

Intervenções para a prevenção de violência no trabalho da enfermagem: revisão de escopo

Interventions for the prevention of violence in nursing work: scoping review

Mayara Fernandes de Lima

<https://orcid.org/0000-0003-2151-8653>

Aline Mizusaki Imoto

<https://orcid.org/0000-0001-8318-4658>

Patrizza de Sá Bispo Pedroso

<https://orcid.org/0000-0001-8318-4658>

Heloísa Maria Macedo de Souza

<https://orcid.org/0000-0003-2623-9741>

Leila Bernarda Donato Gottens

<https://orcid.org/0000-0002-2675-8085>

Levy Aniceto Santana

<https://orcid.org/0000-0001-7743-4892>

Contato para correspondência: mayarafernandes87@gmail.com

RESUMO

Objetivo: identificar modelos de intervenções para prevenir, coibir e intervir em situações de violência no trabalho da enfermagem. **Método:** revisão de escopo em etapas: 1) montagem da estratégia de busca nas bases de dados: PubMed, BVS e EMBASE de 2015 a 2023; 2) registro do protocolo no Open Science Framework (OPS); 3) seleção dos artigos por meio da plataforma Covidence *online software*; 4) extração e análise dos dados. **Resultados:** identificaram-se 864 estudos, selecionados 114 para a leitura na íntegra e 11 incluídos.

A maioria foram pesquisas quase-experimentais, realizadas nos Estados Unidos da América e em ambiente hospitalar. O setor de emergência e o uso da simulação como método de intervenção prevaleceram na análise. **Conclusão:** há modelos de intervenções que podem ser usados na capacitação de profissionais de enfermagem, com ênfase na simulação como estratégia prevalente e mais indicada na prevenção da violência no trabalho da enfermagem.

Descritores: Violência no Trabalho; Enfermagem; Intervenção.

ABSTRACT

Objective: identify intervention models to prevent, curb and intervene in situations of violence in nursing work. **Method:** scope review in stages: 1) assembly of the search strategy in the databases: PubMed, BVS and EMBASE from 2015 to 2023; 2) registration of the protocol in the Open Science Framework (OPS); 3) selection of articles through the Covidence online software platform; 4) data extraction and analysis. **Results:** 864 studies were identified, 114 were selected for full

reading and 11 were included. The majority were quasi-experimental research, carried out in the United States of America and in a hospital environment. The emergency sector and the use of simulation as an intervention method prevailed in the analysis. **Conclusion:** there are intervention models that can be used to train nursing professionals, with an emphasis on simulation as the prevalent and most recommended strategy for preventing violence in nursing work.

keywords: Workplace Violence; Nursing; Intervention.

INTRODUÇÃO

A violência no trabalho da enfermagem é considerada um dos grandes problemas de saúde pública em cenários mundiais, representando riscos ocupacionais que podem interferir na assistência prestada aos pacientes, seus familiares e/ou acompanhantes¹⁻². A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência como sendo o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação³⁻⁴.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) considera a violência no trabalho como qualquer ação, incidente ou comportamento que se afaste da conduta razoável e na qual uma pessoa é agredida, ameaçada, prejudicada, ferida no decurso ou como resultado direto do seu trabalho. Trata-se de um problema de natureza social e de saúde pública no Brasil e no mundo, que resulta em repercussões negativas em nível individual, coletivo e institucional⁵.

Os enfermeiros frequentemente são vítimas de abuso verbal, de ameaças, de violência física, de assédio sexual e/ou de agressão sexual⁶⁻⁸. A violência de ordem psicológica, física e estrutural está, na maioria dos casos, vinculada a dificuldade de acesso dos pacientes aos serviços de saúde, às situações relacionadas ao trabalho da enfermagem e à logística da instituição⁴. Entre as causas citam-se a sobrecarga de trabalho, o contato direto com os

usuários dos serviços de saúde, a ansiosidade dos pacientes pela sua condição de saúde e a insatisfação com o atendimento prestado⁵.

A violência psicológica decorre normalmente de situações relacionadas às condições de trabalho, de materiais indisponíveis para assistência, de condições relacionadas ao espaço físico, de quantidade de profissionais, da jornada de trabalho e, ainda, como a equipe do serviço lida com os contratempos e dificuldades em sua rotina⁹. Muitas pesquisas apresentam relações do fenômeno assédio moral com o ambiente hospitalar. Como por exemplo, nos serviços de urgência e emergência, os profissionais vivenciam formas físicas ou verbais de violência devido a elevada demanda de atendimentos, 24 horas por dia, todos os dias da semana⁵.

A violência praticada entre pessoas de mesma hierarquia, contribui para o abandono profissional da vítima, pois destrutura o convívio com pessoas mais próximas¹⁰. As agressões entre colegas de trabalho e membros da equipe multiprofissional de saúde que, sobrecarregados com suas demandas, acabam por depositar seus sentimentos negativos sobre a equipe de enfermagem¹¹.

Os incidentes de violência no local de trabalho ocorrem com mais frequência na emergência, na psiquiatria, nos cuidados em domicílio¹², em unidades de terapia intensiva e salas de cirurgia¹⁰. Os fatores de risco que aumentam a vulnerabilidade à violência são a idade inferior a 30 anos, a curta trajetória profissional com menor experiência no desenvolvimento das atividades laborais, a falta de habilidades para prevenir agressões, trabalhar em determinadas unidades e turnos¹⁰⁻¹³.

O sexo feminino foi considerado o mais vulnerável. No Canadá, as mulheres são a maioria dos profissionais de saúde de acordo com os registros da Associação de Enfermeiras de Ontário, demonstrando que a enfermagem continua a ser uma profissão dominada por mulheres, e atitudes sociais continuam a desvalorizar e sexualizar a profissão⁵. Muitas mulheres apresentam dificuldades em reconhecer a presença de comportamentos abusivos e acabam por calar-se em razão do medo, da insegurança e/ou da vergonha. E quando relatam, as queixas muitas vezes são inespecíficas, mascaradas e/ou incompatíveis com a real situação¹⁴⁻¹⁵.

A pandemia de COVID-19 houve aumento dos casos de violência contra os profissionais da enfermagem. As diversas mutações e a rápida evolução da doença, a criação de hospitais de emergência e a reestruturação de serviços de saúde foram fatores causadores de estresse para a sociedade e para esses profissionais¹¹. Houve registros de situações de agressões perpetrados por familiares de pacientes infectados que foram impedidos de

visitarem seus entes e até mesmo por pessoas em transportes coletivos, que afirmavam que os profissionais de enfermagem eram os culpados pela transmissão da doença¹¹. As notícias falsas ou alarmantes, veiculadas em redes sociais e outras mídias, também podem ter contribuído para o aumento do desgaste de todos profissionais que atuavam diretamente no enfrentamento da COVID-19 e precipitado episódios violentos contra trabalhadores da enfermagem¹¹.

