ampliou o conhecimento teórico e as habilidades para resolução de problemas clínicos dos participantes, além disso, a simulação também contribui para o desenvolvimento de *soft skills*, como a comunicação eficaz, importante conhecimento para a construção de uma relação de confiança e respeito entre a equipe de saúde e a mulher durante o parto (15).

Logo, infere-se que, o entendimento dos estudantes sobre esse tipo de violência e suas formas é considerada chave para ação e mudança desse cenário. Os trabalhos inclusos nesse escopo, trazem que a partilha de informação é fator primordial para que violências veladas sejam esclarecidas, com esse propósito, o profissional em formação deve exercitar formas de comunicação eficaz, afim de fortalecer relação de confiança e respeito entre a equipe de saúde e a mulher. Além disso, deve estar embasado cientificamente para fornecer informações claras e precisas sobre procedimentos, ter comprometimento ético, promover ambiente acolhedor e seguro onde a mulher se sinta respeitada, valorizada e apoiada em suas escolhas (6).

Assim, infere-se que a formação do enfermeiro apto a manejar a VO deve ser permeada por treinamentos com a finalidade de desenvolver habilidades e conhecimentos técnicos e não técnicos. Entre as habilidades técnicas inserem-se, praticar procedimentos obstétricos como exame pélvico e toque vaginal, parto normal, manusear equipamentos médicos funcionais. Já entre as habilidades interpessoais importantes, destacam-se o trabalho em equipe, comunicação clara, objetiva e respeitosa, utilizando uma linguagem acessível e evitando termos técnicos complexo. Além disso, a assistência prestada deve ser singular atrelada as peculiaridades de cada mulher considerando sua história clínica, cultura, crenças e desejos (16).

Também, espera-se que esse profissional tenha domínio do conhecimento sobre o processo fisiológico do parto, suas etapas, variações e possíveis complicações. É fundamental

saber identificar sinais de sofrimento fetal, intervir em situações de emergência e orientar as mulheres sobre as melhores opções para o parto. Salienta-se que o poder do conhecimento, o raciocínio clínico para discussão de casos, atrelado a evidências científicas, é fator preponderante para mudanças de paradigmas do modelo medicalocêntrico ⁽¹⁷⁾.

Desfecha-se então que, a imersão prática proporcionada pela simulação clínica permite que o futuro profissional em saúde desenvolva habilidades técnicas e habilidades interpessoais essenciais para o cuidado obstétrico de forma segura, controlada e holística. O agrupamento dessas competências prepara-os para os desafios da prática real e oportuniza a segurança do binômio mãe – bebê ⁽¹⁸⁾.

A presente revisão de escopo, embora tenha identificado importantes formas de VO e estratégias de combate a essa prática, apresenta algumas limitações que devem ser consideradas, como a inclusão de estudos com diferentes delineamentos que pode ter dificultado a comparação direta dos resultados e a identificação de padrões consistentes devido à heterogeneidade metodológica, além disso, a heterogeneidade em relação aos diferentes tipos de VO investigados, diferentes estratégias de combate à VO avaliadas, diferentes populações estudadas, dificultou a síntese dos resultados e a identificação de conclusões definitivas, uma vez que a comparação direta entre estudos com diferentes focos e metodologias pode ser problemática.

A maioria dos estudos incluídos foi realizada no Brasil, o que limita a generalização dos resultados para outros contextos geográficos e culturais, uma vez que a VO pode se manifestar de formas diferentes e as estratégias de combate podem variar em função de fatores culturais, sociais e econômicos, para isso, sugere-se que os estudos futuros investiguem a VO em diferentes contextos geográficos e culturais, para que se possa compreender a complexidade do tema e desenvolver estratégias de combate mais eficazes e adaptadas às necessidades de cada população.

Apesar dessas limitações, a presente revisão de escopo contribui para o conhecimento sobre os tipos VO mais comuns e suas estratégias de combate, com esses achados foi possível a construção de um cenário clínico simulado para acadêmicos em enfermagem, assim, almeja-se que esse estudo possa contribuir para ampliação dos recursos disponíveis para o ensino em enfermagem, contribuindo com a formação de estudantes de graduação no quesito atualidade e qualidade do cuidado no que concerne essa temática, além de, poder servir de base para o desenvolvimento de futuras pesquisas e intervenções.

