

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LAYSA FERNANDA SILVA PEDROLLO

**Simulação de alta fidelidade para a posvenção do suicídio: construção, validação e
avaliação de cenário**

Ribeirão Preto
2022

LAYSA FERNANDA SILVA PEDROLLO

Simulação de alta fidelidade para a posvenção do suicídio: Construção, validação e avaliação de cenário

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciência, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: Políticas, saberes e práticas

Orientadora: Profa. Dra. Kelly Graziani Giacchero Vedana

Ribeirão Preto
2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Pedrollo, Laysa Fernanda Silva

Simulação de alta fidelidade para a posvenção do suicídio: Construção, validação e avaliação de cenário. Ribeirão Preto, 2022.

252 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Kelly Graziani Giacchero Vedana

1. Suicídio. 2. Luto. 3.Saúde Mental. 4.Treinamento com Simulação de Alta Fidelidade. 5.Treinamento por Simulação.

PEDROLLO, Laysa Fernanda Silva

Simulação de alta fidelidade para a posvenção do suicídio: Construção, validação e avaliação de cenário

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciência, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Assinatura _____

Dedico este trabalho a todos os sobreviventes enlutados por suicídio que vivenciam a cada dia um recomeço. Compartilho afeto, acolhimento e apoio na busca por novos sentidos na vida. Vocês não estão sozinhos. Com imenso carinho dedico este projeto em memória do meu tio Dorival Lima, o “gringo”, que nos deixou este ano e sempre será uma inspiração para mim.

AGRADECIMENTOS

De forma especial e com muito afeto, à memória do meu tio, Dorival Lima, que nos deixou esse ano levando sua bondade, parceria e seu intenso desejo de viver e fazer o bem. Levarei todo apoio e incentivo que você me ofereceu, com a certeza de que posso fazer a diferença por meio da educação e do esporte, com a crença de que este mundo ainda tem muitas coisas boas. Você é único Dori, descanse em paz!

Aos meus pais, Silvânia Aparecida da Silva Pedrollo e Cezar Luiz Pedrollo, por todo amor e carinho oferecido. Sempre acreditaram em mim e incentivaram a seguir os meus sonhos. Sem vocês nada disso seria possível, muito obrigada, amo vocês!

Ao meu irmão, Guilherme Silva Pedrollo, que esteve sempre comigo, compreendendo, apoiando e compartilhando decisões da vida com muita sabedoria e confiança. Nossa parceria me faz ir mais longe, sempre.

À minha tia, Kelly Costa da Silva Lima, minha segunda mãe, que sempre se fez presente me apoiando e acreditando em meu potencial. Não tenho palavras para agradecer, saiba que estarei aqui por você por toda a minha vida.

Às minhas avós, Iracema Miranda de Oliveira e Helena Pedrolo, por todo cuidado, zelo e amor em toda a minha trajetória. Mulheres fortes e de muita garra que me inspiram diariamente.

Aos meus tios, Ivan Costa da Silva, Evandro Pedrolo, Sandra Aparecida da Silva Pitondo e Silvana Pedrolo, pelo apoio, escuta e amor compartilhado em todos os momentos, sou grata por ter vocês em minha vida.

Às minhas primas, Lauany Karla da Silva Pitondo, Nihansly Fernanda Silva Pitondo e Stéfany Aparecida da Silva Pitondo, mulheres fortes e batalhadoras, que compartilham comigo carinho, amizade e parceria, fico feliz de ter vocês próximas ao longo de todo esse processo.

Ao meu avô Benedito Costa da Silva e em memória do meu avô Solênio Egídio Pedrolo e tio Carlos Aparecido Pitondo.

À minha professora orientadora, Kelly Graziani Giaccheri Vedana, que será sempre uma grande inspiração para mim. Agradeço por acreditar no meu potencial com muita confiança, me incentivando no caminho que trilhei. A profissional que sou hoje se formou significativamente por nossas trocas, só tenho que agradecer, querida professora.

A todos os meus amigos e amigas de Franca e Ribeirão Preto que estiveram comigo, mesmo que de longe em alguns momentos, nesse período tão importante da minha vida. Se você estiver lendo este agradecimento, sinta-se abraçado por mim e lembre-se de todos os

momentos bons (e os complexos também) que compartilhamos, sabendo que eu sou imensamente grata por todo amor e parceria. Espero poder comemorar esta conquista com vocês. Meu muito obrigada!

Aos membros e amigos dos grupos de pesquisa e extensão, Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio e o Laboratório de Pesquisa e Estudos em Prevenção e Posvenção do Suicídio, os quais me proporcionaram trocas e apoio ao longo das atividades que desenvolvi na Universidade nos últimos anos. Minha construção pessoal e profissional está atrelada a tudo que pude vivenciar e experienciar estando nesses grupos, serei eternamente grata por isso.

Aos professores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que pude compartilhar e fazer trocas durante a minha construção enquanto mestre, bem como à instituição EERP/USP, a qual considero minha segunda casa há muitos anos.

Às professoras da banca examinadora, pela oportunidade de engrandecer o trabalho que venho desenvolvendo, sendo referências para mim.

Em especial, a todos que fizeram parte de maneira direta e indireta da minha pesquisa de mestrado. Seja oferecendo incentivo, trocas, suporte e até mesmo fazendo parte das atividades e experiências construídas. Foram dois anos e meio de muito trabalho que agora se finalizam com o sentimento e sensação de dever cumprido, rumo a novos objetivos e sonhos.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

*“Não há porque viver
Se não pra crer e ser crescendo sendo
Não há
Não há
Não há
Não há porque amar
Se não pra semear conhecimento”*

**Crer-Sendo
Castello Branco**

RESUMO

PEDROLLO, L. F. S. **Simulação de alta fidelidade para a posvenção do suicídio: construção, validação e avaliação de cenário.** 2022. 252 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Departamento de Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2022.

A posvenção constitui uma importante vertente da prevenção do suicídio e se faz presente nos processos de cuidado realizados por profissionais da saúde. A capacitação e a formação profissional para o apoio a sobreviventes enlutados por suicídio é uma necessidade, principalmente, a partir de métodos inovadores de ensino. A simulação clínica de alta fidelidade se configura como uma estratégia de aprendizagem com potencial para a abordagem dos processos formativos em saúde, em especial, sobre a posvenção. O presente estudo teve o objetivo de construir, validar e avaliar um cenário de simulação de alta fidelidade sobre o apoio inicial a enlutados por suicídio. Foi delineada uma pesquisa metodológica realizada em três etapas, sendo a construção, validação e avaliação de um cenário simulado sobre a posvenção. A construção do cenário foi baseada em recomendações científicas nacionais e internacionais relacionadas à temática de simulação de alta fidelidade e posvenção. A validação foi realizada entre os meses de março e outubro de 2020, por 10 especialistas nas temáticas de posvenção (cinco) e simulação de alta fidelidade (cinco), a partir de um instrumento elaborado pela autora. Os dados da validação foram analisados estatisticamente por meio do Índice de Validade de Conteúdo e pela estatística *first-order agreement coefficient de Gwet*. A avaliação foi realizada no segundo semestre de 2021 com estudantes e profissionais da área da saúde (n = 60) por meio de uma telessimulação promovida em um curso de formação sobre a posvenção. Os participantes avaliaram o cenário a partir de quatro instrumentos, a Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*, a Escala do *Design* da Simulação, a Escala de Experiência com o *Debriefing* e o Questionário de Práticas Educativas. Os dados obtidos foram submetidos às análises descritiva, de multicolinearidade e inferencial, o nível de significância adotado foi de 95%. O conteúdo do cenário abordou ações de apoio inicial ao enlutado por suicídio no contexto da Atenção Primária em Saúde, com foco no desenvolvimento da posvenção. Os itens do cenário atenderam aos critérios de aceitação e confiabilidade (Índice de Validade de Conteúdo = 0,80) e satisfatória concordância (*first-order agreement coefficient* = 0,640; p = 0,001). Os participantes avaliaram positivamente o plano de simulação, a satisfação e autoconfiança na aprendizagem e o debriefing e foram identificadas associações entre esses desfechos e outras variáveis do estudo. O estudo teve como produto um cenário sobre a posvenção com potencial inovador que pode ser empregado gratuitamente no desenvolvimento da simulação clínica na formação de diferentes categorias profissionais em saúde para atuarem no apoio a enlutados por suicídio.

Palavras-chave: Suicídio; Luto; Saúde Mental; Treinamento com Simulação de Alta Fidelidade; Treinamento por Simulação.

ABSTRACT

PEDROLLO, L. F. S. **High-fidelity simulation for suicide postvention: Scenario construction, validation and evaluation.** 2022. 252 p. Dissertation (Master's in Psychiatric Nursing) - Psychiatric Nursing and Human Sciences Department, University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2022.

Postvention is an important aspect of suicide prevention and is present in the care processes performed by health professionals. Training and professional training to support survivors bereaved by suicide is a necessity, mainly based on innovative teaching methods. The high-fidelity clinical simulation configures a learning strategy with potential to approach health training processes, in particular, on postvention. The present study aimed to build, validate and evaluate a high-fidelity simulation scenario on initial support for people bereaved by suicide. A methodological research was executed in three stages: the construction, validation and evaluation of a simulated scenario about postvention. The construction of the scenario was based on national and international scientific recommendations related to the topic of high-fidelity simulation and postvention. The validation was performed between March and October 2020 by 10 specialists in the topic of postvention (five) and high-fidelity simulation (five) using an instrument developed by the author. Validation data were statistically analyzed using the Content Validity Index and the Gwet first-order agreement coefficient statistic. The evaluation was carried out in the second half of 2021 with students and health professionals (n = 60) through a telesimulation promoted in a training course on postvention. Participants evaluated the scenario using four instruments: the Scale of Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning, the Simulation Design Scale, the Debriefing Experience Scale and the Educational Practices Questionnaire. The data obtained were submitted to descriptive, multicollinearity and inferential analyses, the significance level adopted was 95%. The content of the scenario addressed initial support actions for people bereaved by suicide in the context of Primary Health Care, focusing on the development of postvention. The scenario items met the criteria for acceptance and reliability (Content Validity Index = 0,80) and satisfactory agreement (first-order agreement coefficient = 0,640; p= 0,001). Participants positively rated the simulation plan, satisfaction and self-confidence in learning, debriefing, associations were identified between these outcomes and other study variables. The study resulted in a scenario on postvention with innovative potential that can be used free of charge in the development of clinical simulation in the training of different categories of health professionals to act in the support of bereaved by suicide.

Keywords: Suicide; Grief; Mental Health; High Fidelity Simulation Training; Simulation Training.

RESUMEN

PEDROLLO, L. F. S. **Simulación de alta fidelidad para la posvención del suicidio: Construcción, validación y evaluación de escenario.** 2022. 252 p. Disertación (Maestría en Enfermería Psiquiátrica) -Departamento de Enfermería Psiquiátrica y Ciencias Humanas, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2022.

La posvención es un aspecto importante de la prevención del suicidio y está presente en los procesos de atención realizados por los profesionales de la salud. La formación y capacitación profesional para apoyar a los sobrevivientes en duelo por suicidio es una necesidad, basada principalmente en métodos de enseñanza innovadores. La simulación clínica de alta fidelidad configura una estrategia de aprendizaje con potencial para abordar procesos de formación en salud, en particular, en posvención. El presente estudio tuvo como objetivo construir, validar y evaluar un escenario de simulación de alta fidelidad sobre el apoyo inicial al suicidio en duelo. Se planteó una investigación metodológica realizada en tres etapas, siendo la construcción, validación y evaluación de un escenario simulado de posvención. La construcción del escenario se basó en recomendaciones científicas nacionales e internacionales relacionadas con el tema de la simulación y posvención de alta fidelidad. La validación fue realizada entre marzo y octubre de 2020, por 10 especialistas en los temas de posvención (cinco) y simulación de alta fidelidad (cinco), utilizando un instrumento desarrollado por el autor. Los datos de validación se analizaron estadísticamente utilizando el Índice de Validez de Contenido y la estadística del coeficiente de concordancia de primer orden de Gwet. La evaluación se realizó en el segundo semestre de 2021 con estudiantes y profesionales de la salud ($n = 60$) a través de una telesimulación promovida en un curso de capacitación sobre posvención. Los participantes evaluaron el escenario usando cuatro instrumentos: la *Scale of Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*, la *Simulation Design Scale*, la *Debriefing Experience Scale* y el *Educational Practices Questionnaire*. Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis descriptivo, multicolinealidad e inferencial, el nivel de significación adoptado fue del 95%. El contenido del escenario abordó acciones iniciales de apoyo a los dolientes por suicidio en el contexto de la Atención Primaria de Salud, con foco en el desarrollo de la posvención. Los ítems del escenario cumplieron con los criterios de aceptación y confiabilidad (Índice de Validez de Contenido = 0,80) y concordancia satisfactoria (coeficiente de concordancia de primer orden = 0,640; $p = 0,001$). Los participantes calificaron positivamente el plan de simulación, la satisfacción y la confianza en sí mismos en el aprendizaje y el debriefing, y se identificaron asociaciones entre estos resultados y otras variables del estudio. El estudio tuvo como producto un escenario sobre posvención con potencial innovador que puede ser utilizado gratuitamente en el desarrollo de simulación clínica en la formación de diferentes categorías de profesionales de la salud para actuar en el apoyo a los dolientes por suicidio.