Em países como os Estados Unidos, existem políticas obrigatórias de tolerância zero com relação à violência no local de trabalho que inclui trabalhadores, pacientes, clientes, visitantes, e outras pessoas, incentivando a denúncia de novos casos. No entanto, há inúmeras regiões do mundo que não possuem legislação ou políticas públicas com estratégias específicas para a prevenção da violência contra os profissionais de saúde, com destaque para a enfermagem brasileira¹¹.

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na pesquisa intitulada Perfil da Enfermagem no Brasil desenvolvida em 2015¹⁶, observaram que a violência no país é invisível, institucional e atingiu 360 mil trabalhadores de saúde no período de um ano, identificando que os profissionais não receberam a devida atenção e o respeito das instituições de saúde¹⁶. A violência nos serviços de saúde necessita ser mais estudada, uma vez que a invisibilidade das ocorrências e de suas consequências contribuem para que as agressões sejam tratadas como naturais e a gravidade do problema subestimada¹³. É essencial o incentivo em notificar os incidentes violentos, pois entender o escopo completo do problema e a causa raiz contribui para mudanças organizacionais que forem necessárias¹⁷.

A relevância deste estudo é justificada pelo pequeno número de estudos nacionais sobre a temática e poderá apontar estratégias institucionais para prevenir a violência no local de trabalho¹ aos gestores e aos profissionais de enfermagem. Possibilita ainda ações planejadas em sintonia com políticas de prevenção, adaptadas a realidade de cada instituição de saúde.

Considerando o exposto, objetivou-se nesta revisão de escopo, identificar modelos de intervenções para prevenir, coibir e intervir em situações de violência no trabalho da enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de revisão de escopo baseado no modelo PRISMA-ScR¹⁸ e *Joanna Briggs Institute* (JBI)¹⁹, fundamentado em evidências e nas melhores informações disponíveis²¹.

Seguiu as etapas de identificação e apresentação da questão principal de pesquisa, estratégia de busca, identificação dos estudos, seleção dos estudos apropriados, extração dos dados, apresentação, discussão dos dados e divulgação dos resultados²⁰. O protocolo de revisão de escopo foi registrado com o Open Science Framework (<https://osf.io/y4p93>).

Critério de elegibilidade

Os estudos elegíveis para a revisão de escopo foram do tipo: quase-experimental, qualitativo e misto. Os artigos selecionados foram de 2015 a 2023 nos idiomas: inglês, espanhol e português. Foram incluídas revisões e artigos originais relacionados ao tema.

Como critério de inclusão, elegeu-se artigos que abordaram intervenções e/ou estratégias para capacitar os profissionais de enfermagem frente a violência em seu local de trabalho, dos últimos nove anos, nos idiomas inglês, espanhol e português. Foram excluídas todas as pesquisas que não responderam ao objetivo deste estudo.

Para formulação da questão norteadora deste estudo, utilizou-se o auxílio do acrônimo PCC (P: População, C: Conceito e C: Contexto). Definiu-se como população os profissionais de enfermagem. O conceito foram as intervenções em cenários mundiais para prevenir, coibir e/ou lidar com a violência no trabalho da enfermagem. O contexto foi violência na enfermagem em serviços de saúde. Deste processo, originou-se a questão norteadora: Quais são os modelos de intervenções nacionais e internacionais para prevenir, coibir e/ou lidar com a violência no trabalho da enfermagem?

A pesquisa foi estruturada em três etapas:

1) Montagem de uma estratégia de busca nas bases de dados: PubMed, BVS e EMBASE; após a leitura prévia de artigos acerca da temática, optou-se pelos seguintes descritores: *Violência no Trabalho/Workplace Violence/Violencia laboral, Enfermagem/Nursing/Enfermería* e *Intervenção/Intervention/Intervención*.

2) Construção da revisão de escopo seguindo as diretrizes (JBI) e registro no Open Science Framework (OPS);

3) Seleção dos artigos utilizando-se o *Covidence online software*, que eliminou trabalhos duplicados. Duas avaliadoras independentes realizaram a seleção dos estudos com base no título e resumo e, após, com base no texto completo. A busca foi completada com a leitura das referências dos estudos selecionados.

4) Extração dos dados dos artigos incluídos. Após a análise, os artigos foram discriminados em um fluxograma PRISMA-ScR e os selecionados inseridos em um quadro

descritivo, contendo as seguintes informações: artigo, desenho/tipo do estudo, setores de intervenção, resultados e conclusão.

RESULTADOS

Identificaram-se inicialmente 864 estudos potencialmente relevantes. Após a análise de duplicação, 773 estudos foram analisados com base no título e resumo. Foram excluídos 659 artigos com base no título e resumo, 114 estudos foram selecionados para a avaliação do texto na íntegra e 103 artigos foram excluídos após a leitura do texto completo. Por fim, 11 estudos foram selecionados para inclusão e análise. O fluxograma com base no PRISMA-ScR¹⁶ de seleção dos artigos está representado na figura 1.