Conclusão

A presente revisão permitiu identificar as formas mais comuns de VO e estratégias de combate a essa prática. Entre as violências mais citadas estão a violência verbal, psicológica e física. A violência verbal, por exemplo, foi percebida através de tratamentos desrespeitosos, autoritário ou hostil, falas grosseiras, gritos, xingamentos ou comentários irônicos. Já a violência psicológica caracteriza-se por ameaças, atribuição de incapacidade de parir, banalização da dor e não oferecer informações, enquanto a violência física pode envolver práticas invasivas como a manobra de *Kristeller*, episiotomia e administração rotineira de ocitocina.

As estratégias de combate à VO identificadas nos estudos incluem a educação em saúde de profissionais e gestantes, a promoção do protagonismo feminino no parto, a humanização da assistência, a implementação de centros de parto normal com equipes multidisciplinares, o empoderamento feminino, a divulgação do tema para a sociedade e a criação de planos de parto personalizados. A educação em saúde, tanto para profissionais quanto para gestantes, é apontada como um fator crucial no combate à VO, sendo que a utilização de recursos como a simulação para profissionais e a humanização da assistência para gestantes são consideradas estratégias promissoras.

Além da relevância no campo da pesquisa, o presente estudo permitiu a construção de um cenário clínico simulado acerca da identificação e manejo da VO para acadêmicos de enfermagem, assim, contribuindo para formação de futuros profissionais críticos e reflexivos no que concerne a temática.

Referências

1. Leite TH, Marques ES, Corrêa RG, Leal MDC, Olegário BCD, Costa RM, et al. Epidemiology of obstetric violence: a narrative review of the Brazilian context. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2024;29:e12222023. DOI: 10.1590/1413-81232024299.12222023
2. Biurrun-Garrido A, Brigidi S, Mena-Tudela D. Perception of health sciences and feminist medical students about obstetric violence. *Enferm¹ Clin (Engl Ed)*. 2023 May 1;33(3):234-43. DOI: 10.1016/J.ENFCLE.2023.02.007
3. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2025 Feb 3];35(3):211–2. DOI: 10.1016/J.GACETA.2020.06.0194
4. Gomes AAP, Simões AV, Pires VMMM, Machado JC, Rodrigues VP. O saber de estudantes da área de saúde sobre violência obstétrica: Revisão integrativa. *Nursing (Ed. Bras.)* [Internet]. 2022 Sep 5 [cited 2025 Feb 3];25(292):8556–65. DOI: 10.36489/nursing.2022v25i292p8556-8565.

5. Santana TCP, Silva LM, Sousa LN de, Silva VVL da, Ferreira TCM, Silva EV, et al. Percepção de estudantes de enfermagem no desenvolvimento das habilidades e competências na simulação realística. *Rev Eletron Acervo Saude*. 2023 Jun 9;23(6):e12634. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e12634.2023>
6. Batista D, Lima B, Oliveira LC, Cristiane V, Silva CP, Carolina A, et al. Assistência de enfermagem na prevenção da violência obstétrica: uma revisão de literatura nursing care in the prevention of obstetric violence: a literatura review [Internet]. 2023 Sep [cited 2025 Feb 3]. DOI: <https://doi.org/10.61164/rsv.v5i1.1653>
7. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Oct 2;169(7):467–73. DOI: 10.7326/M18-0850
8. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015 Sep 1;13(3):141–6. DOI: 10.1097/XEB.0000000000000050
9. Castro MC, Rates SS. Obstetric violence in Chile: Women's perceptions and differences among health centers. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2022;46. DOI: 10.26633/RPSP.2022.24
10. Rocha N, Debate JFS em. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate* [Internet]. 2020 Apr [cited 2025 Feb 3];44:556–68. DOI: 10.1590/0103-1104202012521

11. Anna E, Zanchetta MS, Santos W, Souza KV, Pina VR, Hwu H, et al. Ampliando vozes sobre violência obstétrica: recomendações de advocacy para enfermeira (o) obstetra. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 3];25(5):e20200449. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0449

12. Simões AV, Rodrigues VP, Machado JC, Maria J, Penha N, Balbinote FS. Assistência qualificada no pré-natal como prevenção da violência obstétrica: Revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 2021;10:e34910817505. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.17505

13. Francisco M, Andrade IAF de, Silva LSR da, Ferreira MC, Aymar DLFA. Humanização da assistência ao parto: opinião dos acadêmicos de enfermagem. *Nursing (Ed. Bras.)* [Internet]. 2020 [cited 2025 Feb 3];23(270):4903–8. DOI: 10.36489/nursing.2020v23i270p4897-4908