Palavras clave: Suicidio; Aflicción; Salud Mental; Enseñanza Mediante Simulación de Alta Fidelidad; Entrenamiento Simulado.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Síntese das etapas de desenvolvimento do estudo.....	41
Figura 2	Descrição do modelo de regressão.....	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Descrição dos materiais disponibilizados virtualmente aos participantes do curso de formação sobre a posvenção.....	57
Quadro 2	Detalhamento das atividades desenvolvidas nos encontros síncronos da telessimulação no curso de formação sobre a posvenção.....	62
Quadro 3	Matriz de seleção das variáveis dependentes e independentes do estudo para delineamento dos modelos de regressão.....	70
Quadro 4	Resultados obtidos na análise de multicolinearidade pelo Fator de Inflação da Variância.....	72
Quadro 5	Versão validada por juízes especialistas (n=10) do cenário de simulação clínica de alta fidelidade sobre a posvenção.....	76
Quadro 6	Síntese do relatório de desenvolvimento do curso “Formação para a posvenção: telessimulação para o apoio inicial a enlutados por suicídio”.....	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Aceitação e concordância dos itens do cenário de simulação de alta fidelidade sobre o apoio à pessoa enlutada por suicídio (posvenção).....	81
Tabela 2	Confiabilidade da concordância da validação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre o apoio à pessoa enlutada por suicídio (posvenção).....	83
Tabela 3	Síntese dos resultados da avaliação dos participantes no sistema Apolo das duas edições do curso de formação sobre a posvenção (n = 38).....	85
Tabela 4	Respostas obtidas (n = 10) no <i>Checklist</i> de Análise da Telessimulação do “Momento 1: Abertura do encontro e orientações para telessimulação”	88
Tabela 5	Respostas obtidas (n = 10) no <i>Checklist</i> de Análise da Telessimulação do “Momento 2: <i>Prebriefing</i> ”	89
Tabela 6	Respostas obtidas (n = 10) no <i>Checklist</i> de Análise da Telessimulação do “Momento 3: Atividade Simulada”	91
Tabela 7	Respostas obtidas (n = 10) no <i>Checklist</i> de Análise da Telessimulação do “Momento 4: <i>Debriefing</i> ”	91
Tabela 8	Respostas obtidas (n = 10) no <i>Checklist</i> de Análise da Telessimulação do “Momento 5: Pesquisa”	93
Tabela 9	Respostas obtidas (n = 10) no <i>Checklist</i> de Análise da Telessimulação sobre o desenvolvimento da atividade simulada.....	94
Tabela 10	Dados sociodemográficos dos participantes (n = 60) da avaliação do cenário sobre a posvenção.....	95
Tabela 11	Análise descritiva da subescala de concordância da Escala <i>Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning</i>	98
Tabela 12	Análise descritiva das respostas dos participantes (n = 60) na <i>Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning</i>	98
Tabela 13	Análise descritiva das subescalas de concordância e importância da Escala do <i>Design</i> da Simulação.....	101
Tabela 14	Análise descritiva das respostas dos participantes (n = 60) na subescala de concordância da Escala do <i>Design</i> da Simulação.....	102
Tabela 15	Análise descritiva das subescalas de concordância e importância da Escala de Experiência com o <i>Debriefing</i>	104
Tabela 16	Análise descritiva das respostas dos participantes (n = 60) da subescala de concordância da Escala de Experiência com o	

	<i>Debriefing</i>	105
Tabela 17	Análise descritiva das subescalas de concordância e importância do Questionário de Práticas Educativas.....	108
Tabela 18	Análise descritiva das respostas dos participantes (n = 60) da subescala de concordância do Questionário de Práticas Educativas....	109
Tabela 19	Preditores da Satisfação com a Aprendizagem Atual mensurados pela Escala <i>Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning</i>	111
Tabela 20	Preditores da Autoconfiança na Aprendizagem mensurados pela Escala <i>Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning</i>	112
Tabela 21	Preditores da <i>Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning</i> mensurados a partir das dimensões da escala.....	113
Tabela 22	Preditores da Aprendizagem Ativa mensurados pelo Questionário de Práticas Educativas.....	113
Tabela 23	Preditores de Aprendendo e Fazendo Conexões mensurados pela Escala de Experiência com o <i>Debriefing</i>	114
Tabela 24	Preditores da Resolução de Problemas mensurados pela Escala do <i>Design</i> da Simulação.....	115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC1	<i>First-Order Agreement Coefficient</i>
AIC	<i>Akaike Information Criterion</i>
APS	Atenção Primária em Saúde
AR	Aumento relativo
BIC	Informação Bayesiana
C	Concordo com a afirmação
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPS	Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio
CF	Concordo fortemente com a afirmação
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CO	Comissão organizadora
COREN SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
COVID-19	SARS-CoV-2
CT	Concordo totalmente com a afirmação
D	Discordo da afirmação
DATP	Dimensão a autoconfiança na aprendizagem
DF	Discordo fortemente da afirmação
DSAA	Dimensão satisfação com a aprendizagem atual
DP	Desvio-padrão
DT	Discordo totalmente da afirmação
ECOE	Exame Clínico Objetivo Estruturado
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

ESSSL	Escala <i>Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning</i>
FAFC	Fator aprendendo e fazendo conexões
FAPA	Fator aprendizagem ativa
FRP	Fator resolução de problemas
GAMLSS	<i>Generalized Additive Models for Location, Scale and Shape</i>
IC	Intervalo de confiança
IN	Indeciso - nem concordo, nem discordo da afirmação
INACSL	<i>International Association for Clinical Simulation and Learning</i>
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LI_AR	Limite inferior do aumento relativo
LEPS	Laboratório de Pesquisa e Ensino em Prevenção e Posvenção do Suicídio
LS_AR	Limite superior do aumento relativo
N	Número total de participantes/frequência
NA	Nenhuma das alternativas
OMS	Organização Mundial de Saúde
P VALUE	Valor de p
R	R <i>Core Team</i>
SAF	Simulação de Alta Fidelidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
T VALUE	Valor padronizado calculado a partir de dados amostrais durante um teste de hipótese
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita domiciliar
VIF	Fator de Inflação da Variância
W	Teste de Normalidade de Shapiro-Wilk

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	22
2 INTRODUÇÃO	26
2.1 O suicídio e a sua prevenção.....	26
2.2 A morte e o luto	28
2.3 O luto por suicídio	30
2.4 A posvenção do suicídio	32
2.5 Simulação clínica em saúde	35
2.6 Telessimulação em saúde: contexto da pandemia de COVID-19.....	38
2.7 Simulação clínica em saúde e o ensino em saúde mental.....	38
3 OBJETIVOS	40
3.1 Objetivo geral	40
3.2 Objetivos específicos	40
4 MATERIAL E MÉTODOS	40
4.1 Etapa 1: Construção do cenário de simulação de alta fidelidade	41
4.1.1 Roteiro do cenário de simulação	41
4.1.2 Cenário de “Apoio inicial ao enlutado por suicídio (Posvenção)”.....	44
4.2 Etapa 2: Validação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre posvenção ...	45
4.2.1 Seleção dos juízes especialistas na Plataforma Lattes	46
4.2.2 Convite e participação dos juízes especialistas	47
4.2.3 Tratamento e análise de dados da etapa de validação do cenário	48
4.2.4 Índice de Validade de Conteúdo (IVC).....	48
4.2.5 Teste de <i>Gwet: First-order Agreement Coefficient</i> (AC1).....	49
4.2.6 Sugestões dos juízes especialistas	49
4.3 Etapa 3: Avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade	49
4.3.1 Participantes: convite e recrutamento	50
4.3.2 Desenvolvimento do curso de formação para a posvenção.....	50
4.3.3 Pré-telessimulação.....	54
4.3.4 Pacientes simulados.....	54
4.3.5 Facilitadoras	55
4.3.6 Participantes (público-alvo)	56
4.3.7 Testagem do cenário.....	61
4.3.8 Desenvolvimento da telessimulação: atividade virtual síncrona.....	62

4.3.9 Coleta de dados da etapa de avaliação do cenário	64
4.3.9.1 Caracterização do avaliador.....	65
4.3.9.2 Escala <i>Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning</i>	65
4.3.9.3 Escala do <i>Design</i> da Simulação.....	66
4.3.9.4 Escala de Experiência com o <i>Debriefing</i>	67
4.3.9.5 Questionário de Práticas Educativas	68
4.3.10 Tratamento e análise de dados da etapa de avaliação do cenário.....	69
4.3.11 Análise de multicolinearidade e o Fator de Inflação da Variância (VIF)	69
4.3.12 Modelos de regressão	72
5 ASPECTOS ÉTICOS.....	74
6 RESULTADOS	75
6.1 Etapa 1: Construção do cenário de simulação de alta fidelidade sobre posvenção	75
6.2 Etapa 2: Validação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre posvenção...	80
6.3 Desenvolvimento do curso de formação para a posvenção	83
6.3.1 Avaliação dos participantes sobre as atividades do curso.....	84
6.3.2 Perguntas norteadoras	87
6.3.3 <i>Checklist</i> de Análise da Telessimulação	88
6.4 Etapa 3 - Avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade.....	94
6.4.1 Análise descritiva dos dados sociodemográficos dos participantes da avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre posvenção	94
6.4.2 Análise descritiva dos dados de avaliação do cenário de telessimulação sobre a posvenção.....	97
6.4.2.1 Escala <i>Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning</i>	97
6.4.2.2 Escala do <i>Design</i> da Simulação.....	100
6.4.2.3 Escala de Experiência com o <i>Debriefing</i>	104
6.4.2.4 Questionário de Práticas Educativas	107
6.5 Preditores da avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre posvenção	110
6.5.1 Dimensão Satisfação com a Aprendizagem Atual (DSAA).....	111
6.5.2 Dimensão Autoconfiança na Aprendizagem (DATP).....	112
6.5.3 Escala <i>Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning</i> (ESSSL)	112
6.5.4 Aprendizagem Ativa (FAPA).....	113
6.5.5 Aprendendo e Fazendo Conexões (FAFC).....	113
6.5.6 Resolução de Problemas (FRP)	114

7 DISCUSSÃO	115
7.1 Etapa 1: Construção do cenário de simulação de alta fidelidade sobre a posvenção ...	115
7.2 Etapa 2: Validação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre a posvenção	122
7.3 Etapa 3: Avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre a posvenção	123
7.3.1 Satisfação e autoconfiança com a aprendizagem promovida pela simulação	126
7.3.2 Avaliação do <i>Design</i> da Simulação: apoio, <i>feedback</i> /reflexão, objetivos e informações, realismo e resolução de problemas	128
7.3.3 Avaliação da experiência com o <i>debriefing</i>	131
7.3.4 Avaliação sobre práticas educativas da simulação	133
7.4 Avaliação do desenvolvimento de um curso de formação sobre a posvenção	135
8 CONCLUSÃO.....	138
9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	141
10 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA E ESTUDOS FUTUROS	142
REFERÊNCIAS	143
APÊNDICES	163
APÊNDICE A – Roteiro do cenário de simulação de alta fidelidade	163
APÊNDICE B – Etapa de Validação: Carta Convite	167
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	168
APÊNDICE D – Questionário sociodemográfico juízes especialistas	170
APÊNDICE E – Leitura de apoio para validação do cenário	171
APÊNDICE F – Quadro de modificações propostas	173
APÊNDICE G - Cronograma do curso de formação sobre a posvenção.....	182
APÊNDICE H - Cronograma do curso de formação sobre a posvenção.....	185
APÊNDICE I - Planejamento e informações gerais primeira edição do curso.....	188
APÊNDICE J - Planejamento e informações gerais segunda edição do curso.....	195
APÊNDICE K - Avaliação final do curso	202
APÊNDICE L - Roteiro de preparo de pacientes simulados	208
APÊNDICE M - Exemplos de materiais do curso de formação sobre a posvenção.....	225
APÊNDICE N - <i>Checklist</i> de análise da telessimulação	228
APÊNDICE O - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	235
APÊNDICE P - Ficha de caracterização de avaliadores.....	237
ANEXOS	238

ANEXO A - Questionário de Práticas Educativas.....	238
ANEXO B - Escala do <i>Design</i> da Simulação	240
ANEXO C - <i>Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning</i>	242
ANEXO D - Escala de Experiência com o <i>Debriefing</i>	243
ANEXO E - Autorização utilização dos instrumentos	245
ANEXO F - Parecer Consubstanciado do CEP	246
ANEXO G - Solicitação para o desenvolvimento da primeira edição do curso.....	251
ANEXO H - Solicitação para o desenvolvimento da segunda edição do curso	252

1 APRESENTAÇÃO

Ao escrever essa apresentação pude refletir um pouco mais sobre minha trajetória e todos os caminhos percorridos até a finalização desse projeto, que esteve presente em minha vida por dois anos e meio, em um período de muitas incertezas e dúvidas. Assim, aproveito esse espaço para falar um pouco mais sobre mim e as escolhas que me fizeram chegar até aqui.

Nasci em 1997, em Franca, uma cidade do interior de São Paulo. Filha de um caminhoneiro/empresário e de uma comerciante, fui a primogênita por um tempinho, até a chegada do meu irmão, Guilherme, um ano e três meses depois. Sempre estive próxima de meus pais e familiares, moramos a vida toda em uma casa que fica em cima da loja da minha mãe e da minha tia, então, minhas lembranças de infância até a vida adulta são marcadas significativamente por essa realidade.

Por seguirem, no caminho do comércio, meus familiares, em sua maioria, não cursaram o ensino superior. Apenas um dos meus tios teve a oportunidade de se formar na faculdade. Cresci sabendo do desejo da minha mãe, Silvânia, ter continuado os estudos, assim como meu pai, Cezar. Eles chegaram a ter oportunidades em alguns momentos da vida, mas os caminhos foram barrados por dificuldades e escolhas que não puderam ser realizadas por eles. A necessidade de trabalhar e ajudar meus avós mudou todo um percurso para eles.

Acredito que essa realidade permitiu que meu caminho fosse diferente. Minha mãe sempre me incentivou a estudar e reforçou a importância da educação. Entrei na escola muito nova e confesso ter lembranças de estar ao lado da minha mãe estudando enquanto ela organizava a casa. Sil, como carinhosamente a chamo, foi uma mãe exigente, mas que sabia a importância daqueles momentos. Do esporte à música, minha mãe nunca deixou de incentivar e querer que eu e meu irmão pudéssemos aprender coisas novas. Hoje eu sou muito grata por tudo isso.

Os anos na escola seguiram, tive em meu caminho muitos professores bons, que foram grandes parceiros e que sabiam do meu potencial. Não posso deixar de lembrar do Instituto Samaritano de Ensino, a escola que estudei por 10 anos, até terminar o ensino médio. No período do vestibular, em 2014, me vi frente a necessidade de tomar decisões. Eu queria muito entrar na Universidade e fiz a escolha de prestar a graduação em Enfermagem. Eu não tinha nenhuma referência pessoal na área, não conhecia muito sobre o curso, mas internamente, eu tinha um forte desejo de poder me formar em um curso da área da saúde.

Prestei algumas provas e com muita alegria tive um resultado positivo, fui aprovada no curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem na Universidade de São Paulo (USP) em

Ribeirão Preto. Sempre ouvi falar sobre a USP e sabia que não seria um caminho fácil. Fui a primeira pessoa da minha família a chegar em uma Universidade Pública, a primeira a se mudar de casa, a primeira a me inserir em uma formação na área da saúde. Foram muitas coisas novas que fizeram parte desse início, assim, em 2015 pude começar um importante ciclo da minha vida.

A faculdade me abriu portas para muitas oportunidades, e dentre elas, a de continuar estudando e conhecer mais sobre o curso que eu escolhi. Gradualmente fui me encontrando na minha escolha e anos depois eu sabia que estava no lugar certo. Conheci o universo do ensino/docência, compreendi que a Enfermagem era algo muito além do que as pessoas pensavam, e com isso, conheci uma parte importante do que eu vivencio hoje, à área da pesquisa.

Em 2017 tive o primeiro contato com questões de enfermagem e saúde mental na graduação, por meio de disciplinas obrigatórias. A pesquisa ainda era algo distante para mim. Tentei alguns projetos e até mesmo me inserir em algumas áreas que eu pensava ser de interesse, mas ainda faltava algo. No final desse mesmo ano me inscrevi em um processo seletivo para fazer parte de um projeto de pesquisa orientado pela professora Kelly. A temática me chamou atenção, era um trabalho sobre autolesão não suicida, termo que eu não conhecia na época, e envolvia o desenvolvimento de uma coleta de dados no *Twitter*.