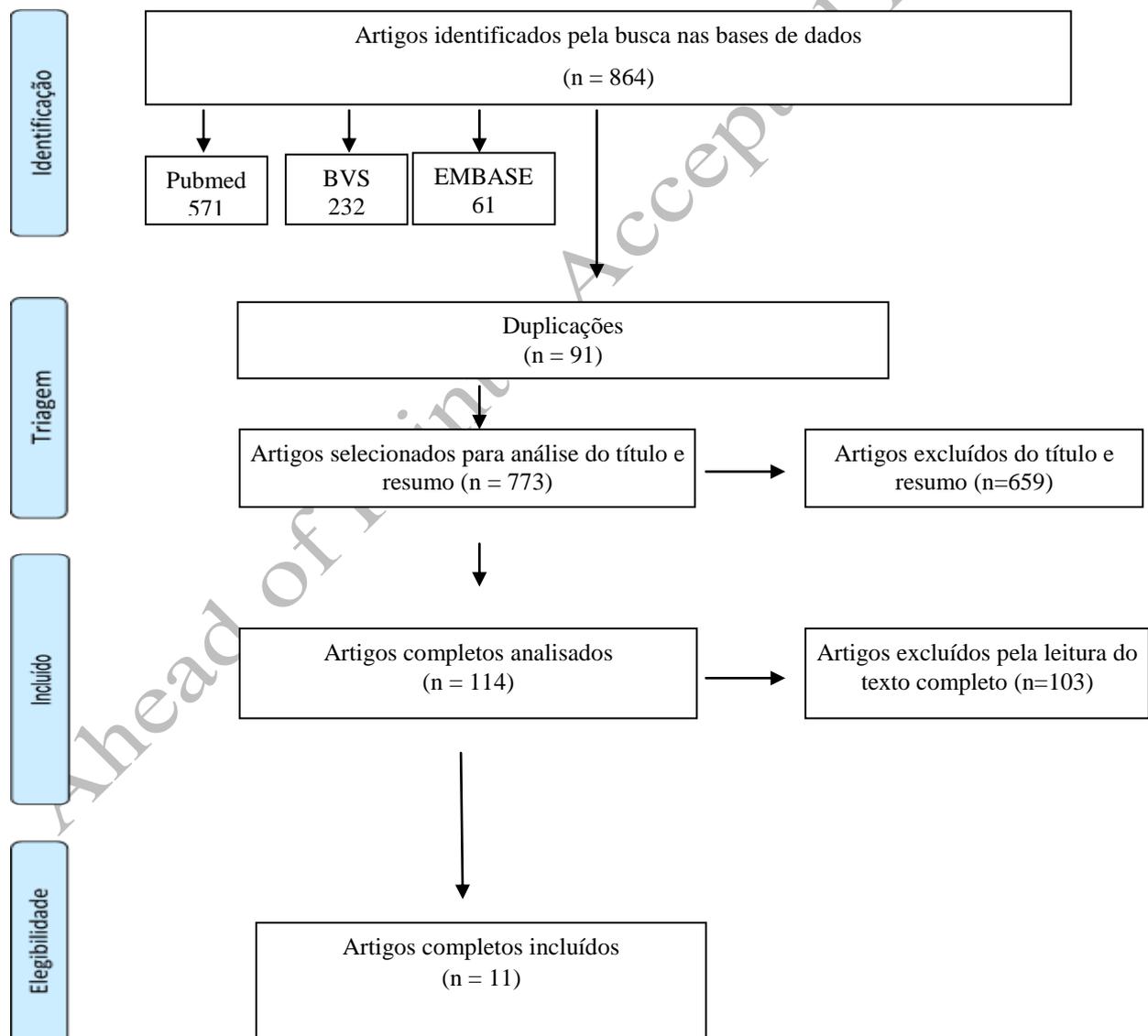


Figura 1. Fluxograma PRISMA e seleção de artigos que compõem a amostra

Os 11 artigos selecionados, em língua inglesa, espanhola e portuguesa, abordaram intervenções, ações, programas e/ou treinamentos para capacitar os profissionais de enfermagem em prevenir a violência no ambiente de trabalho. Dos 11, 5 (45%) foram estudos quase-experimentais e 45% (5) foram realizados nos Estados Unidos da América. As intervenções descritas ocorreram em contexto hospitalar (82%) e universitário (9%). O setor de emergência (64%) e o uso de simulações (36%) como método de intervenção prevaleceram nos artigos analisados. Os modelos de intervenções que prevaleceram nos 11 artigos foram: as técnicas de escalonamento²⁷⁻³⁰, as escalas formuladas pelas próprias instituições e/ou padronizadas^{27,30-32} e o uso da simulação^{25,27,29,30,32,33}, sendo que dois estudos^{27,30} aplicaram os três modelos simultaneamente para capacitar os profissionais de enfermagem em um único treinamento. No Quadro 1 encontra-se a síntese individual dos artigos que compuseram o corpus da análise.

Quadro 1. Descrição dos estudos incluídos na Scoping Review.

Artigo	Desenho/ Tipo de estudo	Setor de intervenção	Resultados	Conclusão
1. Effect of an education program, risk assessment checklist and prevention protocol on violence against emergency department nurses: a single center before and after study ²² .	Quase-experimental	Emergência	Realizado <i>workshop</i> .	Redução na experiência de violência e abuso verbal.
2. Estrategias utilizadas por la enfermería en situaciones de violencia en el trabajo en hemodiálises ²³ .	Qualitativo	Hemodiálise	Estratégia de tolerar a violência.	Denotaram certa aceitação às agressões, conduta que ameniza de forma momentânea a situação agressiva.
3. Impact of behavior management training on nurses' confidence in managing patient aggression ²⁴ .	Qualiquantitativo	Emergência, pediatria e clínica cirúrgica	Treinamento com o <i>Management of Aggression Behavior</i> .	Aumento na confiança em gerenciar situações de violência.
4. Nursing student evaluation of NIOSH workplace violence prevention for nurses online course ²⁶ .	Qualiquantitativo	Estudantes de enfermagem	Curso <i>on-line</i> do <i>National Institute for Occupational Safety and Health</i> .	O estudo apoiou a implementação do curso <i>on-line</i> no currículo das escolas de enfermagem.
5. Quality improvement project to manage workplace violence in hospitals: lessons learned ²⁷ .	Qualiquantitativo	Clínica médica geral	Escala de <i>Staff Observation Assessment Scale Revised (SOAS-R)</i> , simulação <i>in situ</i> e técnicas de remoção de escalada.	Aumento de conhecimento, porém, sem comprovar diminuição de incidentes em razão da subnotificação.

6. Report and prevent: a quality improvement project to protect nurses from violence in the emergency department ²⁸ .	Quase-experimental	Emergência	Modelo LOWLINE (<i>Listen, Offer, Wait, Look, Incline, Nod, Express</i>).	Conscientizaram em aplicar a educação continuada sobre violência laboral no setor a qual trabalham.
7. Staff perception on interprofessional simulation for verbal de-escalation and restraint application to mitigate violent patient behaviors in the emergency department ²⁹ .	Qualiquantitativo	Emergência	Treinamento com equipe multiprofissional: pré-aprendizagem individualmente, <i>Power Point</i> e simulação realística.	Pré-teste e pós-teste indicaram que o uso da simulação melhora a percepção da equipe em lidar com encontros difíceis.
8. The effect of a workplace violence training program for generalist nurses in the acute hospital setting: a quasi-experimental study ³⁰ .	Quase-experimental	Emergência, geriatria, pneumologia, infectologia e ortopedia.	<i>Workshop</i> e os questionários: <i>Continuing Professional Development</i> (CPD) e Likert.	O treinamento com <i>workshop</i> é eficaz, mas deve ser complementado com outras intervenções.
9. The effect of assertiveness training on the mobbing that nurses experience ³¹ .	Quase experimental	Hospital- 30 enfermeiros	Escala de <i>mobbing</i> e <i>Rathus Assertiveness Inventory</i> (RAI).	A intervenção foi eficaz e pode auxiliar na incidência de futuros assédios.
10. Using simulation training to promote nurses' effective handling of workplace violence: a quasi-experimental study ³² .	Quase experimental	Emergência, clínica médica e cirúrgica	Investigou o uso da simulação com apoio da escala <i>Perception of Aggression Scale</i> (POAS) e likert.	Melhora na percepção e na confiança em lidar com eventos de agressão. Mas os participantes com o histórico de violência laboral tiveram o desempenho afetado, por pensamentos negativos.
11. Violence prevention: technology-enabled therapeutic intervention ³⁴ .	Qualitativo	Emergência e internação.	Utilizar a tecnologia (sinalização e botão de alarme de pânico).	Apesar dos benefícios da tecnologia, os enfermeiros observaram que o sistema ativado ou não, há violência.

