








Simulação de atendimento à criança acometida por violência sexual: relato de experiência

Simulation of care for children affected by sexual violence: an experience report

Raphael Raniere de Oliveira Costa¹, José Sebastião de Araújo Júnior¹, Anna Santana Pereira Rolim de Araújo¹, Lia Maristela da Silva Jacob¹, Joelia Celeste Vieira Germano¹, Ádala Nayana de Souza Mata¹, Liliane Pereira Braga¹

RESUMO

O estudo teve por objetivo relatar a experiência com o ensino da abordagem à criança em situação de violência sexual intradomiciliar no contexto da Atenção Primária a Saúde (APS), a partir do uso da simulação clínica, a estudantes de medicina. A simulação foi realizada para os estudantes do quinto período, durante o módulo de Saúde da Criança, do Curso de Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas, Brasil. Esta atividade foi desenvolvida no Laboratório de Habilidades e Simulação Clínica da escola, no segundo semestre de 2019. Na oportunidade, foi desenvolvido e executado um cenário de violência sexual infantil intradomiciliar. A simulação possibilitou uma análise crítica acerca da violência infantil, da atuação médica e da condução de situações semelhantes no contexto da Atenção Primária à Saúde. Por ser um cenário complexo e desafiador, foi possível identificar que os estudantes possuem dificuldades em tomar decisões. Os estudantes avaliaram a prática como uma experiência exitosa. Portanto, a simulação, para o ensino da abordagem à criança em situação de violência sexual intradomiciliar no contexto da APS, pode ser uma estratégia de ensino e aprendizagem de grande potencial para a consolidação teórica e prática da temática em questão.

Palavras-chave: Educação médica; Treinamento com simulação de alta fidelidade; Saúde da criança; Maus-tratos infantis.

¹ Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, Brasil.

Editor Associado Responsável:

Dr. Ana Paula Pinheiro Chagas Fernandes

Faculdade de Ciências Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil

Autor Correspondente:

Raphael Raniere de Oliveira Costa

E-mail: raphaelraniere@hotmail.com

Instituição onde o trabalho foi desenvolvido:

Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, Brasil.

Fontes apoiadoras:

Não houve fontes apoiadoras.

Comitê de Ética (Caso se aplique):

Não se aplica.

Registro de Ensaio Clínico (Caso se aplique):

Não se aplica.

Conflito de Interesse:

Os autores declaram não ter conflitos de interesse.

Recebido em: 3 Setembro 2020

Aprovado em: 25 Janeiro 2023

Data de Publicação: 07 Agosto 2023.

DOI: 10.5935/2238-3182.2023e33301

ABSTRACT

The objective of the study was to report the experience with teaching medical students the approach to children in situations of domestic sexual violence in the Primary Health Care (PHC) context using clinical simulation. The simulation was performed for students attending the fifth semester, during the Child Health module, of the Medicine Course at the Multicampi School of Medical Sciences, Brazil. This activity was developed at the Clinical Skills and Simulation Laboratory of the school in the second half of 2019. A domestic child sexual violence scenario was then developed and executed. The simulation enabled a critical analysis of child violence, of the medical performance, and of how similar situations are conducted in the Primary Health Care context. As it is a complex and challenging scenario, it was possible to identify that the students have difficulties making decisions. The students evaluated the practice as a successful experience. Therefore, the simulation for teaching the approach to children in situations of domestic sexual violence in the PHC context can be a teaching and learning strategy with significant potential for the theoretical and practical consolidation of the theme in question.

Keywords: Education medical; High-fidelity simulation training; Child health; Child abuse.

INTRODUÇÃO

No contexto brasileiro, a atenção à saúde da criança é, atualmente, regida pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) do Ministério da Saúde (MS), instituída pela Portaria nº 1.130¹. Tal documento caracteriza os eixos de ações para o cuidado integral à saúde da criança. Dentre esses eixos, destaca-se a atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade².

A situação de vulnerabilidade possui grande notoriedade na ótica da violência infantil. Na sociedade brasileira, o debate sobre essa temática ganha ênfase com a homologação do Estatuto da Criança e Adolescente³. Esse estatuto, instituído pela Lei 8.069, garante à criança e ao adolescente os cuidados à sua saúde em totalidade, obrigando a identificação, notificação e comunicação de violência⁴.