Eu fui uma adolescente que cresceu utilizando o *Twitter* e saber que eu poderia fazer um projeto nessa rede social me despertou um grande interesse. Nesse momento, poder trabalhar com a área de saúde mental também já parecia ser algo próximo. Participei do processo seletivo, lembro desse dia de forma muito clara, principalmente porque recebi uma negativa. Não consegui a vaga, mas algo me fez insistir. Procurei uma doutoranda da professora Kelly, Camila, e demonstrei interesse em começar um projeto de pesquisa de forma voluntária. Dias depois recebi a resposta de que poderia me inserir nas atividades do Laboratório de Estudos e Pesquisa em Prevenção e Posvenção do Suicídio (LEPS) e do Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio (CEPS). Foi nesse momento que minha trajetória na pesquisa em saúde mental oficialmente começou.

Me inseri gradualmente nos grupos de pesquisa e extensão coordenados pela professora Kelly (CEPS e LEPS), apoiei alguns estudos que estavam em desenvolvimento e no início de 2018 a professora me ofereceu uma bolsa e a oportunidade de começar minha própria pesquisa, que viria depois a ser meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). A temática? Um estudo que visou compreender qual era o conteúdo de publicações sobre o luto por suicídio na rede social *Twitter*. A professora me sugeriu essa proposta, que logo me agradou. Foi meu primeiro contato

direto com a temática de posvenção, questão essa que foi reforçada pelos demais trabalhos que eu desenvolvi já inserida no grupo de pesquisa.

Em 2019 finalizei meu TCC e no mesmo compasso caminhava para a finalização da minha graduação. Mais uma vez as indecisões do futuro tomavam conta, entretanto, algo estava mais concreto: o meu desejo de seguir na área da pesquisa. Mais uma vez recebi apoio, de familiares, e principalmente, da minha mãe, uma vez que eu já sabia das dificuldades que poderia encontrar se quisesse me dedicar exclusivamente à pós-graduação. A escolha de continuar meus estudos e de seguir na área da pesquisa em uma instituição referência na área (EERP/USP) não foi a mais fácil, pois outras oportunidades surgiram, entretanto, sei que foi a decisão que eu amadureci e fortaleci ao longo de anos, e que nunca deixou de fazer sentido.

Encerrei minha graduação já com a aprovação no mestrado, uma grande felicidade. Com o apoio e orientação da professora Kelly pude me aproximar de um grande projeto construído pela Aline, doutoranda do grupo de pesquisa, que abordou questões sobre simulação clínica e a prevenção da violência autoprovocada. Com a possibilidade de dar continuidade nos estudos sobre a posvenção, me vi frente a um novo desafio, começar o mestrado e me dedicar exclusivamente à pesquisa e ao ensino.

Após isso, dois anos e meio se passaram. Vivenciei o início de um mestrado no mesmo período que uma pandemia foi decretada. Me mudei de Ribeirão Preto, voltei para casa dos meus pais e vivi recomeços diariamente. Todo o meu mestrado foi desenvolvido no ensino à distância, com alguns dias sendo mais frustrantes e outros confortantes. Sei que algumas oportunidades do ensino presencial foram amenizadas por esse período, mas eu reconhecia a importância de nos cuidarmos e de caminhar gradualmente com um projeto que poderia ser adaptado as mudanças necessárias. Olhando para trás reconheço que meu crescimento nesse período é imensurável, e sei que pessoalmente e profissionalmente pude me aproximar de muitas experiências, pessoas e vivências que me deram base para a futura Mestre que serei.

Com meu projeto de pesquisa aprendi sobre a importância de buscarmos novos sentidos para a vida, mesmo após adversidades, bem como a necessidade de formarmos profissionais da saúde comprometidos com o cuidado em saúde mental. A temática de suicídio e luto por suicídio é um tabu em nossa sociedade, e sempre que falo sobre minha pesquisa vejo algumas expressões de espanto e choque, e por essa razão sinto que ainda tenho muito o que devolver para sociedade em relação aos conhecimentos que construí sobre o tema.

As escolhas realizadas lá em 2017 me fizeram chegar hoje a essa apresentação. Aqui escrevo um pouco sobre tudo o que ocorreu, refletindo de forma afetuosa e orgulhosa sobre a minha trajetória, especialmente agora no mestrado. Tive a honra de ter pessoas que me

acolheram e deram suporte em toda a minha construção profissional até aqui, em especial meus familiares, amigos, e principalmente, à professora Kelly e minhas amigas Aline e Camila, que anos atrás me abriram portas, e hoje, além de companheiras no trabalho, são referências para mim.

A obtenção desse título fecha um ciclo e abre portas para novos. Espero estar daqui a alguns anos escrevendo a continuidade dessa apresentação, podendo fazer a diferença na área que pesquiso, disseminando conhecimentos construídos para além do meio acadêmico, especialmente para o apoio dos sobreviventes enlutados por suicídio, de forma respeitosa e sem julgamentos. Viva à pesquisa, viva o SUS!

2 INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda as temáticas do luto por suicídio e a posvenção, trabalhadas a partir da perspectiva da formação e capacitação profissional em saúde por meio da simulação clínica de alta fidelidade. O desenvolvimento de um estudo com foco nessas temáticas justifica-se pela importância de preparo dos profissionais para o cuidado qualificado aos enlutados por suicídio que é um tipo de morte cercado por estigmas e tabus. Dessa forma, a introdução aborda os principais conceitos, características e demandas relacionadas às temáticas do estudo, de forma a apresentar os conhecimentos que estiveram presentes na construção da presente pesquisa científica.

2.1 O suicídio e a sua prevenção

O suicídio é um fenômeno social, complexo e multifatorial, considerado uma questão de saúde pública a nível global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Com números alarmantes, o suicídio figura entre as principais causas de mortes anualmente em todo o mundo, com impactos variados em toda a sociedade (LEVINE; SHER, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Na literatura científica, alguns estudiosos abordam a origem da palavra suicídio do grego, relacionada com a ação de "matar a si mesmo", com subsequentes traduções para outras línguas (BERTOLOTE, 2012; SCAVACINI, 2018). Considerado como um ato de violência a si próprio, o suicídio apresenta características únicas que o diferenciam dos demais tipos de morte, sendo representado de forma variada ao longo da história. Vale destacar que as abordagens sobre o suicídio foram retratadas por diversos autores, embora a obra "O Suicídio" de autoria de Durkheim tenha sido um disparador para as discussões sobre essa temática, visto que ampliou as perspectivas sobre o suicídio como uma importante questão social (DURKHEIM, 1982).

Os impactos gerados pelo suicídio na sociedade são reconhecidos em diversos estudos, os quais reforçam a gravidade do problema. Mais de 700 mil mortes são notificadas anualmente em todo o mundo, sendo os países de baixa e média renda os que têm os maiores números absolutos de óbitos por suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). No público jovem, entre 15 e 29 anos, o suicídio está entre as cinco principais causas de morte (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Mesmo com avanços nos processos de notificação e registro de casos de comportamento suicida e autolesão, é necessário reconhecer que a realidade acerca desses problemas esconde dados alarmantes que se ocultam por meio de subnotificações,

sendo essa uma realidade presente em diferentes países (BOTEGA, 2014; BRASIL, 2021a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

No Brasil, resultados de um estudo atual demonstram taxas crescentes no número de mortes por suicídio na última década, com destaque para as faixas de 10 a 19 anos (CICOGNA; HILLESHEIM; HALLAL, 2019). Cerca de 30 mortes por suicídio são registradas, diariamente, no país que assume posição entre as 10 nações com maiores números absolutos de mortes (FIGUEIREDO, 2018).

Dados sobre a mortalidade por suicídio no país, entre 2010 e 2019, enfatizam os achados dos estudos anteriores, com destaque para mais de 110 mil mortes notificadas, as quais representam um aumento de mais de 40% nesse período analisado (BRASIL, 2021a). Dentre outras características apresentadas no último Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2021a), os homens ainda figuram com maior risco de morte por suicídio, mas em ambos os sexos as taxas apresentaram aumentos (29% para mulheres e 26% para os homens).

Taxas elevadas de mortalidade por suicídio ressaltam a importância do desenvolvimento de medidas relacionadas à prevenção desse comportamento (ANDRIESSEN et al., 2019a; ANDRIESSEN et al., 2019b; HOSCHL et al., 2016). Estudos recomendam que diversas ações ocorram de forma combinada para a prevenção do suicídio, algumas das quais são destinadas à população geral, enquanto outras são direcionadas a grupos ou pessoas que estejam em uma condição de maior vulnerabilidade (HOFSTRA et al., 2019; ZALSMAN et al., 2016).

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem estabelecido um plano de ação, com proposições definidas até 2030 que incluem medidas voltadas à prevenção do suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Além disso, diversos documentos da OMS defendem a importância de desenvolver políticas que considerem o suicídio como um problema de saúde pública.

No Brasil, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio foi instituída em 26 de abril de 2019, por meio da Lei número 13.1819 (BRASIL, 2019). Nesse documento, a prevenção do suicídio percorre por questões do acesso ao cuidado aos indivíduos que vivenciam tentativas, apoio às famílias enlutadas, articulação de serviços e notificações. A instituição de uma política nacional facilita discussões e reflexões sobre o assunto, entretanto, esse é um primeiro passo de um processo que não pode se estagnar (DANTAS, 2019).

A prevenção do suicídio se mostra com diversas possibilidades, nos mais variados contextos de atuação (BOTEGA, 2014; ZALSMAN et al., 2016). Uma revisão de literatura sobre a efetividade de intervenções de prevenção do suicídio identificou a necessidade de maior

variedade nas ações de cunho preventivo, visto que uma única forma de intervenção pode não ser totalmente efetiva para todos os públicos. Além disso, o desenvolvimento de ações de prevenção do suicídio foi visto como um fator diferencial no cuidado de pessoas que apresentaram maior risco para o comportamento suicida, reforçando, assim, a necessidade e importância da assistência junto a esse público (HOFSTRA et al., 2020).

2.2 A morte e o luto

Falar sobre uma morte por suicídio significa abordar aspectos voltados para a perda e o luto, questões essas que geram percepções variadas no meio social, principalmente por se tratar de uma temática complexa e que coloca as pessoas frente à finitude da vida. As dificuldades de desenvolver a educação para a morte permeiam por todas as fases do ciclo vital.

A morte pode ser compreendida como um processo inerente à existência humana. Socialmente, a morte e o morrer assumem significados variados que se associam com percepções individuais, mas também dialogam com aspectos culturais nos quais o indivíduo está inserido. De acordo com Kóvacs (2005, p. 487), “[...] A importância de focar o tema da morte está ligada ao fato de que, ao falar desta, estamos falando de vida e, ao falar de vida, a qualidade da mesma acaba sendo revista”.

A morte redefine a realidade de quem fica, com necessidade de ajustes que se relacionam com a busca pela construção pessoal de significados por parte da pessoa enlutada (KÓVACS, 2008; PEREIRA; PIRES, 2018; WORDEN, 2013). Isso ocorre, principalmente, porque a perda está associada à quebra de vínculos afetivos, e por consequência, resulta em reações heterogêneas em cada indivíduo (KREUZ; ANTONIASSI, 2020; WORDEN, 2013). A vivência da perda se manifesta pelo processo do luto, com alterações nas compreensões do sentido e do significado da vida para aqueles que ficam.

Em meados de 1914, Freud abordou a temática por meio da obra “Luto e Melancolia”, em que discorreu sobre o luto associado a aspectos psíquicos, não atribuindo caráter patológico a esse processo (FREUD, 1996). Anos mais tarde, Erich Lindemann descreveu mais aspectos e características sobre o luto, incluindo a vivência de sentimentos e de comportamentos variados comumente associados à perda, analisados entre pessoas que vivenciaram a morte de entes queridos, após uma tragédia (WORDEN, 2013).

Diversas teorias e modelos buscaram compreender o luto. Na década de 1960, Engel descreveu o luto como um processo de cicatrização, relacionado, principalmente, com alterações no estado de equilíbrio físico e mental do enlutado, as quais são restauradas por meio de um percurso que envolve tempo e a capacidade de adaptação (ENGEL, 1961). Em 1969, na

obra “Sobre a morte e o morrer” a psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross apresentou o modelo de cinco fases do luto (negação e o isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação) (KUBLER-ROSS, 2005), o qual ficou reconhecido mundialmente por descrever especificidades do processo de luto.

Na literatura científica, o luto é caracterizado como um fenômeno complexo, universal e natural que, ao longo da história, foi entendido e interpretado de formas variadas, principalmente por seu aspecto multidimensional, marcado pela vivência de sentimentos e comportamentos diversos (LUNA; MOREÍ, 2013; MUGHAL et al., 2020). Achados de um estudo de revisão sistemática reforçam que a compreensão da complexidade desse fenômeno passa pelo entendimento de que a perda vivenciada no luto é marcada por “[...] situações de transformação e mudança abrupta nas formas de se dar do ser em uma relação eu-tu. [...] o sentido da perda e da relação são elementos fundamentais para a compreensão desta experiência” (DAHDAH, 2019, p. 191).

Socialmente o luto pode apresentar características diferentes. As reações do processo de luto podem ser emocionais, psicológicas, espirituais e físicas, de modo a afetar cada indivíduo de forma única. Estudos evidenciam que a vivência desse processo não apresenta tempo definido e também não é linear, logo não pode ser caracterizada como algo estático (MUGHAL et al., 2020).

O enlutado pode transitar entre períodos, sensações e sentimentos relacionados à perda. Essas experiências variam de acordo com características individuais (personalidade, idade, crenças e espiritualidade), relação com a pessoa que morreu, tipo de morte, suporte existente para o enfrentamento, entre outros (ZISOOK; SHEAR, 2009). De acordo com Dahdah et al. (2019, p. 187), “[...] Reações à perda de uma pessoa significativa muitas vezes incluem impedimentos temporários das funções do dia-a-dia, retiradas das atividades sociais, pensamentos intrusivos e sentimentos de anseio e dormência que podem continuar por períodos variáveis de tempo”.

A pessoa enlutada pode vivenciar sentimentos, pensamentos, sensações físicas, alterações comportamentais, sintomas somáticos e psicológicos (MUGHAL et al., 2020). Dentre esses, destacam-se sentimentos e pensamentos como: tristeza, choro, ansiedade, solidão, fadiga, desamparo, saudade, libertação, alívio e torpor, além de negação, raiva, culpa, autocensura, choque, depressão, confusão, preocupação e alucinações (MUGHAL et al., 2020; ZISOOK; SHEAR, 2009). Também são relatadas alterações em atividades realizadas, dificuldades respiratórias, dores no peito, despersonalização, diminuição da vitalidade,

disposição e desenvolvimento de distúrbios (sono, apetite) (MUGHAL et al., 2020; PEREIRA; PIRES, 2018; WORDEN, 2013; ZISOOK; SHEAR, 2009).