DISCUSSÃO

Entre as evidências científicas sobre os modelos de intervenções em cenários mundiais nos últimos nove anos, para capacitar os profissionais de enfermagem em prevenir, coibir e/ou lidar com a violência no trabalho, destacaram-se as unidades hospitalares e as universidades. As estratégias para prevenir a violência no trabalho da enfermagem predominaram em

cenários mundiais, com poucos estudos brasileiros¹. Os incidentes violentos em unidades hospitalares prevaleceram no setor de emergência^{12,22,28,29,32,34}.

Os artigos analisados apontaram as técnicas de escalonamento como importante estratégia para a prevenção de violência no ambiente hospitalar. As técnicas de escalonamento identificam as fases do ciclo de agressão e possíveis comportamentos crescentes, ou seja, o agravamento da situação violenta²⁷. No entanto, estudos recentes anulam a teoria “ciclo de agressão”, a favor de descrever a desescalada como uma gama de habilidades verbais e não verbais, e técnicas interacionais de evitar ou gerenciar situações conflitantes sem provocar agressões³⁵.

A desescalada compreende uma série de intervenções psicossociais de curto prazo, é um termo coletivo para vários componentes interligados pela equipe, compreendendo comunicação, autorregulação, avaliação, ações e manutenção de segurança. Visa extinguir ou reduzir agressão e/ou agitação do agressor, independentemente da causa, e melhorar as relações entre a equipe, paciente e/ou visitante, ao mesmo tempo que elimina ou minimiza a coerção ou restrição³⁵.

Alguns autores identificaram as intervenções com a desescalada em fases, baseada na hipótese de que cada fase está associada a uma emoção dominante, e requer estratégias específicas para cada situação. Na fase 1, defendem que a empatia profissional frente a situação violenta previne a escalada da violência e mantém a segurança. Na fase 2, em que o agressor apresenta abuso, é identificado como o momento apropriado para a equipe empregar as técnicas de redução e/ou desescalada³⁵.

Os modelos de desescalada são lineares e cíclicos. O modelo linear alinha-se: 1) a delimitação, envolve tornar a situação segura, movendo o agressor para uma área segura, mantendo distância; 2) o esclarecimento, as razões da raiva aparente são ajustadas por uma comunicação eficaz; e 3) as táticas, o desescalador deve manter a calma e controlar suas emoções, com empatia e respeito ao paciente e/ou visitante³⁵.

O modelo cíclico apresenta um sequenciamento de eventos de agressão. Postula cinco estágios que resultam em agressão: 1) a situação, ou seja, os acontecimentos imediatamente antecedentes à agressão; 2) a avaliação, que são as conclusões que o agressor tira sobre a situação; 3) a raiva, resultante de uma avaliação negativa; 4) os inibidores, são as atitudes, valores e controles do paciente contra a agressão; e 5) a agressão, que é a manifestação comportamental das etapas anteriores³⁵.

Entre os artigos estudados, há uma falta de clareza sobre o que exatamente implica a desescalada e como foram implementadas nos estudos. O que significa que provavelmente

houve grandes discrepâncias entre as formas como as técnicas de desescalada foram utilizadas.

Os estudos basearam-se numa série de intervenções, o que significa que não foi possível quantificar separadamente os efeitos da desescalada das outras intervenções^{27,30,32}. No entanto, observou-se que o conflito e a contenção podem ser reduzidos com um conjunto de intervenções, incluindo a desescalada.

Em um hospital terciário na Austrália, foi utilizado um *workshop* como estratégia de prevenção à violência laboral. O treinamento foi oferecido por duas enfermeiras especialistas em saúde mental aos profissionais da enfermagem no setor de emergência. Abordou-se três objetivos: 1) avaliar riscos de violência e formular planos de gestão; 2) oferecer técnicas de desescalada durante a escalada da agressão; e 3) usar técnicas para responder a pessoa com conduta violenta³⁰.

A auto inscrição no workshop foi mencionado como um requisito obrigatório durante a contratação do profissional. No entanto, o preenchimento dos questionários da pesquisa foi voluntário. O estudo empregou uma medição quase experimental pré e pós-teste de um único grupo com acompanhamento duas semanas após a intervenção³⁰.

Na avaliação de riscos e planos de gestão, foi utilizada a metodologia de investigação. Os participantes responderam questionários com características demográficas e seu nível de exposição à violência no trabalho em uma escala de 10 pontos. Nas técnicas de desescalar o ato agressivo e de se portar frente a uma pessoa violenta, foi utilizado a metodologia da simulação, com a abordagem teórica de paciente simulado em dramatizações e habilidades psicomotoras de técnicas separadistas³⁰.

Os efeitos positivos da implementação do *workshop* não foram descritos de forma suficientemente clara, devido a falhas nos pós-testes, por não terem sido feitos com os profissionais, em razão de férias e da não obrigatoriedade da participação^{27,30}. Observou-se que este método deve ser abordado de forma mais abrangente e por maior período, pois foi realizado em um único dia. O *workshop* foi classificado como apenas um componente e restrito a abordagem teórica³⁰.

As escalas formuladas e/ou padronizadas foram utilizadas como apoio às intervenções e como instrumento avaliativo, antes e depois dos treinamentos. Identificou-se seis escalas: SOAS-R (*Staff Observation Assessment Scale Revised*)²⁷, CPD (*Continuing Professional Development*)³⁰, Likert^{30,32}, *Mobbing*³¹, RAI (*Rathus Assertiveness Inventory*)³¹ e POAS (*Perception Of Agression Scale*)³².

A escala SOAS-R é um instrumento baseado em incidentes, recomendado para registrar episódios discretos de comportamentos agressivos. Possui boas propriedades psicométricas, também utilizado em estudos clínicos de pacientes internados e pode esclarecer os fatores específicos ligados às explosões violentas. O instrumento registra episódios como: provocações, sinais de risco aumentado para agressões, possíveis alvos em sofrer violências, consequências para as vítimas e medidas para impedir as agressões. Auxilia para medir as percepções dos profissionais de enfermagem sobre a gravidade dos comportamentos agressivos, variando de 0 (nem um pouco grave) a 10 (extremamente grave)²⁷.

A escala foi aplicada em um estudo no hospital universitário dos Estados Unidos da América, em uma unidade médica geral com 39 leitos. A unidade atendia pacientes de idade entre 18 a 90 anos, em serviços de acidente vascular cerebral/cerebrovascular, epilepsia, neurologia geral e medicina familiar. Em colaboração com um especialista em educação em enfermagem do hospital, o líder do projeto desenvolveu o material educacional sobre o gerenciamento de violência, alinhado com as recomendações da *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) e com evidências sobre o reconhecimento precoce de sinais de escalada e a identificação de fatores de risco para violência²⁷.

Os participantes receberam as orientações do conteúdo juntamente com a escala SOAS-R em três sessões educativas de 2 horas. E foram orientados a coletar dados iniciais e pós-intervenção com SOAS-R por 3 meses antes e 3 meses depois de receber o treinamento em gerenciamento de violência. Os profissionais de enfermagem deveriam preencher a escala SOAS-R após testemunhar ou encontrar pessoas com comportamentos agressivos, de pacientes ou visitantes e definir violência como verbal, não verbal e/ou física²⁷.