A violência é definida como a aplicação de força física ou de alguma forma de poder que tenha capacidade de gerar ou que gere lesão, morte, dano psicológico, privação ou déficit de desenvolvimento, a si próprio ou outrem⁵. Na criança, especificamente, a violência pode ocorrer em forma de abuso físico, sexual, emocional ou psicológico e negligência, tendo como resultado danos físicos, psicológicos, prejuízo ao crescimento, desenvolvimento e maturação das crianças⁶.

No Brasil, a negligência é a principal forma de violência sofrida por crianças. Além de ser por si um tipo de violência,

a negligência abre caminho para outras formas de violência, destacando-se a violência sexual. A maioria dos casos desses tipos de violência, contra a criança e o adolescente, acontece no ambiente domiciliar, sendo o agressor, geralmente, um familiar ou indivíduos próximos³. Vale ressaltar que o abuso sexual não se refere apenas à relação sexual, mas corresponde a qualquer ato ou jogo sexual, cuja vítima possua um desenvolvimento psicossocial inferior, com o objetivo de obter qualquer satisfação sexual ou estimular a vítima sexualmente⁷.

Toda violência tem um grande potencial estressor e capacidade de gerar prejuízos diversos no desenvolvimento infantil, contudo, o abuso sexual, reverbera fortemente na sociedade. Por essa razão, há uma gama de políticas públicas voltada para seu combate³. Todavia, apesar dos diversos mecanismos de combate, o que se presencia na prática é uma ineficácia na resolutividade dos casos, em especial pela subnotificação⁷.

Essa subnotificação pode ocorrer por questões multifatoriais. Entretanto, a falta de qualificação de profissionais perante a temática tem um grande peso⁸. Essa falta de capacitação gera uma sensação de incapacidade, impotência e medo à assistência do caso⁷. Esse fato pode ter relação com a tendência dos profissionais de significarem essa temática como área da saúde, muito em parte pelas instituições de ensino não abordarem esse assunto de forma efetiva em suas grades curriculares.

Nesse sentido, torna-se necessário encorajar o conhecimento científico e prático na detecção de violência à criança e ao adolescente e na conduta correta dos profissionais perante esses casos⁸. Essa capacitação se torna necessária para sensibilizar os profissionais e futuros profissionais nos casos mais aparentes, mas, principalmente, nos casos velados⁷.

Nesse contexto, o uso de ambientes simulados surge como uma ferramenta importante na capacitação aos estudantes. A exposição prévia às situações que os futuros profissionais deverão enfrentar na realidade permite um desenvolvimento do conhecimento necessário no momento real, assim como maior confiabilidade e efetividade na tomada de decisão⁹.

Estudos têm mostrado a eficácia da simulação clínica na melhoria do desempenho cognitivo, no aumento da satisfação e autoconfiança na aprendizagem, na autoeficácia, além de ser um método eticamente recomendado¹⁰⁻¹⁶. Além disso, a simulação possibilita trabalhar características sociais¹⁷. Há um aprimoramento da prática clínica, do pensamento crítico-reflexivo, das habilidades de comunicação, do trabalho em equipe pela simulação, assim como uma maior autoconfiança e satisfação¹⁸.

Nessa perspectiva, o artigo tem por objetivo relatar a experiência com o ensino da abordagem à criança em situação de violência sexual intradomiciliar, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir do uso da simulação clínica a estudantes de medicina.

DESENVOLVIMENTO

A simulação foi realizada para os estudantes do Curso de Medicina, do quinto período, durante o módulo de Saúde da Criança, da Escola Multicampi de Ciências Médicas/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/ UFRN). A atividade foi desenvolvida no Laboratório de Habilidades e Simulação Clínica da EMCM, no segundo semestre de 2019.

O módulo de Saúde da Criança apresenta componentes articulados, e totaliza a carga horária de 120 horas, distribuídos em 60 horas de ensino tutorial e 60 horas de habilidades e comunidade. Nessa perspectiva, contempla a temática “violência contra a criança e o adolescente”.

É importante destacar que a EMCM tem trabalhado na perspectiva de ampliar suas metodologias de ensino e aprendizagem e tem apostado na inserção da simulação clínica em todos os módulos do curso. É nessa perspectiva de ampliação que se destaca a experiência em relato e o uso da simulação no módulo anteriormente citado.

A ESTRUTURAÇÃO DO CENÁRIO

Para direcionar a construção do cenário, foi realizada uma pesquisa inicial aos documentos do MS. Após a consulta, foi construído um cenário de violência sexual intradomiciliar. O cenário foi desenhado conforme os seguintes critérios: a) conhecimento prévio do aluno; b) objetivo da aprendizagem; c) fundamentação teórica da atividade; d) desenvolvimento do cenário; f) *debriefing* e g) avaliação¹⁹.