Usualmente, espera-se que as reações, sentimentos e sensações relacionados à perda possam ser reestabelecidos dentro de alguns meses pelo enlutado, como um novo recomeço, entretanto, a experiência do luto pode se estender e prolongar. O luto prolongado caracteriza-se pela persistência e dificuldade nos processos que envolvem o reconhecimento e adaptação da perda, com influências em dimensões cognitivas, emocionais e sociais do enlutado (PEREIRA; PIRES, 2018; WORDEN, 2013).

A literatura científica destaca que a vivência do luto prolongado é uma realidade, com reações crônicas, inibidas, intensificadas e mascaradas do luto (WORDEN, 2013). Diversos indicadores evidenciam que o luto prolongado apresenta características de maior risco para o enlutado, com possibilidade de agravos para a saúde mental do indivíduo, sendo o apoio profissional um importante pilar do cuidado (LUNA; MORÉ, 2013; MUGHAL et al., 2020; WORDEN, 2013;).

2.3 O luto por suicídio

A vivência da morte, e conseqüentemente do luto, pode culminar em conseqüências. Estudos ressaltam que o tipo de morte pode interferir diretamente na intensidade e duração de um processo de luto (MUGHAL et al., 2020; ZISOOK; SHEAR, 2009). Os impactos gerados por uma única morte por suicídio na sociedade atingem e expõem mais de 130 pessoas, e esse efeito pode ser ainda mais intenso no caso de clusters (grupos) ou em situações que envolvem o suicídio de figuras públicas (CEREL et al., 2018; CREPEAU-HOBSON; LEECH, 2013; FAHEY; MATSUBAYASHI; UEDA, 2018; TOO et al., 2017).

O luto por suicídio apresenta aspectos específicos e reações que tornam esse processo mais complexo, quando comparado ao luto por mortes não relacionadas ao suicídio (BARTONE et al., 2019; MAPLE et al., 2017). Estudos demonstram que a vivência do luto em mortes violentas, incluindo o suicídio, repercutiu de forma mais intensa e duradoura nos enlutados que apresentaram dificuldades de compreensão do evento e construção de um novo sentido para a vida, quando comparados aos processos de luto de mortes relacionadas a causas naturais (LICHTENTHAL et al., 2013).

Na literatura científica, as pessoas que vivenciam algum impacto da morte de alguém por suicídio são reconhecidas como enlutadas por suicídio ou sobreviventes enlutados por suicídio (FUKUMITSU, 2019; SCAVACINI, 2018). A utilização dos termos difere entre os autores, mas de modo geral são utilizadas para representar um significativo número de pessoas

impactadas pela perda de uma pessoa próxima ou conhecida pelo suicídio (ANDRIESSEN, 2009; JORDAN; MCINTOSH, 2011). As experiências de cada indivíduo frente ao processo de luto podem variar, entretanto, no caso do suicídio, algumas reações, sentimentos e sensações se destacam.

A não compreensão sobre a morte e a dor da perda se relacionam diretamente com alterações psicológicas no enlutado por suicídio que encontra dificuldades e barreiras relacionais e pessoais para o enfrentamento deste processo, além da exposição à morte de uma pessoa próxima ou querida (BERARDELLI et al., 2020). Dados de um estudo internacional demonstraram maiores taxas de mortalidade em pessoas enlutadas por suicídio, sendo que algumas mortes também tiveram como causa o suicídio (ROSTILA; SAARELA; KAWACHI, 2013).

Algumas reações e sentimentos comuns vivenciados no luto por suicídio são a ambivalência, culpa, conflitos, desespero, dúvida, estigmatização, indignação, isolamento, questionamentos, raiva, rejeição, revolta, solidão, tristeza e vergonha (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016; KOLVES et al., 2020; NUNES et al., 2016; PITMAN et al., 2018). Autores ressaltam ainda o desenvolvimento de quadros de ansiedade, cansaço, estresse pós-traumático, fadiga, medo e até mesmo desenvolvimento de problemas de saúde associados ao processo de enlutamento por suicídio (FUKUMITSU, 2019; KOLVES et al., 2018; NUNES et al., 2016; PITMAN et al., 2018; ROCHA; LIMA, 2019; SCAVACINI; CORNEJO; CESCÓN, 2019).

Entre as vivências dos enlutados também se destacam o menor cuidado consigo mesmo, menor apoio social, maior risco suicida, além do estigma, necessidade de busca por respostas e mudanças, perda da privacidade e afastamento das lembranças de quem se matou (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016; KOLVES et al., 2020; NUNES et al., 2016). Vale ressaltar que o processo do luto por suicídio pode se prolongar ou tornar-se complicado, com impactos significativos, como o aumento do risco de suicídio nos enlutados, além de dificuldades na elaboração e vivência do luto, sendo o suporte algo fundamental (MAPLE et al., 2017; MUGHAL; AZHAR; SIDDIQUI, 2020;).

O apoio profissional e de pessoas próximas, bem como o desenvolvimento de técnicas e ações relacionadas aos momentos pós-morte por suicídio estão associados com a vivência mais leve e adaptativa, considerando as singularidades e pluralidades do luto junto ao sobrevivente enlutado (ANDRIESSEN et al., 2019a; ANDRIESSEN et al., 2019b; LUNA; MORÉ, 2013; WORDEN, 2013). Considerando as necessidades específicas voltadas aos momentos após um suicídio, uma vertente pouco explorada da prevenção do suicídio começou a ser trabalhada e foi intitulada de posvenção do suicídio, esse termo que gradualmente ganha

espaço no meio acadêmico e científico, de modo a reforçar a importância de um olhar atento e cuidadoso junto aos sobreviventes enlutados.

2.4 A posvenção do suicídio

A posvenção do suicídio é um termo criado e introduzido socialmente pelo psicólogo estadunidense Edwin S. Shneidman, na década de 1970 (CEREL et al., 2018; FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016). Considerado um dos grandes pensadores da área da suicidologia moderna, Shneidman exerceu um importante papel no desenvolvimento de estudos sobre a temática da prevenção do suicídio, entretanto, reconheceu que os esforços de prevenção não poderiam se limitar ao momento da morte (SHNEIDMAN, 1973; SHNEIDMAN, 2008). Ao observar a extensão dos impactos gerados por um único suicídio, Edwin compreendeu a necessidade de se pensar naqueles que ficaram, especialmente na assistência e cuidado a serem realizados junto a esse público (LEENAARS, 2010; SHNEIDMAN, 1973).

O conceito de posvenção se relaciona com o cuidado, suporte social e individual a ser prestado junto aos enlutados por suicídio, sendo estratégia e fator essencial para prevenção do suicídio, tanto na assistência clínica, como no ensino, pesquisa e na elaboração de políticas com foco no luto por suicídio (ANDRIESSEN; KRYSINSKA; GRAD, 2017; RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). A posvenção pode se dar por meio de um amplo conjunto de ações e estratégias, de caráter individual ou coletivo, relacionadas principalmente, com o luto vivenciado após a morte por suicídio (COOK, 2017; FUKUMITSU; KOVACS, 2016).

Dentre essas ações, destaca-se o oferecimento de ações de acolhimento, de apoio e de escuta do sobrevivente enlutado, principalmente junto a profissional que apresenta formação para esse cuidado e/ou junto às pessoas que vivenciaram a mesma perda, de modo a oferecer espaços para comunicação do enlutado sobre sua vivência de forma livre e sem julgamentos (SCAVACINI, 2018). O desenvolvimento de intervenções de formação, capacitação e reconhecimento sobre a posvenção e as especificidades do luto por suicídio por parte da sociedade, e em especial, por profissionais da saúde também configuram uma importante estratégia (SCAVACINI, 2018).

Existem vários formatos de desenvolvimento das intervenções que podem ser realizadas em grupos, em instituições (trabalho, escolares, saúde), até mesmo as realizadas com os familiares ou individualmente (ANDRIESSEN et al., 2019a; ANDRIESSEN et al., 2019b). Resultados de um estudo que analisou as intervenções de posvenção demonstraram que a eficácia das ações perpassou por alguns aspectos, dentre eles o tempo de duração, o preparo do

facilitador, a abordagem de questões voltadas ao suporte do enlutado, o seguimento de manuais e diretrizes de cuidado e o trabalho desenvolvido de forma conjunta (envolver familiares e comunidade) (ANDRIESSEN et al., 2019a; ANDRIESSEN et al., 2017).

Apesar de muitas ações ainda carecerem de evidências científicas mais robustas, revisões de literatura têm demonstrado maior eficácia nas ações de apoio aos enlutados e ressaltam a importância da capacitação de profissionais para fornecer suporte a pessoas enlutadas, de modo a considerar as especificidades de uma morte por suicídio (ANDRIESSEN et al., 2019a; ANDRIESSEN et al., 2019b). Uma revisão sistemática sobre intervenções com pessoas que vivenciaram o luto por suicídio ressaltou a importância da busca por ajuda profissional qualificada para o enfrentamento do luto, entretanto, também destacou a dificuldade em receber apoio (LINDE et al., 2017).

Os benefícios do apoio, durante a vivência do luto por suicídio, incluem a redução de sintomas, além do acolhimento e melhora no bem-estar dos enlutados (BARTONE et al., 2019; KREUZ; ANTONIASSI, 2020). Os resultados de intervenções desenvolvidas por profissionais da saúde relacionadas à posvenção também demonstram resultados positivos (ANDRIESSEN et al., 2019a; ANDRIESSEN et al., 2019b; BELLINI et al., 2018). Além disso, vários são os achados na literatura sobre a necessidade de apoio a enlutados por suicídio, especialmente ao considerar evidências que relacionam a exposição ao aumento do risco suicida, especialmente nas pessoas que vivenciam o luto (ANDRIESSEN et al., 2019a; ANDRIESSEN et al., 2019b; BELLINI et al., 2018; CREPEAU-HOBSON; LEECH, 2013).

A posvenção realizada de forma precoce por profissionais da saúde tem potencial para a redução de impactos e possíveis consequências junto ao enlutado (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016; MAPLE et al., 2019; VAZ; VAZ, 2019). Nesse sentido, destacam-se as intervenções desenvolvidas de forma mais rápida e ativa, considerando as várias dimensões do luto, e sendo realizadas por profissionais preparados em diferentes contextos (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016; MAPLE et al., 2019).

Apesar dos aspectos positivos, discussões e abordagens relacionadas a ações educativas, de formação e sobre os processos de trabalho de profissionais da saúde em relação à posvenção ainda são escassas na literatura científica (ANDRIESSEN et al., 2019a; ANDRIESSEN et al., 2019b; MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017; RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019). Junto a isso, estudos brasileiros mostram que os profissionais de saúde têm pouca instrução educacional sobre prevenção do suicídio, e de uma forma geral, espera-se que seja ainda menor no caso da posvenção e no apoio a enlutados (FERREIRA et al., 2019; GURGEL; MOCHEL; MIRANDA, 2010; VEDANA et al., 2017).

Essa realidade destaca as dificuldades em relação à posvenção e ressalta a importância da formação profissional de qualidade e pautada em conhecimento científico, até mesmo para o cuidado dos profissionais que também sofrem e vivenciam os impactos das perdas (CAUSER et al., 2019; LEAUNE et al., 2020). O apoio profissional junto aos enlutados se relaciona diretamente com o desenvolvimento de iniciativas educacionais e de preparo de profissionais, visto que a formação profissional está associada à maior competência autopercebida para o cuidado, melhores atitudes em relação ao suicídio, além de ser fator que contribui para o desenvolvimento de competências, conhecimentos e habilidades referentes à posvenção (FERREIRA et al., 2019; GULFI et al., 2016; MORAES et al., 2016; RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019).

A formação de profissionais de saúde com conhecimentos, competências e habilidades voltadas para a prevenção e posvenção do suicídio é fator crucial para o desenvolvimento de ações e estratégias efetivas junto à população (BOTEGA, 2014). Estudos que abordaram o preparo de profissionais de saúde em relação ao cuidado junto a enlutados destacaram a presença de dificuldades relacionadas a esse processo, mas ressaltaram a importância da realização de formações que capacitem esses profissionais para abordagens mais humanizadas relacionadas ao luto (BRAZ; FRANCO, 2017; KÓVACS, 2003), incluindo o luto por suicídio.

Vale ressaltar que a posvenção no Brasil começou a ser trabalhada de forma mais assídua ao longo dos últimos anos, principalmente com o desenvolvimento de pesquisas e trabalhos de instituições não governamentais que têm se dedicado à abordagem dessa temática e conscientização da população sobre a importância dos cuidados após um suicídio (FUKUMISTU, 2019; RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019; SCAVACINI, 2018). Atualmente, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio brasileira aborda aspectos sobre a prevenção do suicídio, enquanto a posvenção não é mencionada de forma direta, reforçando o distanciamento em relação ao uso do termo por parte da sociedade, bem como da compreensão sobre essa vertente de cuidados e assistência, principalmente por profissionais da saúde (BRASIL, 2019).

Apesar das lacunas, os esforços para a posvenção precisam ser trabalhados juntamente à prevenção do suicídio, logo estratégias, ações, e principalmente, o desenvolvimento de atividades de cunho educacional para a formação de profissionais de saúde capacitados precisam ser incentivados, disseminados e reconhecidos por aqueles que necessitam de capacitação para o trabalho junto a enlutados por suicídio. A formação profissional para saúde mental gera diferenças no cuidado, portanto, o trabalho específico na temática de posvenção

pode fornecer subsídios que fortaleçam a assistência em saúde, nos processos de luto por suicídio.

Portanto, a visão crítica em relação ao aprimoramento de estratégias e intervenções com foco na formação e educação de profissionais relacionadas à posvenção do suicídio é fundamental para o manejo mais adequado de indivíduos que vivenciam o problema (BRAZ; FRANCO, 2017; ZALSMAN et al., 2016). Os avanços científicos atuais também são importantes aliados nas abordagens sobre a prevenção e posvenção, sendo a evolução tecnológica fator crucial para a abertura de novos rumos e caminhos para formação e qualificação de profissionais para atuação nos diversos contextos de saúde (PADILHA et al., 2019; ZALSMAN et al., 2016). Um desses exemplos de avanços se baseia na utilização da simulação clínica nos processos de formação e capacitação profissional, na área de saúde mental.

2.5 Simulação clínica em saúde

A educação baseada em simulação se mostra como uma estratégia educativa promissora para qualificar a formação de profissionais de saúde para a prática clínica, considerando a construção de saberes e de um processo de ensino-aprendizagem pautado na segurança, proatividade e de uma formação teórico-prática centrada em evidências científicas (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021b; WILLIAMS et al., 2017). De acordo com a *International Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL)* (2021), instituição responsável pelo desenvolvimento e avanço da ciência sobre a simulação clínica no campo da saúde, as práticas simuladas têm potencial de mudança, especialmente no que se refere à formação profissional, à segurança do paciente, à avaliação de ferramentas de aprendizagem e à construção de habilidades teórico-práticas.