A primeira metade do treinamento inclui a revisão teórica da técnica de escalonamento e a segunda metade aplicou-se um treinamento em cenários realísticos, com exemplos de incidentes ocorridos nos setores do hospital, utilizando 3 atores contratados. Participantes voluntariaram-se para encenar, enquanto outros participantes observaram e forneceram feedback. Foram necessárias seis sessões de treinamento de 4 horas para que todos pudessem participar²⁷.

A SOAS-R é uma ferramenta valiosa para coletar dados sobre a frequência, a natureza e a gravidade de incidentes agressivos, no entanto, os dados foram insuficientes, pois o preenchimento da escala não foi obrigatório e a aplicabilidade dos métodos oferecidos foram lesados, no qual os profissionais de enfermagem, utilizaram com frequência o serviço da equipe de segurança do hospital e a *Behavioral Emergency Response Team* (BERT), para lidar com as alterações comportamentais dos pacientes e dos visitantes²⁷.

Embora os profissionais de segurança tenham experiência no gerenciamento de agressões, essas equipes não eram participantes do projeto, não receberam treinamento SOAS-R, e tampouco preencheram seus formulários. Dessa forma, impediram conclusões sobre a capacidade do treinamento oferecido em reduzir a incidência das agressões²⁷.

O questionário de reação CPD (*Continuing Professional Development*) foi aplicado em um treinamento de um hospital na Austrália para avaliar as intenções de mudanças de comportamentos dos profissionais de enfermagem. Esse estudo também aplicou a escala *Likert*, composta por 12 itens, que identifica a intenção, a influência social, as crenças sobre as capacidades, a moral e as crenças sobre as consequências que podem ocorrer na vida dos participantes. Observou-se a necessidade de novas pesquisas, pois mudanças de atitudes e de comportamentos dos profissionais de enfermagem podem ser influenciados devido a presença de doenças e de esgotamento profissional³⁰. A escala *Likert* quando utilizada no pré e pós testes, oferece maior medição de comportamentos³⁰. Utilizada em dois estudos^{30,32}, é um método considerado popular na pesquisa contemporânea³⁰ e utilizada em diversas pesquisas sobre violência no trabalho³².

A escala de *mobbing* foi desenvolvida em um hospital na província Erzurum da Turquia especificamente para as mulheres da equipe de enfermagem, que até recentemente tinha sua equipe composta apenas por mulheres. A ferramenta tem 68 itens e consiste em afirmações do tipo: “Eu definitivamente concordo”, “Eu concordo”, “Não tenho certeza”, “Eu não concordo” e “Eu definitivamente não concordo”³¹. O treinamento utilizou habilidades de comunicação e se mostrou efetivo, pois as enfermeiras ficaram mais conscientes de seus comportamentos passivos, ganharam coragem de dizer “não” e de se expressarem diante dos conflitos²⁹. Essa análise, demonstra concordância com a literatura, de que a violência contra as enfermeiras é sequência contínua da violência contra as mulheres⁵.

Um treinamento oferecido para a equipe de enfermagem em um centro clínico de Taiwan na China, nos setores: emergência, enfermarias médicas e cirúrgicas, utilizaram método teórico de 3 horas. Abordaram o tema sobre violência no local de trabalho com o uso da simulação, e o preenchimento de questionários antes e imediatamente após a conclusão do curso³².

Os cursos foram elaborados para simular a violência verbal e física nos cenários do local de trabalho real, levando os participantes a construir estratégias de resolução de problemas durante o processo de aprendizagem e a aplicar métodos às situações relevantes. A sequência dos conteúdos trabalhados, foram: a introdução de violência no local de trabalho, comunicação baseada em simulação, de casos reais e discussões em grupo, filmagens de

simulações de cenários de casos reais, estratégia de enfrentamento e discussões após assistirem o vídeo³².

Os participantes foram entrevistados por meio de três questionários estruturados, incluindo: 1) informações básicas; 2) POAS (*Perception Of Agression Scale*) e Likert; e 3) confiança em lidar com a agressão do paciente. As informações básicas, como: idade, sexo, escolaridade, unidade atual, experiência profissional e de violência no local de trabalho, foram coletados para identificação dos fatores de risco para violência no trabalho em materiais complementares³².

A escala POAS avaliou as atitudes dos profissionais de enfermagem em relação as agressões no local de trabalho. E o questionário foi respondido com a escala Likert de cinco pontos com boa confiabilidade e validade, sendo as pontuações mais altas, indicavam que os participantes tinham conceitos mais claros sobre violência no local de trabalho³².

O programa se mostrou efetivo, pois a equipe demonstrou maior confiança em enfrentar os eventos de agressões, porém, com apenas pré e pós testes não foi possível medir os efeitos da aprendizagem, e as avaliações dos resultados não inclui o acompanhamento das ocorrências de violência no trabalho e as habilidades de respostas reais. No uso da simulação, foi analisado apenas atributos básicos, o que dificultou a avaliação. Além de alguns participantes que já tiveram contato com a violência continuaram desmotivados³².

Observou-se que o uso do treinamento em simulação de violência no local de trabalho, como método de intervenção foi prevalente nos artigos incluídos, sendo mais utilizada associada com outros métodos. A simulação é uma técnica de ensino que está em expansão para a educação de profissionais de saúde, pois permite que os alunos relacionem a teoria e a prática em uma ampla variedade de contextos profissionais e melhorem suas habilidades psicomotoras e cognitivas³⁶.

A simulação é um processo educacional, do qual se replica cenários de situações que chega bem próximo à realidade. O aluno assume um papel ativo na aquisição de conceitos que são importantes para resolução do problema apresentado. A estratégia leva os indivíduos a se sentirem em cenário real, sendo importante capacitar os profissionais de enfermagem para melhorarem suas habilidades em se comunicarem com pessoas em situações potencialmente estressantes³³.

A simulação utiliza diferentes tipos de simuladores: simulador de paciente (manequim), pacientes simulados (pessoas no papel de paciente, *role-play*), Objetos Virtuais de Aprendizagem (OVA), e métodos mistos (uso de mais um tipo de simulador)³⁶. E podem ser classificados como: baixa, média e alta fidelidade³⁷.

Os de baixa fidelidade são os manequins estáticos sem interação ou resposta, permite movimentos grosseiros nas principais articulações. O uso de manequins como simuladores no processo de ensino é bastante comum, evidenciou aumento no comportamento de cuidado, autoeficácia, confiança, comunicação, julgamento clínico, cuidado colaborativo interprofissional, engajamento cívico, além do aprimoramento do desempenho técnico, redução de erros e segurança do paciente³⁷.

O simulador de baixa fidelidade são indicados para o treinamento de procedimentos técnicos (punção venosa, cateterismo vesical). Já os de média fidelidade possuem sons respiratórios e cardíacos (sem expansividade torácica); permitem monitorização do traçado de eletrocardiograma, podendo apresentar sons pré-gravados (tosse, vômito, gemido), normalmente indicados para treinamento de parada cardiorrespiratória e início de manobras de reanimação³⁷.