14. Erenel A, Sözbir Ş, Aksoy MU, Gürcüoğlu EA, Aksu SP, Toprak FÜ, et al. Effect of scenario-based simulation training on the obstetrics and gynecology nursing clinical practicum. *J Nurs Res*. 2021 Apr [cited 2025 Feb 3];29:e142. DOI: 10.1097/jnr.0000000000000417

15. Naranjo M, Mello L de, Justo CB, Pagotto MA, Toledo Leme VF de, Brandão CFS. Grau de satisfação do estudante de medicina no ensino baseado em simulação para a ginecologia e obstetrícia. *Rev Eletron Acervo Saude* [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 3]; DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e11808.2023>

16. Wellington Silva de Moura J, Carlos de Souza Leite J, Rodrigues de Oliveira V, Paulo Xavier Silva J. Humanização do parto na perspectiva da equipe de enfermagem de um Centro de Parto

Normal. *Enferm Foco*. 2020;11(3):202–8. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3256>.

17. Dulfe P, Alves V, Pereira AV, Rodrigues DP, Vieira BDG, Marchiori GRS, et al. Desafios de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e nascimento: estudo descritivo e exploratório. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 3]; Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1400800>.
18. Pantoja AS, Paula M, Sousa S, Costa B, Lorena N, Veras P, et al. A enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa da literatura. *Res Soc Dev*. 2022;11. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25759>

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CENÁRIO CLÍNICO SIMULADO SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM ESTUDO METODOLÓGICO

Pesquisador: KELLY DE FARIA PITANGA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73152223.5.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.319.127

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas das "Informações Básicas da Pesquisa" e do "Projeto Detalhado / Brochura Investigador", arquivos:

> "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2189725.pdf" postado em 16/08/2023.

> "PROJETO.pdf" postado em 16/08/2023.

INTRODUÇÃO,

A educação na área da saúde é um processo mutável e complexo, que requer a incorporação de novos métodos de ensino e aprendizagem. A simulação clínica emerge nesse âmbito como metodologia inovadora baseada em um modelo de ensino construtivista. Nessa abordagem, o aluno participa ativamente do processo de aprendizagem, além de, realizar de forma segura e controlada uma prática semelhante à realidade, o que contribui para a aquisição de conhecimentos, habilidades, competências e desenvolvimento do pensamento crítico em tempo real (LÓPEZ et al., 2019). A simulação realística em saúde é uma estratégia inovadora nos cursos de formação profissional, capacitação e treinamento de profissionais de saúde. Os cenários para a prática das simulações em saúde são construídos e fundamentados em situações da vida real para treinar habilidades técnicas e não técnicas. Sugere-se a integração dessa metodologia na matriz curricular, não apenas, como componente isolado e complementar, mas sim, que seja inserida

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

CEP: 49.060-110

E-mail: cep@academico.ufs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFS



Continuação do Parecer: 6.319.127

como elemento do conteúdo programático das disciplinas (KANEKO; LOPES, 2019). Desse modo, essa a estratégia permite o refinamento dos conhecimentos adquiridos, aquisição ou aprimoramento das práticas. Além de, estimular o trabalho em equipe, incentivar o pensamento crítico reflexivo, aumentando confiança e promovendo o desenvolvimento de habilidades e satisfação com o aprendizado (AMORIM, et al., 2022). Atualmente existe uma diversidade de cenários focados em diversas temáticas, como: "Cenário para o desenvolvimento de habilidades de raciocínio diagnóstico em estudantes de enfermagem" (GOUVEIA et al., 2021). "Cenários de simulação clínica de média fidelidade em suporte básico de vida no contexto da atenção básica" (CARREIRO; ROMÃO; COSTA, 2021). "Cenário de simulação clínica para ensino do transporte intra-hospitalar de pacientes críticos" (SANTANA et al., 2021). "Simulação clínica sobre testagem e aconselhamento para o HIV em gestantes" (MELO et al., 2022). No entanto, no que concerne a simulação clínica em saúde, observa-se que a temática da VO ainda é pouco mencionada. Assim, considerando a VO um problema de saúde pública relevante, verifica-se a necessidade da abordagem desse assunto ainda durante a graduação dos profissionais de saúde, não só de forma teórica e ocasional, mas colocando-os em situações práticas. A violência obstétrica (VO) configura-se por diferentes definições, sendo uma expressão usada no Brasil para se referir a condutas agressivas ou técnicas invasivas, as quais podem ser executadas por qualquer profissional da saúde contra gestantes e puérperas. Classificam-se em: violências verbais, físicas, psicológicas, institucionais entre outras, como também o uso de procedimentos sem embasamento científico ou sem o consentimento da parturiente. Nessa perspectiva, a VO é definida como insulto à mulher, à sua autonomia, ao seu corpo e aos seus processos reprodutivos, influenciando de maneira negativa na qualidade de vida, afetando, inclusive, a vida sexual (OLIVEIRA et al., 2019). Segundo a Pesquisa Nacional "Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado", realizada em 2010, desenvolvida pela Fundação Perseu Abramo, cerca de um quarto das mulheres são vítimas de alguma forma de violência durante o cuidado recebido no ciclo gravídico-puerperal. As formas de violência que mais se destacaram foram: os exames de toque de forma dolorosa (10%); ausência de métodos para alívio para a dor (10%); gritos (9%); ausência de informação sobre os procedimentos (9%); negou-se a atender (8%) e humilhação (BRANCO, 2017). Outro estudo realizado no Nordeste por Andrade et al. (2016) em uma maternidade de alta complexidade do Recife/PE com 603 parturientes, foi apontado que aproximadamente 87% das pacientes sofreram algum tipo de violência durante o trabalho de parto e parto, sendo o incentivo a puxos voluntários (65%); uso de ocitocina (41%); a posição supina/litotomia (39%) e o uso da manobra de Kristeller (9%) se destacaram como as práticas prejudiciais mais frequentes,