O cenário desenvolvido compreendeu o ambiente de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). O Quadro 1 apresenta a caracterização do cenário objeto deste relato.

A EXECUÇÃO DO CENÁRIO

A simulação ocorreu de acordo com o modelo conceitual de Simulação da *National League for Nursing* (NLN). Esse modelo padroniza a simulação como estratégia de ensino e as pesquisas que envolvem simulação, categorizando variáveis e suas relações. De acordo com o modelo, a simulação é composta por: facilitador (os pesquisadores); os participantes (estudantes do curso de medicina); práticas educacionais (caso clínico e simulação clínica); características do desenho de simulação (com foco em resolução de problemas) e expectativa dos resultados das simulações (*debriefing*)²⁰.

Previamente, foi disponibilizado um texto base para estudo. O material disponibilizado – com uma semana de antecedência – versa sobre questões conceituais e protocolos de atendimento e seguimento de situações de violência. O objetivo foi promover conhecimento teórico prévio. Essa etapa é de fundamental importância, pois a simulação clínica é uma estratégia de domínios cognitivos superiores e, portanto, requer a consolidação de conhecimentos prévios para a execução de cenários. O mesmo material serviu de base para a construção do cenário acima descrito.

Após a estruturação escrita do cenário, procedeu-se à testagem dele. Para tanto, foi utilizado o recurso paciente-padrão, que são atores treinados para atuar e reproduzir comportamentos de usuários em diversas situações e estabelecimentos de assistência à saúde¹⁶. Na testagem, foi possível estabelecer o tempo de realização do cenário. Essa etapa é de fundamental importância. Por ser um cenário bastante complexo, e após sua realização por especialistas, estimou-se o tempo de 30 minutos. Portanto, caracteriza-se como um cenário longo. Os cenários longos podem apresentar desvantagens como o desvio da atenção. Entretanto, na realidade observada, essa variável não interferiu no êxito e no desempenho dos estudantes.

Para a condução do cenário, participaram da sua facilitação um docente médico especialista em pediatria, um docente com experiência em simulação clínica, uma enfermeira com experiência em atendimento materno-infantil e duas psicólogas com expertise em comunicação. A qualificação do corpo técnico para a facilitação em simulação clínica é de suma relevância. Nessa perspectiva, no contexto brasileiro, pode-se observar diversas iniciativas de qualificação em larga escala em projetos de educação médica. Como exemplo, cita-se um projeto da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e o Ministério da Saúde (MS) que, recentemente, capacitou profissionais de todas as regiões do Brasil para a estratégia simulação clínica.

Os estudantes de medicina, total de 40, foram divididos em quatro grupos de dez. Em cada grupo, um estudante participou diretamente no atendimento do caso. Os demais, participaram do *debriefing*²¹. A estratégia de divisão de grupos

Quadro 1. Caracterização do cenário: Caicó, 2019.