Os manequins de alta fidelidade apresentam respostas fisiológicas controladas por computador. Apresentam respiração espontânea, expansividade torácica, sons cardíacos e pulmonares. O dispositivo *part task trainers*, simula partes anatômicas para o treinamento de habilidades, como, por exemplo, o braço para a punção venosa³⁷.

A estratégia com pacientes simulados, é realizada com atores (profissionais e amadores) ou pacientes reais treinados, sendo efetiva em situações específicas que envolvem o diálogo, a comunicação, aspectos éticos ou de difícil manejo na prática clínica. Já o *role-play* ou “troca de papéis” é outro tipo de simulação que consiste em um método de aprendizagem baseado na experiência, no qual as pessoas assumem o papel de outras (dramatização) a fim de compreenderem um fenômeno partindo de uma perspectiva diferente da sua. Esse recurso, utilizado na formação de diferentes profissionais de saúde, é utilizado para sensibilizar alunos em relação a uma determinada temática ou situação³⁷.

Os Objetos Visuais de Aprendizagem (OVA) é um recurso digital reutilizável (*software* de jogos educativos, vídeos, áudios, tecnologia *web*) que auxilia na aprendizagem de algum conceito e, ao mesmo tempo, estimula o desenvolvimento de capacidades pessoais, como, por exemplo, imaginação e criatividade. No qual os participantes podem criar personagens e interagir com outros participantes simultaneamente em um contexto clínico³⁷.

A simulação não se restringe ao ensino de conteúdos práticos, o que demonstra sua potencialidade como recurso pedagógico, pois o aluno precisa refletir sobre todos os aspectos envolvidos na realização de um cuidado. Ela envolve um contexto abrangente no qual estão envolvidos docentes, discentes, bem como profissionais de outras áreas que dão suporte ao uso dos diversos tipos de simuladores³⁷.

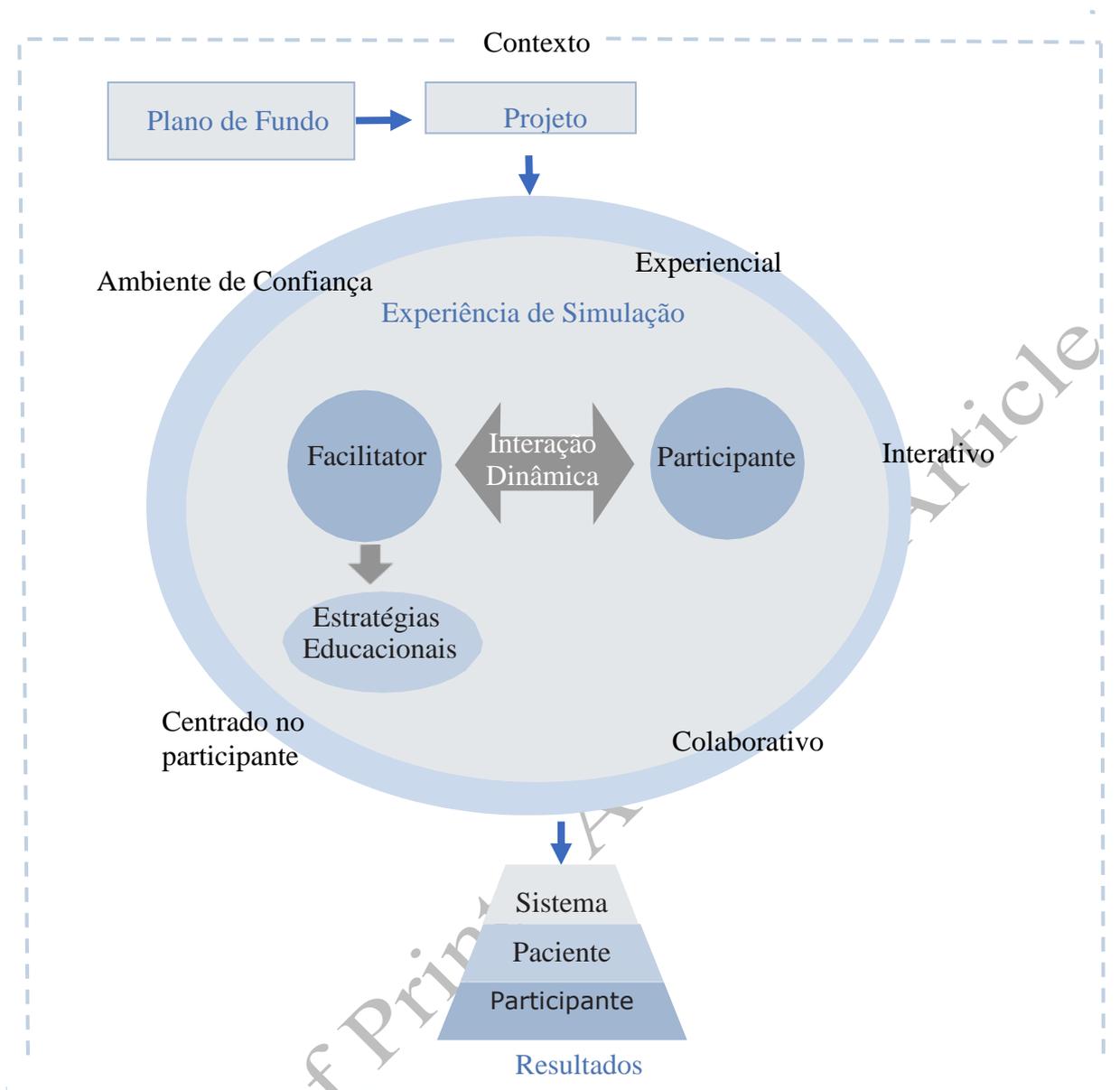
A simulação é muito mais que o uso de simuladores, independentemente do conteúdo ou área de abrangência, ela desperta para uma nova possibilidade de ensino-aprendizagem, em que elementos do contexto real podem ser abordados, minimizando constrangimentos, aumentando o aproveitamento do discente no cenário da prática, proporcionando segurança ao desenvolver atividades em cenário quase-real, ampliando a capacidade crítico-reflexiva e criativa e a tomada de decisões³⁷.

Os simuladores podem ser utilizados isolados ou associados a outros simuladores³⁶, bem como, a simulação pode ser associada à outras estratégias de intervenção. A escala POAS, por exemplo, foi utilizada simultaneamente com a simulação, pois com o preenchimento do instrumento, o avaliador pôde comparar a aprendizagem do participante antes e depois da intervenção, que neste caso, melhorou significativamente a percepção e a confiança em enfrentar eventos de agressão no ambiente de trabalho³².

Os autores de estudos realizados nos Estados Unidos da América²⁹ e no Brasil³³ afirmam que o interrogatório (*debriefing*) é o passo mais importante da simulação, pois nele, os participantes reavaliam seus desempenhos e transferem estratégias aprendidas a experiências anteriores. Nessa fase, as dimensões cognitivas e afetivas são abordadas e toda a reflexão auxilia na obtenção dos resultados da aprendizagem³³.