Ao proporcionar experiências de aprendizagem centradas no participante, a simulação permite a atuação e a vivência de um caso simulado em um ambiente desenvolvido de forma segura, responsável e ética, com foco na tomada de decisão clínica, considerando aspectos de inovação e interatividade (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a; FRANZON et al., 2020; MIRZA et al., 2020; PRESADO et al., 2018). O planejamento de uma simulação clínica deve considerar a proposição de objetivos e resultados que possam ser alcançados e mensurados, de acordo com as necessidades evidenciadas na literatura, de forma a guiar e orientar os facilitadores responsáveis pela atividade simulada (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021c). Dentre as

recomendações para esses itens, destaca-se a importância de considerar objetivos que compreendam as questões de aprendizagem, para proporcionar um nivelamento e melhor estruturação do que se pretende alcançar por meio da atividade simulada, em termos de conhecimento, habilidades e atitudes (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021c).

A literatura científica define que a simulação clínica pode ser desenvolvida em três níveis de fidelidade (baixa, média e alta), os quais são definidos a partir das características e competências envolvidas na atividade simulada (MIRANDA; MAZZO; JUNIOR, 2018). O termo fidelidade é utilizado para determinar o grau de proximidade da atividade desenvolvida com a realidade, criando-se assim uma vivência mais real na experiência simulada. Nesse sentido, a simulação de alta fidelidade (SAF) se caracteriza pelo desenvolvimento de cenários simulados com maior complexidade envolvida, a partir da proposição e abordagem de casos de elevado realismo, com características que se assemelham diretamente com a prática clínica, presente em variados contextos de assistência em saúde (MIRANDA; MAZZO; JUNIOR, 2018; WILLIAMS et al., 2017).

A fidelidade se relaciona também com o planejamento da simulação, pois é por meio de definições relacionadas ao ambiente, escolha de participantes e recursos físicos e materiais a serem empregados que o realismo da atividade se fundamenta (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021b; NEGRI et al., 2017). Junto à isso, destaca-se que a fidelidade pode abranger dimensões, como a conceitual (itens que fazem parte do cenário simulado se relacionam visando a manutenção da realidade do caso, de modo a dar sentido a simulação proposta), física (relação entre a realidade proposta no cenário e o que é observado no mundo e ambiente real) e psicológica (introdução de aspectos psicológicos e afetivos reais para a simulação) (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2020).

Dentre critérios definidos pela INACSL, o *design* de simulação é um fator importante para a prática proposta, considerando aspectos relacionados à estrutura da simulação (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a). Um projeto de simulação padronizado, quanto à estrutura, ao planejamento e ao desenvolvimento, fornece subsídios para a realização de uma experiência simulada rica e efetiva quanto aos seus objetivos e resultados esperados (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021c). Por essa razão, é necessário que a simulação elaborada apresente um propósito, baseado em um planejamento sistematizado, mas não rígido (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a).

Nas últimas atualizações da literatura científica internacional sobre boas práticas em simulação, o INACSL *Standards Committee* (2021a) definiu uma série de critérios relacionados à padronização do *design* para o desenvolvimento de uma simulação. A eficácia da vivência

simulada se relaciona diretamente com o planejamento e desenvolvimento propostos (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021c), e projetos que não se adequam aos padrões de boas práticas podem apresentar consequências, incluindo dificuldades em processos relacionados ao alcance de objetivos e aos resultados propostos (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a).

As etapas da simulação clínica são descritas na literatura científica no desenvolvimento de modalidades presenciais ou virtuais de ensino, considerando principalmente a fidelidade proposta para o alcance de objetivos e resultados. O planejamento estruturado e sistematizado de um cenário de simulação de alta fidelidade envolve aspectos norteadores, em especial, o cumprimento de momentos específicos de preparo, desenvolvimento e reflexão dos participantes (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a). Dentre as principais orientações para a proposição de cenários e casos simulados, destaca-se a realização da simulação por meio de três momentos, sendo estes o *prebriefing* (pré-simulação), a simulação (execução, de acordo com o cenário proposto) e *debriefing* (pós-simulação) (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a; PRESADO et al., 2018).

No *prebriefing*, orientações e informações básicas necessárias para o desenvolvimento do caso simulado são apresentadas aos participantes, incluindo todo o preparo prévio à atividade (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021; RUTHERFORD-HEMMING; LIOCE, 2019). No desenvolvimento da simulação, as questões operacionais são colocadas em prática com a inserção ativa dos participantes e do paciente simulado na história construída, com o suporte de facilitadores (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a; OLIVEIRA et al., 2018). A finalização da prática simulada se estabelece com o foco no *debriefing*, caracterizado como um importante momento de comunicação com foco na reflexão, *feedback* e autoanálise do participante, mediado pelo facilitador de forma estruturada (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021d; JAYE; THOMAS; REEDY, 2015).

Por ter características que colaboram significativamente com processos de ensino-aprendizagem, a simulação de alta fidelidade tem sido um importante elo nas abordagens teórico-práticas de diversas temáticas na área da saúde (LESTANDER; LEHTO; ENGSTROM, 2016), principalmente na formação de recursos humanos. Estudos de revisão, relacionados aos ganhos percebidos por meio da simulação, destacam diversos aspectos positivos e fortalecedores relacionados à aprendizagem dos participantes, com destaque para a comunicação, satisfação, segurança entre paciente-profissional, inovação, trabalho em equipe e valorização do processo de aprendizagem, pautado em conhecimento e pensamento crítico (NEGRI et al., 2017; YAMANE et al., 2018).

2.6 Telessimulação em saúde: contexto da pandemia de COVID-19

O desenvolvimento de uma simulação clínica também está associado a possibilidades em sua estruturação e realização, principalmente ao se considerarem as mudanças no ensino e na formação de profissionais da saúde, no contexto da pandemia do COVID-19 (DUBÉ et al., 2020; JIMÉNEZ-RODRÍGUEZ et al., 2020; SANTOS et al., 2020). A realização de atividades simuladas por meio de simulação clínica virtual tem se estruturado como uma importante estratégia de ensino, em casos em que a modalidade presencial não é exequível, especialmente com o uso da telessimulação (JIMÉNEZ-RODRÍGUEZ et al., 2020; LIAW et al., 2014).

A telessimulação é descrita na literatura científica como uma possibilidade de desenvolvimento de uma simulação de forma externa (*off-location*), com a proposta de práticas simuladas realizadas por meio de cenários virtuais, apresentados em multimídias (vídeos) e telas (GARLAND et al., 2019; JIMÉNEZ-RODRÍGUEZ et al., 2020; MCCOY et al., 2017). Essa estratégia de ensino apresenta vantagens relacionadas à quebra de barreiras e fronteiras, uma vez que permite o desenvolvimento de atividades simuladas de formação, treinamento e de avaliação de participantes, com envolvimento e colaboração de pessoas de diversas localidades (GARLAND et al., 2019).

A realização de uma atividade simulada virtual permeia pela valorização dos mesmos aspectos observados na prática presencial da simulação clínica (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021b). O desenvolvimento da telessimulação também se estrutura na sistematização e planejamento crítico e bem definido da proposta simulada, de acordo com os recursos, objetivos e resultados esperados (MCCOY et al., 2017). Estudos demonstram que o uso de simulação clínica virtual é uma realidade que pode complementar os processos de ensino e aprendizagem, com potencial pedagógico, de interação e dinamismo, que permite a atuação profissional, em variados contextos de cuidado em saúde (MCCOY et al., 2017; LIAW et al., 2014; PADILHA et al., 2019).

2.7 Simulação clínica em saúde e o ensino em saúde mental

No ensino em saúde mental, a simulação tem como vantagens adicionais o realismo presente nos cenários simulados, a reflexão sobre a prática e integração de habilidades socioemocionais (KUNST; MITCHELL; JOHNSTON, 2017). Além de possibilitar maior motivação, identificação de necessidades, autoconfiança, interiorização de conteúdo, desenvolvimento de raciocínio e competência clínica dos participantes desse método de

aprendizagem (HERRON et al., 2019; KADDOURA et al., 2016; NEGRI et al., 2017; PRESADO et al., 2018).

Estudos também têm destacado o uso da simulação de alta fidelidade de forma promissora em abordagens relacionadas à morte, especialmente no preparo de profissionais da saúde para habilidades envolvendo a comunicação (ABAJAS-BUSTILLO, 2020; HAWKINS; TREDGETT, 2016). Junto a isso, o realismo e as possibilidades de discussões, durante a vivência da simulação de alta fidelidade, são ressaltados como aspectos favorecedores dessa prática (HAWKINS; TREDGETT, 2016; MELO et al., 2020).

Mesmo com destaque para as vantagens presentes em formações profissionais envolvendo a simulação clínica, as lacunas científicas são extensas, algo que pode ser evidenciado pelos poucos estudos que abordam a prevenção do suicídio e a simulação, e a inexistência de trabalhos que descrevem o desenvolvimento de simulação de alta fidelidade com foco na posvenção (FERGUSON et al., 2020). Esse aspecto se justifica por recentes achados de estudos de revisão sobre a simulação clínica, sendo que no primeiro a temática de saúde mental é mencionada em um único estudo, e no segundo a temática não é mencionada dentre os resultados obtidos (ASSIS et al., 2021; MELO et al., 2020).

Os significados positivos presentes na simulação de alta fidelidade e a possibilidade de elaboração de um cenário que se aproxime da realidade vivenciada na prática clínica e nos cuidados prestados, junto aos sobreviventes enlutados por suicídio, possibilitam que a temática da posvenção possa ser trabalhada de forma efetiva na formação de profissionais da saúde por meio da educação baseada em simulação.

A carência de estudos brasileiros sobre posvenção e de métodos criativos e inovadores para o ensino dessa temática também ressalta a necessidade de aprofundamento nas discussões e conhecimentos com foco no apoio a enlutados por suicídio (ANDRIESSEN et al., 2017; RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019). Além disso, o desenvolvimento de um projeto de pesquisa que visa à disseminação da temática de posvenção, ainda pouco conhecida no meio acadêmico e científico, dialoga com as necessidades de se ampliarem as discussões sobre o tema, bem como auxiliar a promoção de direitos para um público que, por muitas vezes, se mantém cercado por estigmas e tabus associados ao suicídio (ANDRIESSEN et al., 2017).

Desse modo, o estudo visa à construção, validação e avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade para o apoio aos enlutados por suicídio (posvenção), se justifica pelas lacunas de conhecimento presentes na literatura científica e pela necessidade de se ampliarem as discussões embasadas cientificamente sobre a melhoria do cuidado em relação às temáticas de luto por suicídio e a posvenção. Assim, este projeto se estabelece como uma contribuição única,

original, relevante e expressiva para o avanço do conhecimento científico na área, de modo a fornecer potenciais subsídios, por meio da disponibilização de um cenário de simulação de alta fidelidade na íntegra, para assistência clínica e formação de profissionais da saúde qualificados para atuação junto a pessoas enlutadas por suicídio.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Desenvolver, validar e avaliar um cenário de simulação de alta fidelidade, relacionado aos cuidados prestados por profissionais de saúde a pessoas enlutadas por suicídio.

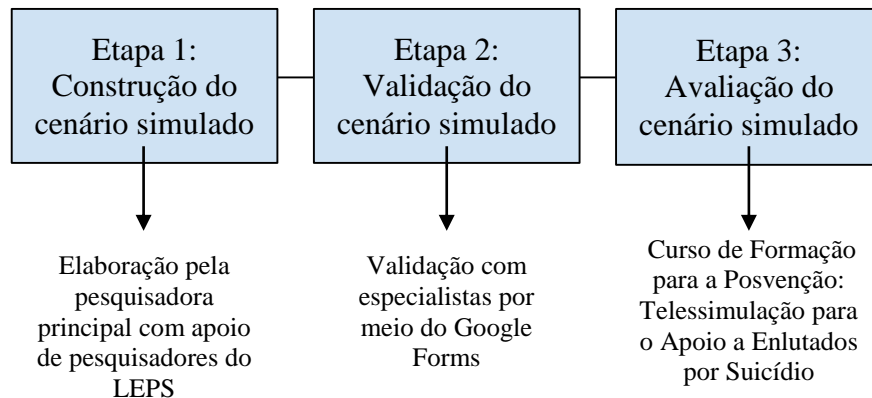
3.2 Objetivos específicos

- Construir um cenário de simulação de alta fidelidade relacionado à posvenção, baseado na literatura científica sobre a temática;
- Validar um cenário de simulação de alta fidelidade relacionado à posvenção com juízes especialistas na temática;
- Avaliar as práticas educativas de simulação de alta fidelidade sobre posvenção, na perspectiva dos participantes do cenário;
- Avaliar a estruturação do cenário sobre posvenção, na perspectiva dos participantes da simulação;
- Avaliar a satisfação e autoconfiança adquiridas por meio da simulação de alta fidelidade sobre posvenção;
- Mensurar as experiências frente ao *debriefing* entre os participantes das simulações de alta fidelidade sobre posvenção.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico de construção, validação e avaliação de um cenário de simulação de alta fidelidade sobre a temática de posvenção do suicídio. O desenvolvimento do estudo foi proposto em três etapas (Figura 1): 1) Construção do cenário de simulação de alta fidelidade, 2) Validação do cenário de simulação de alta fidelidade por juízes especialistas e 3) Avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade por estudantes e profissionais da área da saúde.

Figura 1 - Síntese das etapas de desenvolvimento do estudo



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

4.1 Etapa 1: Construção do cenário de simulação de alta fidelidade

A construção de um cenário de simulação clínica se estabelece como uma das mais importantes etapas do desenvolvimento da atividade simulada, visto que é por meio do cenário elaborado que os objetivos e resultados esperados para a simulação podem ser trabalhados de forma crítica, proposital e estruturada (FABRI et al., 2017; KANEKO; LOPES, 2019). Dessa forma, o seguimento de orientações com embasamento científico para a construção de um cenário se faz necessário nesse processo.

A INACSL define critérios necessários para a elaboração de um cenário, considerando aspectos voltados ao design da simulação, definição de objetivos que possam ser medidos e avaliados, contextos que possam fornecer uma experiência lógica e próxima à realidade aos participantes da simulação, além do estabelecimento de momentos de reflexões e avaliação da atividade simulada (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a). Demais autores reforçam a necessidade de se pensar a construção com base nas boas práticas em simulação, com propostas que valorizem o planejamento e desenvolvimento do cenário, de modo que possam ser reproduzidas por outros estudos na área da saúde que visem a trabalhar a formação por meio da simulação clínica (FABRI et al., 2017; GARBUIO et al., 2016; KANEKO; LOPES, 2019).