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFS



Continuação do Parecer: 6.319.127

mostrando associação com a baixa escolaridade. O debate sobre VO teve início na América Latina e na Espanha nos anos 2000 com os movimentos ativistas pela humanização do parto. Alguns posicionamentos frente ao trabalho de parto e o parto ferem os direitos humanos, contrapondo-se aos princípios da bioética, sendo possível acarretar desfechos desfavoráveis à saúde e desestimular as mulheres na procura por cuidados subsequentes. A transformação desse cenário requer mudanças no modo de entender o ciclo gravídico-puerperal, a fim de minimizar intervenções desnecessárias, que podem acarretar danos à saúde física e emocional (KATZ et al., 2020). Na atualidade, essa expressão vem ganhando notoriedade no Brasil e no mundo sendo tema de artigos, matérias jornalísticas e documentários, além de ser pauta de discussões nas assembleias legislativas e nos ministérios públicos, reafirmando documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) que mostram a grande importância da temática como questão de saúde pública (BRAGA et al., 2022). Trata-se, portanto, de um tema de extremo interesse para o campo da saúde, e que merece atenção especial dos estudantes, é imperioso que futuros profissionais sejam preparados para desempenhar condutas adequadas que detenham a VO, diminuindo o agravo desse evento. Assim, trabalhar esse contexto com futuros profissionais de saúde é de suma importância, uma vez eles irão atuar nas diversas vivências das mulheres, podendo ser capazes de conduzi-las ao reconhecimento dos seus direitos e autonomia (MELO; ALMEIDA; PEIXOTO, 2022). Diante do exposto, justifica-se a realização do presente estudo, para construção de um instrumento didático que fortaleça a relação teoria/prática. A simulação é uma ferramenta que requer estratégias a fim de ter seus objetivos de aprendizagem atendidos em todas as etapas. Com esse intuito, é pertinente a validação de um cenário de simulação, uma vez que é preciso assegurar que ele tenha integridade, reprodutividade e esteja de acordo com os padrões recomendados para a criação do cenário de simulação clínica (ROSA et al., 2020). Neste sentido, este trabalho visa contribuir para a redução das lacunas de conhecimento dessa temática, apoiando a qualificação de futuros profissionais de saúde, em específico a formação do enfermeiro. Sendo assim, este estudo tem como questionamento: Qual o conteúdo necessário para que um cenário de simulação clínica na temática de violência obstétrica seja considerado válido?

HIPÓTESE,

De acordo com o pesquisador:

Não há hipótese

METODOLOGIA PROPOSTA,

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFS



Continuação do Parecer: 6.319.127

Para a execução da validação, acontecerá busca, na plataforma Lattes, de profissionais especialistas na área de obstetrícia e/ou simulação clínica.

Aos juízes que atenderem os critérios de inclusão será enviado uma carta convite, juntamente como o TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido), o roteiro do cenário e o link do Google Forms, que o direciona para avaliação do instrumento, todos itens encaminhados através de endereço eletrônico, onde, também, será solicitado a indicação de outros três juízes que respondam às mesmas especificações, para fazerem parte da pesquisa, informando nome e e-mail.