Nome do cenário: Violência sexual infantil intradomiciliar.
Experiência prévia do participante: Cenário desenvolvido para atuação em simulação de atendimento médico. As experiências prévias dos estudantes foram discutidas no <i>prebriefing</i> .
Objetivos primários de aprendizagem: Vivenciar situações de violência infantil intradomiciliar não verbalizado pela genitora, no contexto da APS. Objetivos secundários de aprendizagem: Realizar anamnese direcionada ao caso. Realizar exame físico da criança com queixa urinária. Perceber comportamento de omissão e negação da genitora em situações de violência infantil intradomiciliar. Identificar sinais de violência física em criança no contexto da Atenção Básica. Identificar e conduzir situações de violência infantil no contexto da Atenção Básica.
Duração do cenário: 30 minutos.
Recursos humanos: Um docente médico especialista em pediatria. Um docente com experiência em simulação clínica. Uma enfermeira com experiência em atendimento materno-infantil. Duas psicólogas com expertise em comunicação. Um estudante.
Preparo do cenário: Tema proposto: Violência sexual infantil intradomiciliar. Complexidade do cenário: Alta complexidade. Caso clínico: Você é estudante de medicina e está atendendo em uma Unidade Básica de Saúde. Recebe uma mãe, de 24 anos, não alfabetizada, empregada doméstica, relação estável há um ano, que compareceu a UBS com sua filha para atendimento médico em razão de um episódio (recorrente) de “infecção urinária”. Exame físico: Geral: paciente normocorada e consciente. Aparelho gênito urinário: A fralda da criança apresenta resquícios de sangue e secreção purulenta amarelada. A genitália da criança apresenta eritema. Conduta: Paciente deve ser avaliado com ética. Deve se fazer uma anamnese direcionada ao caso, realizar exame físico, reconhecer que as lesões são associadas à violência sexual e seguir os protocolos de violência sexual em criança. Roteiro para treinamento do paciente-padrão: Você é mãe de uma criança com 2 anos que compareceu à unidade de saúde com sua filha para atendimento médico em razão de um episódio (recorrente) de “infecção urinária”. Solicita ao profissional que prescreva um antibiótico para sua filha, pois ela vem se queixando de dor ao urinar. Não alfabetizada. Portanto, se o estudante verbalizar termos técnicos você poderá demonstrar não entendimento. Trabalha em tempo integral. Mora em um sítio em condições precárias de higiene e habitação. A criança não frequenta creche e fica aos cuidados do padrasto durante o período em que a mãe está ausente. Chora bastante quando fica sozinha com o padrasto. Componentes familiares: mãe, companheiro e criança. Relação conjugável estável. O marido apresenta comportamento agressivo e encontra-se desempregado. Faz uso de álcool com frequência. Caracterização do ator: Vestimenta casual. O simulador da criança estará vestido com fralda e vestido. Recursos materiais: 1 Criança de colo (simulador pediátrico de alta fidelidade) 1 Mesa 2 Cadeiras 1 Calendário 1 Caneta 1 Bloco de anotação 1 Simulador de criança de colo de alta fidelidade e uma maca. 1 Maca Espaço físico: Dependências do Laboratório de Habilidades Clínicas da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte. Ambientação: Consultório médico de uma UBS.

<p>Desenvolvimento do cenário Suspeita de violência sexual clínico e seguimento dos protocolos.</p>
<p>Debriefing As três fases propostas são de reação, análise e síntese:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inicialmente os participantes descreverão o cenário utilizado; 2. Os participantes do cenário discutirão sobre seus sentimentos e reações ao que ocorreu na simulação; 3. Os aspectos positivos que ocorreram na simulação serão potencializados; 4. Será realizada análise e reflexão dos aspectos vivenciados na simulação que a serem melhorados; 5. Possibilidades de aplicação do conteúdo na prática profissional serão discutidas.
<p>Avaliação - Avaliação de conhecimentos; - Avaliação de competências.</p>
<p>Ação/Conduta/Intervenção:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Cumprimenta a mãe e pergunta seu nome. 2 - Mostra interesse pelo usuário. 3 - Ouve com atenção e identifica o motivo da consulta. 4 - Questiona o nome completo da criança. 5 - Questiona a data de nascimento da criança. 6 - Questiona e identifica o motivo da busca ao serviço. 7 - Realiza anamnese dirigida ao caso. 8 - Realiza o exame físico da criança e identifica as lesões na genitália. 9 - Reconhece que as lesões, associadas à anamnese, são sugestivas de violência sexual interpessoal/intradomiciliar (sinais físicos e comportamentais não compatíveis com a idade). 10 - Convence a genitora sobre a importância da notificação e continuidade do caso dentro da rede de cuidado e proteção social. 11 - Verbaliza sobre a necessidade de registrar no prontuário. 12 - Notifica ou verbaliza a notificação do caso (em até 24h). Anexa uma cópia ao prontuário. 13 - Sugere a realização de esquema profilático para gonorreia e outras doenças sexualmente transmissíveis em até 72h, e realização de sorologias e/ou encaminha para um equipamento de saúde que disponha desses recursos. 14 - Comunica o caso ao conselho tutelar de forma mais ágil possível (telefone ou envio da notificação) e/ou à entidade policial. 15 - Esclarece à mãe a necessidade da continuidade da assistência posterior (acompanhamento da criança e da família). Aciona a rede de cuidados e proteção social existente no território. 16 - Oferece atendimento humanizado. 17 - Utiliza linguagem adequada/compatível com o nível de instrução do usuário. Evita jargões médicos.

Fonte: Banco de dados da pesquisa.

utilizada seguiu a recomendação da NLN. A literatura recomenda o trabalho em pequenos grupos²⁰. O trabalho em grandes grupos dificulta a realização do *debriefing*. Por ser o “coração” da simulação, um *debriefing* inadequado pode refletir em insucesso da experiência clínica simulada.