4.1.1 Roteiro do cenário de simulação

O cenário do presente estudo foi descrito em um roteiro (APÊNDICE A) elaborado por pesquisadores do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Prevenção e Posvenção do Suicídio (LEPS) em 2020, em conformidade com recomendações nacionais e internacionais sobre simulação de alta fidelidade, com foco na formação de recursos humanos em saúde (ALINIER,

2011; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021b; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021c). O roteiro foi definido em duas seções e estruturado em 12 itens relacionados com o planejamento (sete itens) e desenvolvimento da simulação de alta fidelidade (cinco itens). A divisão proposta foi organizada de forma a facilitar a elaboração da simulação, especialmente em relação às informações e aos conteúdos necessários para o alcance do objetivo e dos resultados esperados (ALINIER, 2011; FABRI et al., 2017; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021b; MELO et al., 2016).

A seguir estão descritas, de forma detalhada, as informações referentes a cada um dos itens do roteiro do cenário do estudo (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021b).

A seção de planejamento do cenário envolve sete itens, sendo:

1. Título: Nome proposto para o cenário construído;
2. Objetivo geral: Ação ou atividade a ser atingida pelos participantes da atividade simulada por meio do cenário construído. O objetivo não precisa necessariamente ser revelado aos participantes (a depender do contexto de cada cenário simulado);
3. Público-alvo: Descrição dos participantes indicados a participar da atividade simulada realizada por meio do cenário construído;
4. Número de participantes: Descrição da quantidade de pessoas envolvidas no desenvolvimento do cenário, incluindo o detalhamento do número de participantes da simulação (público-alvo que realizará o atendimento na atividade simulada), número de paciente(s) simulado(s) (encenarão o papel da pessoa atendida no cenário), número de facilitadores (equipe coordenadora responsável pelo desenvolvimento da atividade simulada) e menção aos observadores (demais participantes, integrantes do público-alvo que observam a atividade simulada de forma crítica, com foco na observação das ações desenvolvidas);
5. Recursos físicos e materiais: Descrição completa de todos os itens necessários para realização da atividade simulada realizada por meio do cenário construído, com foco na representação fidedigna da realidade no ambiente simulado;
6. Estudo prévio para os participantes e observadores: Detalhamento de estratégias educativas (aulas, discussões) ou estudo indicados e disponibilizados pelos facilitadores do cenário, via *e-mail*, para o preparo prévio para participação na atividade simulada realizada por meio do cenário construído;

7. Tempo de duração: Tempo estimado indicado para a duração de cada uma das etapas de desenvolvimento da atividade simulada realizada por meio do cenário construído.

A seção de desenvolvimento do cenário envolve cinco itens, sendo:

1. *Prebriefing (contratos e condução)*: Apresentação do ambiente em que a simulação será realizada a todos os participantes, com discussão de aspectos emocionais e éticos da prática simulada;
2. *Prebriefing (orientações)*: Descrição e detalhamento de informações importantes que deverão ser transmitidas para todos os participantes da atividade simulada realizada por meio do cenário construído, com enfoque para a apresentação e leitura de contratos, orientações básicas do caso simulado (nenhuma informação deve ser omitida nesta apresentação) e aspectos relacionados à condução da simulação. Nesse momento são realizados o convite e a preparação (de forma separada do restante do grupo, em outro ambiente) dos participantes que têm interesse em vivenciar a atividade simulada;
3. Instruções para o paciente simulado: Descrição e detalhamento de instruções que compõem o preparo da paciente simulada para atuar na atividade simulada realizada por meio do cenário construído. O preparo deve ser realizado previamente ao desenvolvimento da simulação, com o auxílio dos facilitadores da simulação;
4. Exame Clínico Objetivo Estruturado (ECOIE): Descrição de itens a serem considerados na avaliação do desempenho dos participantes da atividade simulada (integrantes do público-alvo), conforme o(s) objetivo(s) da simulação. A escrita de cada um dos objetivos propostos no ECOIE é congruente com o preparo dos participantes da simulação por meio de aulas ou estudo. Os facilitadores da simulação são os responsáveis pela realização dessa avaliação durante a simulação, por meio do preenchimento dos itens propostos, utilizando as opções de resposta SIM (quando o objetivo foi realizado adequadamente), NÃO (quando o objetivo não foi realizado ou realizado de forma inadequada) e PARCIALMENTE (quando o objetivo foi realizado, mas não em sua totalidade). O responsável por essa atividade também poderá tecer comentários e sugestões, em sua avaliação, que poderão ser abordados na etapa de discussão do *debriefing*;

5. *Debriefing*: Etapa desenvolvida após a finalização da atividade simulada realizada por meio do cenário do estudo. Nesse roteiro a sua execução é proposta por meio de três fases consecutivas: fase descritiva, analítica e aplicativa, de acordo com o modelo “The Diamond” (JAYE; THOMAS; REEDY, 2015). Nesse momento todos os participantes do cenário (participante(s) da simulação, observadores e paciente simulado) são convidados a refletir e dialogar sobre a simulação e experiências, conhecimentos, sentimentos e aprendizados envolvidos na prática simulada, com destaque para aspectos listados e avaliados nos itens do ECOE. Na fase descritiva, busca-se evidenciar como os participantes se sentiram em relação à atividade simulada; na fase analítica ocorre o destaque para as ações positivas desenvolvidas na atividade simulada, possibilidade de mudanças e reflexões sobre o desempenho do trabalho realizado na simulação; na fase aplicativa, ocorre o destaque para os impactos da experiência frente à atividade simulada para a prática profissional.

4.1.2 Cenário de “Apoio inicial ao enlutado por suicídio (Posvenção)”

O conteúdo do cenário construído foi baseado em literatura científica atual sobre as temáticas de luto por suicídio e posvenção. A busca foi realizada em plataformas e bases científicas nacionais e internacionais e foram priorizados e utilizados artigos de revisões sistemáticas e integrativas, artigos originais recentes e guidelines publicados, nos últimos cinco anos (ANDRIESSEN et al., 2019a; ANDRIESSEN et al., 2019b; CAMPOS; HOLDEN; SANTOS, 2018; CAUSER et al., 2019; CEREL et al., 2018; DUTRA et al., 2018; FUKUMITSU; KÓVACS, 2016; NUNES et al., 2016; WAINWRIGHT et al., 2020).

Os materiais de interesse foram compilados pela autora responsável e selecionados de acordo com a temática trabalhada. Após a seleção, os artigos e guidelines de interesse foram lidos, e os conteúdos utilizados na elaboração da primeira versão do cenário “Apoio inicial ao enlutado por suicídio (Posvenção)”, de forma a abordar o cuidado aos enlutados em uma vivência, durante a realização de uma visita domiciliar. O cenário proposto foi idealizado para sua realização em formato presencial ou virtual, podendo ser adaptado para os contextos necessários para o desenvolvimento da atividade simulada.

A construção da primeira versão do cenário foi realizada pela pesquisadora principal e contou com o apoio da orientadora do projeto e uma pesquisadora da pós-graduação vinculada ao grupo de pesquisa LEPS. Todas as envolvidas apresentavam experiência prévia com as temáticas de saúde mental e simulação clínica. Após a construção da primeira versão, o cenário

passou por uma avaliação interna realizada por membros do LEPS que atuam em um projeto de pesquisa voltado para a temática de simulação clínica. Nessa avaliação, os integrantes do grupo de pesquisa trabalharam em duplas sob a coordenação da pesquisadora responsável e foram orientados a indicar sugestões de alterações em relação ao material elaborado, considerando mudanças baseadas na literatura científica.

Essa avaliação interna resultou na identificação de alterações e na revisão (gramatical e ortográfica) da primeira versão do cenário, especialmente em itens relacionados ao conteúdo e à aparência. Todas as alterações sugeridas foram avaliadas e de acordo com a possibilidade de aprimoramento do material elaborado foram acatadas ou não. A partir dos ajustes realizados na avaliação interna, foi definida a versão final do cenário para validação junto aos juízes especialistas.

4.2 Etapa 2: Validação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre posvenção

A validação é um importante processo que se baseia no método de se medir se o instrumento construído corresponde aos seus objetivos estabelecidos, de modo que se obtenha resultado se o material elaborado atende ao seu propósito de utilização (POLIT; BECK, 2019; RAYMUNDO, 2009). A validade se constitui por dois aspectos principais, sendo, a validade do conteúdo e a validade da aparência (estética) (POLIT; BECK, 2019; RAYMUNDO, 2009).

A validação inicia quando o pesquisador idealiza a construção do material e perpassa por todas as etapas de elaboração, sendo um poderoso processo de adequação para aproximação do conteúdo elaborado com o propósito e público-alvo (POLIT; BECK, 2019; RAYMUNDO, 2009). Neste estudo, a validação do cenário de simulação possibilitou a análise detalhada de todos os itens que compõem o material, por meio da apreciação de juízes com experiência nas temáticas de pesquisa envolvidas, de modo a avaliar, indicar adequações e sugestões para o aprimoramento e simulação (POLIT; BECK, 2019; RAYMUNDO, 2009).

O processo de validação do presente estudo foi realizado virtualmente entre os meses de março e outubro de 2020. A composição do corpo de juízes especialistas da etapa de validação da pesquisa ocorreu mediante a escolha e convite de profissionais que apresentaram *expertise* em relação às temáticas desenvolvidas neste estudo. Para essa fase, optou-se pelo número de dez juízes especialistas (POLIT; BECK, 2019; RAYMUNDO, 2009), sendo cinco juízes especialistas na temática de posvenção e cinco juízes especialistas na temática de simulação de alta fidelidade. A partir da análise do Currículo Lattes, o juiz especialista poderia ser selecionado caso contemplasse pelo menos um dos critérios elencados. A seguir, estão descritos os critérios adaptados para este trabalho (JASPER, 1994):

- Experiência docente na área/tema de interesse (posvenção ou simulação de alta fidelidade);
- Orientação de trabalhos acadêmicos sobre o tema de interesse (posvenção ou simulação de alta fidelidade);
- Titulação de Mestre ou Doutor com trabalho sobre o tema de interesse (posvenção ou simulação de alta fidelidade);
- Autoria de artigos científicos sobre a temática de interesse, publicados em periódicos classificados pela CAPES (posvenção ou simulação de alta fidelidade);
- Palestrante convidado(a) em evento científico nacional ou internacional sobre a área/temática de interesse (posvenção ou simulação de alta fidelidade).

4.2.1 Seleção dos juízes especialistas na Plataforma Lattes

A seleção dos juízes especialistas para participação na pesquisa foi realizada por meio da Plataforma Lattes (CNPq), uma base de dados virtual brasileira, gratuita e única que concentra e integra currículos e informações de pesquisadores (BRASIL, 2021b). É por meio desta plataforma que os Currículos Lattes de pesquisadores podem ser acessados, sendo este um recurso padrão, a nível nacional, do registro de vida progressa e atual desses profissionais (BRASIL, 2021b).

A busca dos currículos de juízes cadastrados na plataforma foi realizada por meio da ferramenta “buscar currículo”, disponível no item “Acesso Direto: Currículo Lattes”. Foram realizadas duas coletas de dados obtidas por meio da busca simples de currículos, sendo a primeira com foco na temática de posvenção e a segunda de simulação de alta fidelidade. Os filtros de busca utilizados foram: modo de busca por assunto (título ou palavra-chave da produção), sendo que na busca 1 foi pesquisado o assunto posvenção e na busca 2 foi pesquisado o assunto simulação de alta fidelidade; Bases: doutores; Nacionalidade: brasileira; País de nacionalidade: todos (opção automática do sistema); Filtros: nenhum; Preferências: nenhuma; Busca avançada: não utilizada.

Após a obtenção dos resultados da busca, a pesquisadora realizou a leitura dos currículos obtidos na plataforma, de acordo com os filtros propostos. Para a primeira busca, foram realizadas leituras dos currículos obtidos nos resultados de até 10 juízes especialistas de cada temática que atendessem pelo menos a um dos critérios definidos para *expertise*. Todo o processo de seleção dos juízes foi compilado e desenvolvido pela pesquisadora responsável por meio de um documento editável. Foram construídas duas listas de acompanhamento, uma para posvenção e outra para simulação de alta fidelidade, as quais foram editadas conforme o

processo de convite e aceite e/ou recusa de participação na pesquisa. Para melhor organização das informações de seleção e busca realizada na Plataforma Lattes, os dados de cada juiz foram compilados por: nome completo, *link* de acesso para Currículo Lattes, *e-mail* para contato (obtido via Lattes ou busca via *Google*) e critério(s) atendidos (*expertise*).

4.2.2 Convite e participação dos juízes especialistas

Os juízes selecionados foram convidados para a participação no projeto por meio do envio de um *e-mail* contendo a carta-convite (com uma breve explicação sobre o projeto e incentivo à leitura do TCLE) (APÊNDICE B) e o *link* para acesso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da etapa de validação (APÊNDICE C). O termo foi construído no *Google Forms* e contava com o item para preenchimento sobre o aceite ou recusa de participação (“Após a Leitura do TCLE, você aceita participar da pesquisa? () SIM ou () NÃO”).

No caso de recusa, uma mensagem de agradecimento pela atenção prestada foi enviada ao juiz. O prazo definido para o recebimento da resposta do TCLE da pesquisa foi de 15 dias, sendo enviado um *e-mail* de lembrete uma semana após o primeiro contato. Casos em que o(a) juiz(a) não respondeu ao contato da pesquisadora no prazo foram considerados como recusa. Os juízes que realizaram o aceite do TCLE receberam uma nova mensagem, via *e-mail*, contendo o agradecimento pelo interesse na participação, com um novo *link* de direcionamento para a avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade. Uma cópia do termo foi encaminhada pelo *e-mail* para os juízes participantes, com orientação para manter o documento salvo em um dispositivo próprio. Cada juiz participante foi orientado sobre o prazo máximo de 30 dias para o retorno da validação do material, com o envio de um lembrete sobre a importância da resposta, quando restavam 10 dias para o encerramento do prazo final.

A validação do cenário foi desenvolvida no *Google Forms* e dividida em três seções, contendo: a) Questionário sociodemográfico de caracterização pessoal e profissional dos juízes (iniciais do nome, idade, localização geográfica (cidade/estado), formação acadêmica, atuação profissional (trabalho atual), tempo de atuação profissional, contato prévio com temática de posvenção e simulação de alta fidelidade) (APÊNDICE D); b) Leitura de apoio sobre as temáticas de posvenção e simulação de alta fidelidade (APÊNDICE E) e c) Cenário de simulação de alta fidelidade “Apoio inicial ao enlutado por suicídio (Posvenção)”. Todos os instrumentos de coleta da pesquisa foram elaborados pelas autoras e revisados por membros do grupo de pesquisa LEPS.

O cenário construído foi inserido na ferramenta *Google Forms*, de forma a facilitar a visualização ampla e integral do material pelos juízes. A validação consistiu no preenchimento de escalas do tipo *Likert* de três pontos (adequado, regular e inadequado) e do preenchimento do campo opcional de sugestões (espaço destinado para os juízes indicarem possíveis aprimoramento e comentários a serem realizados no cenário), em cada um dos itens propostos no cenário.