A coleta ocorrerá em rodadas, estima-se que para cada rodada será estipulado um prazo inicial de 10 dias, os quais podem ser prorrogados por mais 5 dias conforme necessidade. Para validação do cenário, deverá existir consenso entre os especialistas, com isso, poderá ser necessário ajustes no roteiro, nesse caso implicará em mais de uma rodada de avaliação. Assim, após ajustes os roteiros serão devolvidos aos juízes para uma nova análise, com prazo de devolutiva igual ao primeiro. E assim, serão realizados os ajustes e devolutivas até que seja obtido o consenso entre os especialistas.

Ressalta-se que a coleta de dados será realizada após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Todos os documentos preenchidos (instrumentos) e assinados (TCLE) serão arquivados para quaisquer questionamentos/solicitações, em pastas zipadas no computador pessoal da pesquisadora, com senha de conhecimento exclusivo dos pesquisadores, serão mantidos por um período de cinco anos e após serão excluídos permanentemente por meio de formatação.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO,

Para inclusão de juízes será determinada a pontuação mínima de cinco pontos na escala de Andrade (2016). Em relação à titulação contará apenas um ponto, mesmo que o perito possua todos os títulos.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO,

Serão excluídos os juízes que não responderem às questões objetivas do instrumento de validação, marcarem mais de um item para a mesma questão, responderem às questões abertas do instrumento de validação de forma incoerente com o que foi questionado ou não realizarem as devolutivas no tempo determinado.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFS



Continuação do Parecer: 6.319.127

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS*.

Os dados serão analisados mediante o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Para avaliar a confiabilidade será aplicado o coeficiente alfa de Cronbach, técnica operada para avaliação da confiabilidade e consistência interna de instrumentos de medição (GASPAR; SHIMOYA, 2017)

Objetivo da Pesquisa:

Validar em conteúdo um cenário de simulação clínica sobre violência obstétrica para acadêmicos.

Objetivo Secundário:

Construir um cenário de simulação clínica para identificação e manejo da violência obstétrica.

Descrever perfil sociodemográfico e acadêmico dos juízes.

Realizar revisão integrativa de literatura para formulação de caso clínico a ser trabalhado no cenário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

Os riscos para os participantes são mínimos e inclui a quebra de sigilo, estresse e cansaço. Com a finalidade de evitar esse revés, o pesquisador seguirá a resolução 466/2012 e Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, garantindo confidencialidade e anonimato no material da coleta. Todos os dados serão utilizados para fins de pesquisa e serão arquivados em pastas zipadas no computador com senha, de conhecimento, unicamente, do pesquisador. Para minimizar o possível estresse e cansaço ao responder o instrumento de coleta de dados, será disponibilizado o tempo necessário para responder o instrumento e escolha do horário mais oportuno.

BENEFÍCIOS:

A pesquisa permitirá validar um cenário de simulação clínica voltado à assistência de enfermagem frente a violência obstétrica, contribuindo assim, com a formação profissional de estudantes de graduação no quesito atualidade e qualidade do cuidado no que concerne essa temática. Secundariamente, também, favorece a aplicação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pretende "realizar a construção para posterior validação de um cenário de simulação clínica no contexto de VO, que seja aplicável para estudantes de graduação de enfermagem." Serão

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 6.319.127

abordados 0 participante que atuarão como juízes/avaliadores das questões apresentadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do Protocolo de Pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa inicial.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2189725.pdf	16/08/2023 14:33:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	16/08/2023 14:31:27	KELLY DE FARIA PITANGA	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_E_CONFIDENCIALIDADE.pdf	16/08/2023 14:22:55	KELLY DE FARIA PITANGA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_AUTORIZACAO_E_INFRAESTRUTURA.pdf	16/08/2023 14:20:47	KELLY DE FARIA PITANGA	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_UTILIZACAO_DE_DADOS.pdf	16/08/2023 14:19:43	KELLY DE FARIA PITANGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/08/2023 14:13:44	KELLY DE FARIA PITANGA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	16/08/2023 14:11:53	KELLY DE FARIA PITANGA	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

CEP: 49.060-110

E-mail: cep@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 6.319.127

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 22 de Setembro de 2023

Assinado por:
ROBELIUS DE BORTOLI
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

CEP: 49.060-110

E-mail: cep@academico.ufs.br