Antes de iniciar a experiência clínica simulada, é importante que os facilitadores questionem aos participantes sobre a existência de dúvidas acerca do conteúdo prévio disponibilizado²⁰⁻²². Devem reconhecer os elementos do cenário, seu funcionamento e apoio, além da realização de um contrato de sigilo. Devem esclarecer também que o ambiente é protegido e que o objetivo maior é o aprendizado.

Por ser uma temática complexa e delicada, os sentimentos mais presentes, a partir das falas dos estudantes durante o *debriefing*, foram a satisfação, o medo, a ansiedade e a insegurança. Esses sentimentos se tornam ainda mais presentes em momentos críticos. Apesar de todo o estudo técnico, de manuais, de protocolos, entre outras fontes, quando submetidos a um cenário que simula a realidade, os estudantes são postos a desenvolver e aplicar habilidades que a leitura, por si só, não possibilitaria.

Na EMC, as simulações são organizadas de acordo com os módulos de ensino, desde o primeiro semestre do curso medicina. Assim, os estudantes participam de cenários de diferentes níveis de complexidade. Até o quarto semestre, os cenários apresentam complexidades baixa e intermediária. A partir do quinto semestre, prioriza-se os cenários de complexidades intermediária e alta²³. Portanto, já estavam familiarizados com a estratégia. Atribui-se esses sentimentos à complexidade do cenário.

Na realidade observada, foi possível perceber que os estudantes possuíam conhecimento prévio sobre a temática, sabiam conduzir – estruturalmente – a anamnese e solicitar exames. Entretanto, foi perceptível, nos quatro grupos, a falta de consenso sobre encaminhamentos da criança vítima de violência dentro da rede de atenção à saúde. Também foi possível perceber uma falta de clareza sobre os papéis dos serviços e órgãos de proteção à criança e ao adolescente. Ao identificar essa carência, os coordenadores do módulo fizeram ajustes na oferta subsequente e inseriram na programação, como estratégia de reforço, uma conferência sobre a temática.

Além disso, foi possível identificar uma certa dificuldade no processo de comunicação entre os estudantes que atenderam a paciente e sua acompanhante. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, no que tange às habilidades específicas, destacam a necessidade de o aluno comunicar-se adequadamente com os seus pares e pacientes^{24,25}. Portanto, é uma habilidade que deve ser trabalhada ao longo da formação médica. Entretanto, estudos apontam para fragilidades nesse processo de ensino e aprendizagem no contexto das escolas médicas²⁵. Por essa razão, nos semestres seguintes, os coordenadores do módulo passaram a convidar, na condição de facilitador, docentes da EMCM com *expertise* em comunicação.

Experiências como a relatada neste artigo contribuem para o aumento da satisfação e da autoconfiança nos estudantes. A literatura aponta para os diversos benefícios da simulação clínica como a autoeficácia, satisfação, autoconfiança, trabalho em equipe, segurança do paciente, melhoria do desempenho cognitivo e o desenvolvimento de competências e habilidades^{9,12,15,22}.

A simulação possibilitou uma análise crítica acerca da violência infantil, levantando questionamentos de como o médico deve atuar em contexto tão delicado, destacando-se que necessita de um maior cuidado, o que irá contribuir positivamente para uma conduta mais humanizada e coerente em situações reais.

Na realidade relatada, antes da execução dessa prática, os estudantes vivenciavam a temática apenas nos cenários de práticas (serviços de saúde). Portanto, sua inserção como atividade curricular, no laboratório, amplia as oportunidades de aprendizagem. Sabe-se que a simulação clínica é uma estratégia potencial também por contemplar aspectos e princípios da ética e da bioética¹⁴. A literatura aponta para a importância da simulação clínica enquanto estratégia que permite que o estudante possa aprender com seus próprios erros e acertos, sem que isso possa trazer prejuízos a um paciente real²³.

A experiência relatada, embora tenha sido um projeto piloto, foi bastante exitosa. Em razão do seu êxito, passou a compor a agenda de atividades curriculares do módulo de Saúde da Criança da EMCM. Nessa perspectiva, contribuiu de forma significativa para a consolidação da temática em questão, para a melhoria das práticas do módulo e para a formação dos estudantes.