Um estudo realizado com estudantes de enfermagem utilizou o paciente simulado para trabalhar situações conflituosas e de comunicação difícil. A fim de desenvolver nos alunos competências do tipo: conhecimento, habilidade e atitude. A simulação demonstrou maior gestão de conflitos, empatia, domínio afetivo, pensamento crítico, observação e prudência. A presença de um tutor e a simulação autoguiada, em que o aluno seguia apenas um roteiro pré-elaborado, demonstrou que a presença do tutor se mostrou mais efetiva. Isso porque ele proporciona momentos de reflexão, os quais leva a um aprendizado mais crítico e reflexivo³⁷.

Existem diferentes modelos de simulações que podem ser utilizados. Os docentes de enfermagem preferem seguir os modelos de simulações baseados em situações realísticas, como os apresentados pela Liga Nacional de Enfermagem nos Estados Unidos da América, que reforça a aplicação prática de restrições que a sala de aula tradicional e as configurações *on-line* não podem oferecer²⁹. A simulação de Jeffries³⁸ representada na figura 2, é outro exemplo de cenário realístico recomendado.



Fonte: Jeffries PR, Rodgers B, Adamson K, 2015³⁸ (tradução nossa)

Figura 2. Teoria de simulação de NLN Jeffries

O fato desse estudo encontrar pouca produção científica sobre a temática no Brasil, demonstra a importância do desenvolvimento de novas pesquisas com a aplicabilidade da simulação como método de intervenção para prevenir, coibir e/ou lidar com a violência no trabalho da enfermagem. Ademais, os achados do estudo corroboram para conhecimento e divulgação do método, em especial ao enfermeiro, pois este enquanto líder é capacitado em preparar sua equipe de enfermagem para eventos de agressões.

Limitações do estudo

Os resultados desse escopo devem ser considerados no contexto de limitações e fortalezas. Apesar da simulação ser prevalente na análise, a avaliação de sua efetividade foi limitada, pois a literatura destacou que alguns profissionais, mesmo capacitados, podem não conseguir gerenciar casos de agressões, devido a imprevisibilidade de algumas situações e o contato com eventos desconhecidos e/ou complexos³³.

Contribuições para a prática

Apesar das limitações, essa revisão de escopo demonstrou que o uso da simulação associada com outros métodos tem sido utilizado em capacitações sobre violência no trabalho para profissionais e estudantes de enfermagem, pois melhora a comunicação que, muitas vezes, é complexa e compromete a qualidade do atendimento ao paciente³³.

Os modelos apresentados nesse estudo poderão servir para o desenvolvimento e a propagação de políticas dentro da possibilidade e da necessidade de cada instituição de saúde. Pouco se sabe sobre os modelos de intervenções frente as violências no trabalho da enfermagem, uma vez que, as pesquisas realizadas se concentram em quantificar o problema e traçar o perfil do comportamento dos agressores e das vítimas¹. A aplicabilidade da simulação para os profissionais e estudantes de enfermagem no Brasil também é pouco conhecida, pois os estudos brasileiros analisados se centralizaram em revisão integrativa^{1,33} e pesquisa qualitativa²³.

Sugere-se futuras pesquisas com o modelo mais evidente, a simulação, em desenho quase-experimental e qualiquantitativo, semelhante aos implementados na Austrália²⁷, nos Estados Unidos da América²⁹ e na China³², bem como, o uso da escala POAS³², um método que gerencia atitudes para lidar com pacientes psiquiátricos, que se mostrou viável para clientes da emergência e com outras condições clínicas.

CONCLUSÃO

Três estratégias para a prevenção da violência no trabalho da enfermagem prevaleceram nos artigos selecionados: as técnicas de escalonamento (identificação precoce de fatores de risco para a violência), as escalas formuladas pelas próprias instituições e/ou padronizadas e o uso da simulação. Os estudos quase-experimentais predominaram na pesquisa e observou-se maior produção científica sobre a temática nos Estados Unidos da América. A maioria das intervenções encontradas foram em ambiente hospitalar no setor de

emergência. O uso da simulação se mostrou prevalente e mais indicado como intervenção contra a violência no trabalho da enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Pereira CAR, Borgato MH, Colichi RMB, Bocchi SCM. Institutional strategies to prevent violence in nursing work: an integrative review. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2019 [acesso em: 03 out. 2021];72(4):1052-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0687>.
2. Silveira J, Karino ME, Martins JT, Galdino MJQ, Trevisan GS. Violência no trabalho e medidas de autoproteção: concepção de uma equipe de enfermagem. *J Nurs Health* [Internet]. 2016 [acesso em: 03 out. 2021];6(3):436-46. Disponível em: <https://doi.org/10.15210/JONAH.V6I3.8387>.
3. Hanson GC, Perrin NA, Moss H, Laharnar N, Gass N. Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 [acesso em: 03 out. 2021];15(1):11. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-014-1340-7>.
4. Silva BDM, Martins JT, Moreira AAO. Violência laboral contra a equipe de enfermagem: revisão integrativa. *R. Saúde Públ. Paraná* [Internet]. 2019 [acesso em: 04 out. 2021];2(2):125-35. Disponível em: <https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2n2p125>.
5. De Souza Oliveira C, Quina Galdino MJ, Carvalho Barreto MF, Rolim Scholze A, De Melo Gomes JR, Trevisan Martins J. Violencia Ocupacional: experiencias y estrategias de enfermeros en unidades de atención de emergencia. *Cienc enferm* [Internet]. 2023 [acesso em: 29 ago. 23]. Disponível em: <https://revistas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria/article>.
6. Brophy JT, Keith MM, Hurley M. Assaulted and unheard: violence against healthcare staff. *New Solutions: New Solut* [Internet]. 2018 [acesso em: 04 out. 2021];27(4):581-06. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1048291117732301>.
7. Altemir M, Arteaga A. Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario. *Enferm Clin* [Internet]. 2018 [acesso em: 04 out. 2021]; 28(2): 125-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.09.002>.
8. Choi S-H, Lee H. Workplace violence against nurses in Korea and its impact on professional quality of life and turnover intention. *J Nurs Manag* [Internet]. 2017 [acesso em: 04 out. 2021];25(7):508-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12488>.