Ao longo dos sete meses de desenvolvimento da etapa de validação, foram enviados 36 convites de participação para juízes especialistas, seguindo os dados compilados no documento editável construído pela autora da pesquisa. Deste total, nove convites foram para juízes especialistas em posvenção e 27 convites foram para juízes especialistas em simulação de alta fidelidade, tendo como resultado a participação de cinco juízes de cada uma das temáticas na etapa de validação do cenário de “Apoio inicial ao enlutado por suicídio (Posvenção)”.

4.2.3 Tratamento e análise de dados da etapa de validação do cenário

Os dados obtidos nas avaliações dos 10 juízes especialistas (posvenção e simulação de alta fidelidade) foram organizados e transcritos em uma planilha do programa *Microsoft Excel 10*, com realização de dupla digitação e cruzamento da primeira e da segunda digitação, de forma a confirmar a consistência e veracidade dos dados. Os dados do estudo foram analisados no programa R (R CORE TEAM, 2021) versão 4.1.2., com apoio e suporte de profissional estatístico. Os dados obtidos no questionário sociodemográfico para caracterização dos juízes foram analisados por estatística descritiva, e os dados da avaliação do cenário foram obtidos nas respostas das escalas do tipo *Likert* (adequado, regular e inadequado), analisados por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e Teste de *Gwet First-Order Agreement Coefficient* (AC1).

4.2.4 Índice de Validade de Conteúdo (IVC)

O Índice de Validade de Conteúdo é uma das medidas normalmente utilizadas para a avaliação de concordância. O uso do IVC permite a medida da proporção dos juízes que estiveram em concordância sobre determinado aspecto do instrumento de avaliação do cenário e de seus itens (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK, 2019; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Para o presente estudo, o parâmetro definido para o IVC foi de 0,8 (80%). O crivo de 80% se torna aceitável e meio-termo entre o liberalismo e o conservadorismo do cálculo (POLIT; BECK, 2019). Os resultados do IVC foram obtidos a partir do número total de respostas “adequado e regular” dividido pelo número total de respostas em cada um dos itens

avaliados. Os itens que obtiveram resultado do índice inferior ao valor de 0,8 foram identificados e selecionados para o processo de revisão com base nas sugestões e comentários propostos pelos juízes da validação (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK, 2019; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

4.2.5 Teste de *Gwet*: *First-order Agreement Coefficient* (AC1)

O Teste de *Gwet* proposto foi o de AC1 (*First-order Agreement Coefficient*), o qual é comumente aplicado em estudos que contam com a participação de dois ou mais juízes, considerando análises em escalas de classificação que apresentem duas ou mais categorias (GWET, 2001; MATOS, 2014; MCCRAY, 2013). Essa análise estatística é reconhecida por ser uma medida mais robusta que analisa a confiabilidade da concordância entre as respostas dos juízes avaliados, de forma a considerar o grau de concordância nas respostas (GWET, 2001; MATOS, 2014; MCCRAY, 2013).

A robustez presente no teste proposto se destaca como uma vantagem da utilização da medida, uma vez que os seus resultados são menos sensíveis à ocorrência de valores não comportados (valores que ficam fora da diagonal principal de análise), especialmente em bancos de dados menos extensos. A interpretação dos resultados obtidos nessa estatística ocorre por meio de amplitude, com variações de valores entre 0 e 1, sendo que 1 representa maior confiabilidade de concordância (< 0,40 pobre; 0,41 a 0,75 satisfatório a bom; 0,75 a 1,00 excelente) (GWET, 2001; FLEISS; LEVIN; PAIK, 2003; MATOS, 2014; MCCRAY, 2013).

4.2.6 Sugestões dos juízes especialistas

As sugestões e os comentários obtidos nas avaliações dos juízes especialistas foram transcritos para um documento editável, ordenados de acordo com os itens presentes no roteiro (APÊNDICE F). Após revisão dos itens, a pesquisadora responsável definiu pequenas alterações necessárias realizadas no cenário, obtendo-se a versão final validada do material.

4.3 Etapa 3: Avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade

A avaliação do cenário “Apoio inicial ao enlutado por suicídio (Posvenção)” constituiu a etapa final da presente pesquisa, tratando-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa. A avaliação foi realizada junto a estudantes e profissionais da saúde e pautada em instrumentos validados para a língua portuguesa que fornecem informações sobre o desenvolvimento do cenário, melhores práticas em simulação, plano de simulação, satisfação e autoconfiança na aprendizagem com a simulação e sobre a experiência vivenciada pelo participante frente ao *debriefing* (ALMEIDA, 2016).

Originalmente, a etapa de avaliação seria desenvolvida em formato presencial, entretanto, devido aos impactos e às ações de mitigação da pandemia do SARS-CoV-2 (COVID-19), as atividades da pesquisa foram priorizadas em formato virtual para a segurança dos envolvidos. Dessa forma, toda a avaliação foi realizada remotamente e inserida nas atividades propostas em um curso de difusão realizado sob a liderança e organização da pesquisadora responsável, em conjunto com o Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio (CEPS) e o Laboratório de Estudos e Pesquisas em Prevenção e Posvenção do Suicídio, em cooperação com o Sistema de Cultura e Extensão Apolo da Universidade de São Paulo (USP).

4.3.1 Participantes: convite e recrutamento

Para a avaliação do cenário de posvenção, foi considerada uma amostra de conveniência de 100 participantes. Dentre os critérios de inclusão para participação na etapa de avaliação, foram considerados participantes matriculados no curso desenvolvido, com idade superior a 18 anos, alunos de graduação da área da saúde (com comprovação que tenham cursado disciplina relacionada à saúde mental/psiquiatria) ou profissionais da área da saúde (com comprovação da formação acadêmica). Em relação aos critérios de exclusão, participantes que não apresentaram a comprovação da formação acadêmica necessária e não participaram da atividade simulada desenvolvida foram considerados inaptos para participação na pesquisa.

4.3.2 Desenvolvimento do curso de formação para a posvenção

A proposição de um curso de formação de natureza difusão para realização da avaliação do cenário se objetivou pelo contexto da pandemia de COVID-19, no período de desenvolvimento da etapa, bem como a oportunidade de abertura da avaliação para a participação de pessoas de outras localidades (abrangência nacional) e a possibilidade de compartilhamento do conhecimento científico sobre a posvenção em um trabalho pautado na valorização do tripé ensino-pesquisa-extensão.

O desenvolvimento do curso foi proposto em duas edições, sendo a primeira realizada no mês de agosto de 2021 (09/08/2021 a 31/08/2021) (APÊNDICE G; ANEXO G) e a segunda realizada no mês de outubro de 2021 (04/10/2021 a 29/10/2021) (APÊNDICE H; ANEXO H). A carga horária definida para cada edição foi de 20 horas. A estruturação em duas edições visou a contemplar a amostra de conveniência da pesquisa de avaliação do cenário, considerando possíveis desistências de participantes. Assim, em cada uma das edições, foram ofertadas 70 vagas, totalizando 140 vagas disponibilizadas. A realização do curso ocorreu sem o apoio e/ou obtenção de recursos financeiros externos.

A seguir, estão descritos os objetivos traçados para o curso:

- Promover oportunidades de aprendizado significativo com enfoque no desenvolvimento de competências para a promoção de saúde mental e acolhimento de enlutados por suicídio;
- Promover competências para ações de promoção, prevenção e acolhimento da violência autoinfligida no contexto pós-suicídio;
- Sensibilizar o participante em reconhecer a importância de fortalecer a articulação da rede de apoio em saúde mental;
- Promover oportunidades de aprendizado sobre ações em saúde coletiva, voltadas para a prevenção da violência autoinfligida e combate ao estigma, relacionado à saúde mental.

A divulgação do curso foi realizada virtualmente pelo CEPS e o LEPS em mídias sociais oficiais do grupo (*Instagram, Facebook, e-mail e WhatsApp*), em palestras e atividades desenvolvidas por membros dos grupos e também pelo sistema Apolo USP. Esse processo teve o objetivo de promover o curso em diversos meios, a fim de atingir potenciais participantes, a nível nacional, interessados em aprofundar os conhecimentos sobre a temática de posvenção atrelada à simulação clínica em formato virtual.

A comissão organizadora (CO) do curso foi formada por pesquisadores e membros do CEPS e do LEPS, os quais apresentaram vínculos variados, como discentes da graduação e pós-graduação, docentes e uma enfermeira especialista. O primeiro encontro para organização e planejamento da proposta ocorreu em maio de 2021, e após essa data reuniões foram realizadas mensalmente com os membros da comissão organizadora. Durante esses encontros, a proposta do curso foi apresentada, além da definição de objetivos e resultados esperados, estruturação de frentes de trabalho com estabelecimento de equipes responsáveis e de apoio, definição de plano de trabalho e cronograma esperado de atividades, esclarecimento de dúvidas em relação a todo o processo de desenvolvimento do curso.

As atividades desenvolvidas pela comissão foram estruturadas em sete frentes de trabalho que trabalharam de forma interdependente para a realização do curso, sendo: 1) Administrativa, 2) Divulgação, 3) Formação de Recursos e Materiais, 4) Relacionamento Pessoal, 5) Desenvolvimento da Pesquisa, 6) Preparação da Telessimulação e 7) Desenvolvimento da Telessimulação. Cada uma das frentes foi composta por uma equipe responsável (coordenadores) e uma equipe apoio, as quais estiveram diretamente ligadas com o desenvolvimento das atividades previstas nos planejamentos da primeira (APÊNDICE I) e da segunda edição (APÊNDICE J) do curso de posvenção, para a manutenção da exequibilidade

das ações propostas, incluindo a telessimulação. Vale destacar que o trabalho das frentes ocorreu concomitantemente e de forma contínua durante as duas edições do curso.

A seguir, estão descritas as principais atividades realizadas por cada frente da comissão organizadora:

- **Frente Administrativa:** Teve como atividades principais a construção e submissão do projeto do curso para o Sistema de Cultura e Extensão da USP (Apolo), para a aprovação e apoio da instituição de ensino para divulgação, matrícula e certificação dos participantes, além da gestão de questões burocráticas e administrativas de realização do curso. Todo o processo de inscrição, identificação e seleção dos participantes matriculados aconteceu via site institucional do sistema Apolo. O desenvolvimento do curso vinculado à USP oportunizou a certificação desse projeto de formação, de modo a fortalecer o tripé ensino-pesquisa-extensão para além do ambiente universitário;
- **Frente de Divulgação:** Teve como atividades principais a construção da identidade visual do curso, elaboração, diagramação e edição de vídeos e materiais educativos, além do compartilhamento de informações de divulgação do curso nas redes sociais do grupo CEPS;
- **Frente de Formação de Recursos e Materiais:** Teve como atividades principais a elaboração, seleção e disponibilização dos materiais de estudo e formação do curso, elaboração do *Checklist* de Análise da Telessimulação, além da construção e administração da ferramenta Google *Classroom* (espaço de estudo dos participantes), elaboração da avaliação final e coordenação das atividades de telessimulação;
- **Frente de Relacionamento Pessoal:** Teve como atividades principais a construção de formulários e fóruns utilizados nas atividades propostas, envio de respostas aos participantes, acompanhamento e manejo do *e-mail* do curso, divisão das turmas para a atividade telessimulada, organização do encontro de interessados em participar da simulação como profissionais da saúde, além do acompanhamento e contabilização das frequências.
- **Frente de Desenvolvimento da Pesquisa:** Teve como atividades principais a construção, teste e manejo do formulário para a coleta de dados da pesquisa, apresentação da pesquisa aos participantes, realização da coleta de dados da pesquisa.
- **Frente de Preparação da Telessimulação:** Teve como atividades principais a seleção e preparo dos membros da comissão organizadora para o papel de paciente simulada nas atividades desenvolvidas, elaboração de materiais de preparo dos pacientes

simulados, testagem dos cenários, revisão e atualização de ferramentas virtuais utilizadas na telessimulação, além da coordenação e participação direta no desenvolvimento da telessimulação.

- **Frente de Desenvolvimento da Telessimulação:** Teve como atividades principais a organização e planejamento dos dias de atividade simulada, revisão final dos materiais e ferramentas a serem utilizadas na telessimulação, definição, orientação e acompanhamento dos observadores da telessimulação, participação na abertura dos dias de atividade simulada, criação e acompanhamento do compilado de frequência dos participantes, explicação da atividade simulada para os participantes, coordenação do desenvolvimento da atividade simulada, coordenação do momento de *debriefing*, apresentação da pesquisa e participação na finalização das atividades de telessimulação (agradecimento, avisos finais e encerramento).

O curso foi organizado para fornecer ao participante uma experiência gratuita e acessível no ambiente virtual, e para isso, plataformas e ferramentas virtuais foram utilizadas, como o *Google Classroom* (plataforma central voltada para o ensino e aprendizagem, fornecendo a educadores a possibilidade de gerenciamento de conteúdos de estudo), *Google Meet* (plataforma de comunicação por vídeo, utilizada para realização de videoconferências e atividades remotas de forma síncrona), *SurveyMonkey* (ferramenta de disponibilização de formulários *on-line*). Para a formação e estudo do curso, os participantes tiveram acesso a materiais e atividades virtuais preparadas e selecionadas por membros da Frente de Formação de Recursos e Materiais. Vale destacar que alguns desses materiais foram elaborados exclusivamente para o curso, para o melhor desenvolvimento e abordagem das temáticas de luto por suicídio, posvenção e telessimulação.

Dentre as atividades do curso foram propostas duas questões norteadoras que se relacionaram com as temáticas trabalhadas. As questões foram utilizadas para interação junto aos participantes, reflexão sobre os conteúdos desenvolvidos, bem como critério de contabilização da presença nas atividades assíncronas do curso.

- **Primeira pergunta norteadora:** Nós do CEPS valorizamos as trocas e o aprendizado desenvolvido de forma conjunta, por isso, te convidamos a compartilhar conosco um pouco mais sobre você e sobre seu interesse em relação à temática de posvenção. Fique à vontade para usar este espaço para comentar, refletir e compartilhar sobre essas questões.
- **Segunda pergunta norteadora:** Após realizar a leitura dos materiais de estudo do curso (ex.: cartilhas, *podcasts*, materiais complementares), convidamos você a

mencionar dois pontos abordados nesses materiais que mais chamaram a sua atenção durante os estudos. Utilize esse espaço para refletir sobre os pontos escolhidos e fique à vontade para compartilhar um pouco mais do que vivenciou, ao se aproximar dessas temáticas.

Ao final do curso uma avaliação virtual foi disponibilizada aos participantes contendo 10 questões de múltipla escolha (com valor de um ponto cada) sobre os conteúdos trabalhados (APÊNDICE K). O participante foi considerado aprovado na avaliação final, caso tenha obtido nota igual ou superior a 7 (70%). A avaliação da frequência de presença no curso foi dividida em: a) participação na atividade simulada (correspondendo a 50% da frequência); b) envio de resposta na primeira questão norteadora (correspondendo a 25% da frequência); c) envio de resposta na segunda questão norteadora (correspondendo a 25% da frequência), totalizando 100% de presença. Para obtenção da aprovação final, a comissão organizadora definiu critérios que incluíram: obtenção de frequência mínima de 75% e aprovação na avaliação final com nota igual ou superior a 7. Todos os participantes que cumpriram os critérios elencados foram considerados aprovados e receberam um certificado encaminhado diretamente pelo Sistema Apolo até 90 dias, após a finalização do curso.