CONCLUSÃO

A violência infantil é um contexto de grande relevância devido a sua grande repercussão negativa no crescimento e no desenvolvimento das crianças e adolescentes, como resultado das agressões físicas e psicológicas. É responsabilidade médica conseguir identificar, notificar e agir perante esses casos, protegendo as crianças e adolescentes, assim como resguarda o Estatuto. Para tal, é necessário que haja uma adequada preparação desses profissionais. Diante disso, a simulação clínica foi utilizada como ferramenta de ensino no Curso de Medicina da EMCM, com alunos do quinto período,

preparando-os para identificar e intervir em situações de violência infantil.

Por ser um cenário complexo e desafiador, foi possível identificar que os estudantes possuem dificuldades para tomar decisões, apesar de todo o conhecimento técnico e científico acerca do assunto. Os estudantes avaliaram a prática como uma experiência exitosa. Portanto, a simulação, para o ensino da abordagem à criança em situação de violência sexual intradomiciliar no contexto da APS, pode ser uma estratégia de ensino e aprendizagem de grande potencial para a consolidação teórica e prática da temática em questão.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

As contribuições dos autores estão estruturadas de acordo com a taxonomia (CReDiT) descrita abaixo: Conceptualização, Investigação, Metodologia, Visualização & Escrita – Análise e Edição: Raphael Raniere de Oliveira Costa, José Sebastião de Araújo Júnior, Anna Santana Pereira Rolim de Araújo; Administração do Projeto, Supervisão & Escrita – Rascunho Original: Raphael Raniere de Oliveira Costa, Lia Maristela da Silva Jacob; Validação: Raphael Raniere de Oliveira Costa, Lia Maristela da Silva Jacob, Joelia Celeste Vieira Germano; Curadoria de Dados & Análise Formal: Raphael Raniere de Oliveira Costa, Ádala Nayana de Souza Mata, Liliane Pereira Braga.

COPYRIGHT

Copyright© 2021 Costa et al. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Licença Internacional que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

REFERÊNCIAS

1. Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, Reichert APS, Toso BRGO, et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Rev Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(9):2961-73.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
3. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Rev Ciênc Saúde Colet.* 2016;21:871-80.
4. Presidência da República (BR). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990.
5. World Health Organization (WHO). World report on violence and health. Geneva (CH): WHO; 2002.
6. World Health Organization (WHO). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva (CH): WHO; 2006.

7. Maia JN, Ferrari RAP, Gabani FL, Tacla MTGM, Reis TB, et al. Violência contra criança: cotidiano de profissionais na atenção primária à saúde. *Rev Rene*. 2016;17(5):593-601.
8. Hino P, Takahashi RF, Nichiata LYI, Apostólico MR, Taminato M, et al. As interfaces das dimensões da vulnerabilidade face à violência contra a criança. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Supl 3):343-7.
9. Costa RRO, Medeiros SM, Martins JCA, Enders BC, Lira ALBC, et al. A simulação no ensino de enfermagem: uma análise conceitual. *Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro*. 2018;8:e1928.
10. Warren JN, Luctkar-Flude M, Godfrey C, Lukewich J. A systematic review of the effectiveness of simulation-based education on satisfaction and learning outcomes in nurse practitioner programs. *Nurse Educ Today*. 2016;46:99-108.
11. Foronda C, Liu S, Bauman EB. Evaluation of simulation in undergraduate nurse education: an integrative review. *Clin Simul Nurs*. 2013;9(10):409-16.
12. Costa RRO, Medeiros SM, Coutinho VRD, Mazzo A, Araújo MS. Satisfação e autoconfiança na aprendizagem de estudantes de enfermagem: ensaio clínico randomizado. *Esc Anna Nery*. 2020;24(1):e20190094.
13. Cummings CL, Connelly LK. Can nursing students' confidence levels increase with repeated simulation activities? *Nurs Educ Today*. 2016;36:419-21.
14. Costa RRO, Medeiros SM, Martins JCA, Coutinho VRD. A simulação no ensino de enfermagem: reflexões e justificativas à luz da bioética e dos direitos humanos. *Acta Bioeth*. 2018;24(1):31-8.
15. Costa RRO. Eficácia da simulação realística no ensino de imunização de adultos no contexto da graduação em enfermagem. Natal [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); 2018.
16. Costa RRO, Medeiros SM, Vitor AF, Lira ALBC, Martins JCA, et al. Tipos e finalidades da simulação no ensino de graduação em enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Baiana Enferm*. 2016;30(3):1-11.
17. Aebersold M. The history of simulation and its impact on the future. *Adv Crit Care*. 2016;27(1):56-61.
18. Omer T. Nursing students' perceptions of satisfaction and self-confidence with clinical simulation experience. *J Educ Pract*. 2016;7(5):131-8.