9. Trindade LL, Ribeiro ST, Zanatta EA, Vendurscolo C, Dal Pai D. Agressão verbal no trabalho da enfermagem na área hospitalar. *Rev. Eletr. Enferm* [Internet]. 2019 [acesso em: 03 out. 2021];21:54333. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.54333>.
10. Lucena PLC, Costa SFGD, Batista JBV, Lucena CMF, Morais GSDN, Costa BHS. Scientific production on workplace bullying and nursing a bibliometric study. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [acesso em: 03 out. 2021];52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017029103354>.
11. Silva CL, Cabral JM, Hino P, Taminato M, Gonçalves GC, Fernandes H. Violência contra trabalhadores de enfermagem na pandemia da COVID-19: revisão de escopo. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2023. [acesso em: 28 ago. 23];36:eAPE02073. Disponível em <https://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AR002073>.
12. Martinez AJS. Managing workplace violence with evidence-based interventions: a literature review. *J. Psychosoc. Nurs. Mental Health Serv* [Internet]. 2016 [acesso em: 03 out. 2021];54(9):31-6. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/02793695-20160817-05>.
13. Pai DD, Lautert L, Souza SBCD, Marziale MHP, Tavares JP. Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [acesso em: 03 out. 2021];49(3):457-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300014>.
14. Schelb M, De Oliveira MLC, Gottens LBD, Chariglione IPFS. O processo de construção de material educativo para mulheres vítimas de violência. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [acesso em: 27 nov. 2021]; 10(6):50-6. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n6.2324>.
15. Castro ATB, Rocha SP. Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura. *Enferm. Foco* [Internet]. 2020 [acesso em: 27 nov. 2021]; 11(1):176-81. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v1.2798>.
16. Machado MH, Silva MCN. A violência invisível. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [acesso em: 04 out. 2021];14. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Joao-Lucas-Campos-De-Oliveira/publication/311753919_Dimensionamento_de_profissionais_de_enfermagem_implicacoes_para_a_pratica_assistencial/links/5862aa7c08ae8fce49098742/Dimensionamento-de-profissionais-de-enfermagem-implicacoes-para-a-pratica-assistencial.pdf#page=16.
17. Strickler J. Staying safe: responding to violence against healthcare staff. *Nursing* 2019 [Internet]. 2018 [acesso em: 04 out. 2021];48(11):58-2. Disponível em:

https://journals.lww.com/nursing/Abstract/2018/11000/Staying_safe__Responding_to_violence_against.15.aspx.

18. Page MJ, Mckenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Bmj* [Internet]. 2021 [acesso em: 04 out. 2021];372. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
19. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2015 edition/supplement. The Joanna Briggs Institute, 2015.
20. Fernandes CA, Gomes JA, Magalhães BM, Lima AMN. Produção de conhecimento em enfermagem de reabilitação portuguesa – scoping review. *Journal Health NPEPS* [Internet]. 2019 [acesso em: 05 out. 2021];4(1):282-01. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30681/252610103378>.
21. Santos WM, Secoli SR, Puschel VAA. The Joanna Briggs Institute approach for systematic reviews. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2018 [acesso em: 05 out. 2021];26:e3074. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2885.3074>.
22. Sharifi S, Shahoei R, Nouri B, Almvik R, Valiee S. Effect of an education program, risk assessment checklist and prevention protocol on violence against emergency department nurses: a single center before and after study. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2020 [acesso em: 04 out. 2021];100813. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100813>.
23. Cordenuzzi ODCP, Lima SBS, Prestes FC, Beck CLC, Silva RMD, Pai DD. Estratégias utilizadas por la enfermería en situaciones de violencia en el trabajo en hemodiálisis. *Rev.Gaúcha de Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em: 03 out. 2021];38(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.58788>.
24. De la Fuente M, Schoenfisch A, Wadsworth B, Foresman-Capuzzi J. Impact of behavior management training on nurses' confidence in managing patient aggression. *J Nurs Adm* [Internet]. 2019 [acesso em: 04 out. 2021];49(2):73-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000713>.
25. Sanner-Stiehr E, Ward-Smith P. Lateral violence in nursing: implications and strategies for nurse educators. *J Prof Nurs* [Internet]. 2017 [acesso em: 04 out. 2021];33(2): 113-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.08.007>.
26. Brann M, Hartley D. Nursing student evaluation of NIOSH workplace violence prevention for nurses online course. *J Safety Res* [Internet]. 2017 [acesso em: 04 out. 2021];60: 85. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2016.12.003>.
27. Schwartz F, Bjorklund P. Quality improvement project to manage workplace violence in

- hospitals: lessons learned. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2019 [acesso em: 04 out. 2021];34(2):114-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000358>.
28. Buterakos R, Keiser MM, Littler S, Turkelson C. Report and prevent: a quality improvement project to protect nurses from violence in the emergency department. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2020 [acesso em: 04 out. 2021];46(3):338-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.02.010>.
29. Krull W, Gusenius TM, Germain D, Schnepfer L. Staff perception on interprofessional simulation for verbal de-escalation and restraint application to mitigate violent patient behaviors in the emergency department. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2019 [acesso em: 04 out. 2021];45(1):24-0. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.07.001>.
30. Lamont S, Brunero S. The effect of a workplace violence training program for generalist nurses in the acute hospital setting: a quasi-experimental study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2018 [acesso em: 04 out. 2021];68:45-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.008>.
31. Asi Karakas S, Okanli AE. The effect of assertiveness training on the mobbing that nurses experience. *Workplace Health e Saf* [Internet]. 2015 [acesso em: 04 out. 2021];63(10):446-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2165079915591708>.
32. Ming J-L, Huang H-M, Hung S-P, Chang C-I, Hsu Y-S, Tzeng Y-M, et al. Using simulation training to promote nurses' effective handling of workplace violence: a quasi-experimental study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2019 [acesso em: 04 out. 2021];16(19): 3648. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16193648>.
33. Bordignon M, Monteiro MI. Uso da simulação na capacitação sobre violência no trabalho da enfermagem. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2019 [acesso em: 03 out. 2021];32(3):341-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900047>.
34. Burkoski V, Farshait N, Yoon J, Clancy PV, Fernandes K, Howell MR, et al. Violence prevention: technology-enabled therapeutic intervention. *Nurs Leadersh (Tor Ont)* [Internet]. 2019 [acesso em: 04 out. 2021];32(SP):58-0. Disponível em: <https://doi.org/10.12927/cjnl.2019.25814>.
35. Hallett N, Dickens GL. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: concept analysis. *International Journal Of Nursing Studies* [Internet]. 2017 [acesso em: 13 out. 2023]; 75,10-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003>.
36. Dos Santos Almeida RG, Jorge BM, Souza-Junior VD, Mazzo A, Martins JCA, Negri EC, et al. Trends in research on simulation in the teaching for nursing: an integrative review. *Nurs Educ Perspect* [Internet]. 2018 [acesso em: 04 out. 2021];39(3): E7-E10. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nep.2018.03.001>.

em: <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000292>.

37. Oliveira SN, Prado ML, Kempfer SS. Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa. *REME Rev Min Enferm.* [Internet]. 2014 [acesso em: 19 set. 2023];18(2):487-495. Disponível em: <https://doi:10.5935/1415-2762.20140036>.
38. Jeffries PR, Rodgers B, Adamson K. NLN Jeffries simulation theory: brief narrative description. *Nurs Educ Perspect* [Internet]. 2015 [acesso em: 04 out. 2021];36(5): 292-3. Disponível em: <https://doi.org/10.5480/1536-5026-36.5.292>.

Ahead of Print - Accepted Article