4.3.3 Pré-telessimulação

O preparo da atividade telessimulada sobre posvenção foi realizado de forma rigorosa e com participação ativa dos membros da comissão organizadora. O momento pré-simulação é crucial para o desenvolvimento da atividade simulada, conforme o detalhamento proposto no cenário construído. Para que a simulação seja exequível, é necessário que todos os envolvidos em seu desenvolvimento estejam cientes e informados de forma prévia sobre detalhes envolvendo o cenário, visto que esse processo faz parte do planejamento da atividade simulada.

4.3.4 Pacientes simulados

Os pacientes simulados assumem o importante papel de encenar a vivência de uma personagem real inserida em um cenário simulado elaborado para fins formativos e educacionais. Na literatura científica, diversos termos são utilizados para a abordagem desse participante da simulação clínica, como ator simulado, paciente padronizado, encenador e o próprio uso do paciente simulado.

A conceitualização de cada termo varia entre os autores a nível nacional e internacional (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2020; FABRI et al., 2017; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021b; KANEKO; LOPES, 2019). Dessa forma, para a presente pesquisa, optou-se pela utilização do termo paciente simulado, que se caracteriza por ser um “profissional e/ou pessoa treinada que desempenha papel como paciente

em cuidados reais de saúde para reproduzir a experiência clínica, especialmente em situações que envolvem comunicação entre profissionais de saúde, equipes e pacientes” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2020, p. 19).

A depender do caso clínico construído, o paciente pode assumir diversas características e papéis, de forma a proporcionar maior realismo à atividade realizada. Um estudo sobre a temática ressalta a necessidade de preparo prévio dos pacientes simulados, de forma guiada e estruturada, uma vez que a formação para participação na simulação deve seguir de acordo com o que é proposto para o cenário, principalmente no que se refere às boas práticas em simulação (CORO-MONTANET et al., 2019).

Ao considerar esses critérios, para o presente cenário foi estruturado um processo de preparo dos pacientes simulados junto à Frente de Preparação da Telessimulação. Os membros dessa frente foram convidados pela autora da pesquisa a participarem da atividade simulada assumindo o papel da paciente simulada (único membro da comissão organizadora que interagiu na cena da telessimulação, durante o seu desenvolvimento). Para o preparo, foi delimitada a seleção de, no mínimo, duas pacientes simuladas, sendo a primeira a paciente principal e a segunda o paciente de apoio, considerando casos de possíveis intercorrências que impossibilitassem a participação na atividade telessimulada. A partir dos convites realizados, duas alunas da pós-graduação, membros do grupo CEPS e com experiência prévia no desenvolvimento e organização de atividades simuladas, aceitaram participar do processo de preparo prévio de pacientes simulados.

A preparação iniciou dois meses antes da realização da primeira edição do curso e se estendeu até a finalização das atividades simuladas da segunda edição realizada, com a realização de encontros mensais de discussão do cenário e das instruções propostas, bem como de testagens do cenário com a participação de membros da comissão organizadora. As envolvidas receberam previamente a cópia do cenário validado, além de um material de formação complementar exclusivo para essa atividade intitulado de “Instruções para encenador” cujo objetivo foi preparar a paciente simulada para a participação na atividade a ser desenvolvida no cenário simulado (APÊNDICE L). Esse material foi elaborado pela autora da pesquisa e revisado por membros da Frente de Simulação.

4.3.5 Facilitadoras

A facilitação na simulação clínica é elencada como um fator crucial para o desenvolvimento da atividade proposta, podendo variar conforme os objetivos e resultados esperados para o cenário. Aos facilitadores atribui-se o domínio e conhecimento em relação às temáticas trabalhadas, bem como do cenário simulado a ser desenvolvido, de modo a promover

e assegurar uma experiência formadora por meio da simulação clínica (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021e).

No presente projeto, as facilitadoras da simulação foram definidas de acordo com a *expertise* sobre os temas do cenário, sendo definida a participação da autora da pesquisa e da orientadora responsável. Assim como as pacientes simuladas, às facilitadoras coube a responsabilidade de coordenar todo o desenvolvimento dos encontros para o desenvolvimento da telessimulação, considerando a condução dos encontros com apoio de membros da comissão organizadora, e principalmente, a facilitação dos momentos de desenvolvimento do cenário. Para isso, as facilitadoras realizaram o preparo prévio à telessimulação por meio da proposição de encontros de discussão do desenvolvimento do cenário.

Os encontros foram realizados previamente às atividades simuladas de ambas edições do curso, com a definição das responsabilidades em relação à condução da simulação em todas os momentos da simulação, em especial, dos momentos de *prebriefing*, desenvolvimento da atividade simulada com avaliação por meio do ECOE e realização do *debriefing*.

4.3.6 Participantes (público-alvo)

O fornecimento de recursos e materiais voltados à preparação dos participantes na simulação contribui, de forma essencial, para o desenvolvimento da atividade simulada, bem como do processo de ensino-aprendizagem dos envolvidos. Assim, cabem aos facilitadores da simulação a seleção e o compartilhamento de materiais que aprofundem as questões didáticas que serão trabalhadas na simulação, de forma a dialogar com os objetivos traçados para o cenário elaborado de forma coerente e construtiva (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021f; NASCIMENTO et al., 2020).

O preparo dos participantes da telessimulação também foi trabalhado de forma prévia no presente estudo, por meio da disponibilização de materiais didáticos diversos (Quadro 1) (APÊNDICE M). Em relação à telessimulação, a comissão organizadora disponibilizou na Plataforma *Google Classroom* uma aba de estudos destinada exclusivamente a esse preparo, por meio de três materiais voltados à formação para a telessimulação sobre a posvenção, sendo: a) Fôlder de orientações iniciais para a atividade de telessimulação; b) Cartilha educativa “Lidando com o luto por suicídio” e c) *Podcast* “Luto por suicídio”. Os materiais propostos seguiram a indicação do item “Materiais para estudo prévio dos participantes e observadores” do cenário validado.

Quadro 1 - Descrição dos materiais disponibilizados virtualmente aos participantes do curso de formação sobre a posvenção

Material(is) disponibilizado(s)	Título do(s) material(is)	Objetivo do uso do(s) material(is)
Manuais de orientação	<ul style="list-style-type: none"> ● Manual do <i>Classroom</i> (28 páginas); ● Manual do <i>Meet</i> (27 páginas); ● Manual do Participante (16 páginas); 	Promover aos participantes conhecimentos sobre as tecnologias e ferramentas virtuais utilizadas no curso por meio de materiais sintéticos e ilustrativos.
<i>E-books</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Luto: Relembrando conceitos e refletindo sobre o contexto atual (19 páginas); ● Luto e Posvenção: Conceitos, significados e cuidados para assistência profissional (54 páginas); 	Disponibilizar aos participantes materiais educativos baseados na literatura científica sobre as temáticas de luto e posvenção.
Vídeos	<ul style="list-style-type: none"> ● Boas-vindas: Apresentação do curso (duração: 4 minutos); ● Orientações e cuidados relacionados à telessimulação (duração: 33 minutos); ● Encerramento (duração 5 minutos); 	Apresentar aos participantes, por meio de conteúdo audiovisual, questões relacionadas ao desenvolvimento do curso e de temáticas envolvidas na formação proposta sobre a simulação de alta fidelidade/simulação clínica em saúde mental.

Continua

Continuação

Material(is) disponibilizado(s)	Título do(s) material(is)	Objetivo do uso do(s) material(is)
<i>Podcasts</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Luto por suicídio: duração de 28:39 minutos (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2018a); ● Luto e a pandemia: duração da parte um de 26:47 minutos e parte dois de 25:23 minutos (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2019); ● Suicídio e suas causas*: duração de 28:49 minutos (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2018b); 	Disponibilizar aos participantes discussões atualizadas sobre as temáticas e conteúdos trabalhados no curso, a partir de um formato alternativo de material educativo (áudio).
Questões norteadoras (Detalhadas a seguir)	<ul style="list-style-type: none"> ● Primeira questão; ● Segunda questão; 	Promover aos participantes um espaço de interação e reflexão sobre os conteúdos e temáticas abordados no curso, sendo essa atividade um dos critérios de acompanhamento da participação no curso.
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientações iniciais para a atividade de telessimulação (4 páginas); ● Cronograma de atividades do curso (1 página). 	Disponibilizar aos participantes orientações sobre o desenvolvimento das atividades do curso, incluindo especificidades sobre a telessimulação.

Continua

Continuação

Material(is) disponibilizado(s)	Título do(s) material(is)	Objetivo do uso do(s) material(is)
Formulários	<ul style="list-style-type: none"> ● Perfil do participante; ● Dúvidas; 	Promover espaços de interação entre participantes e comissão organizadora do curso para o reconhecimento de aspectos do perfil dos participantes, e disponibilizar oportunidades para o envio de dúvidas a serem respondidas por membros da Frente de Relacionamento Pessoal do curso.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliação final do curso: 10 questões múltipla escolha (APÊNDICE K); 	Disponibilizar aos participantes a avaliação final do curso, elaborada em formato virtual, com 10 questões de múltipla escolha sobre conteúdos e temáticas abordados.
Cartilhas educativas	<ul style="list-style-type: none"> ● Lidando com o luto por suicídio*: 20 páginas (VEDANA, 2018); ● Promoção da saúde mental em tempos de pandemia*: 43 páginas (SILVA et al, 2020). 	Disponibilizar aos participantes materiais educativos de fácil acesso e compreensão, produzidos pelos grupos de extensão e pesquisa CEPS e LEPS, sobre as temáticas de posvenção e promoção da saúde mental.

Continua

Conclusão

Material(is) disponibilizado(s)	Título do(s) material(is)	Objetivo do uso do(s) material(is)
Artigos e documentos	<ul style="list-style-type: none"> ● Política Nacional de Prevenção do Suicídio* (BRASIL, 2019); ● Posvenção e contextos institucionais: recomendações*: 17 páginas (SILVA; VEDANA, 2019); ● Teleatendimento e significados (8 páginas)* ● Teleatendimento e significados* (BRASIL, 2020). 	Apresentar aos participantes fontes de conhecimento relacionadas às temáticas de suicídio, posvenção e teleatendimento, baseadas em literatura científica atual.

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** *MA: Material de apoio/complementar indicado pela comissão organizadora para os estudos e formação do curso.

Conforme o cronograma do curso, as atividades de telessimulação foram realizadas em dois momentos virtuais síncronos, via *Google Meet*. Dessa forma, os participantes de cada edição foram divididos em duas turmas (T1 e T2) para o melhor desenvolvimento da atividade simulada (em turma com menor número de participantes) e aproveitamento do momento de formação sobre posvenção. Foram formadas duas turmas com quantidade igual de participantes (de acordo com o número de inscritos). A presença na atividade de telessimulação foi elencada como um dos critérios de conclusão do curso, considerando a importância desse momento para o processo de formação dos participantes. Durante o período de realização do curso, o meio de comunicação entre comissão e participantes foi o e-mail, no qual foram enviados todas as informações e os avisos necessários referentes às atividades propostas.

A seleção de participantes interessados em atender à paciente simulada foi realizada por membros da Frente de Relacionamento Pessoal. Ao final da primeira semana de atividades do curso, os participantes interessados em se inserir nessa construção foram convidados a preencher o formulário virtual “Interesse em participação na telessimulação”, sendo delimitada uma data máxima de recebimento das respostas.

Após a data-limite de recebimento de respostas no formulário, os nomes e contato dos participantes interessados foram compilados, e um encontro para explicações iniciais da atividade (*prebriefing*) e retirada de dúvida foi agendado junto a membros da CO do curso. Após esse encontro, de acordo com as disponibilidades e interesse, foi acordada a presença de dois participantes no papel de profissionais da saúde em cada um dos dias de telessimulação realizada (totalizando quatro participantes em cada edição). Nos casos em que a procura pela atividade foi maior que a possibilidade de participação, os interessados formaram uma lista de apoio para cobrir possíveis desistências e/ou ausência dos selecionados. Os participantes que se disponibilizaram a ser os profissionais da saúde no cenário desenvolvido foram orientados a entrar em contato com a comissão organizadora do curso em caso de dúvidas, que se manteve à disposição até o momento de realização da telessimulação.

Uma semana antes de as atividades simuladas serem realizadas (conforme datas elencadas no cronograma), todos os participantes do curso receberam, via *e-mail*, orientações e avisos sobre a participação na telessimulação, incluindo data e horário de realização, lembrete sobre os materiais de estudo (estudo não obrigatório, mas indicado a todos os participantes) e *link* de acesso ao *Google Meet* com orientações sobre encontro e os materiais educativos necessários para o preparo prévio. Nas horas que antecederam à realização da telessimulação, membros da Frente de Relacionamento Pessoal enviaram um *e-mail* final lembrando o *link* de acesso à sala virtual e se colocando à disposição em caso de dúvidas e/ou dificuldades. Demais avisos e orientações foram realizados já nos encontros síncronos para o desenvolvimento da telessimulação, em cada uma das edições.

4.3.7 Testagem do cenário

Em cada edição foi realizado um encontro destinado à testagem do cenário. Participaram dos testes a pesquisadora responsável pela pesquisa e uma pesquisadora que apoiou a construção do cenário (que assumiram o papel de facilitadoras), duas encenadoras (selecionadas no momento de preparo prévio) e um membro da comissão organizadora (que assumiu o papel do profissional da saúde no cenário). Os testes foram propostos de forma fidedigna ao que era esperado para o desenvolvimento da telessimulação (apenas o *debriefing* não foi testado nesse momento). As encenadoras foram avaliadas individualmente durante os testes pelas facilitadoras que acompanharam a atividade.

Durante os testes, foram avaliados a exequibilidade da simulação clínica, o alcance dos objetivos e resultados propostos, a participação das encenadoras durante a atividade, bem como foram analisados potenciais facilitadores e dificultadores que poderiam interferir na realização

da telessimulação. Ao final, os itens avaliados foram discutidos com a equipe participante da testagem para o aprimoramento da atividade simulada.

4.3.8 Desenvolvimento da telessimulação: atividade virtual síncrona

Em cada uma das edições, foram realizados dois dias de telessimulação, seguindo respectivamente a divisão dos participantes entre as turmas 1 e 2 do curso. A Frente de Desenvolvimento da Telessimulação foi a responsável pela organização das atividades síncronas, de forma a compilar todas as construções prévias necessárias para o desenvolvimento do encontro virtual ao vivo junto aos participantes. A telessimulação foi realizada de acordo com o desenvolvimento proposto no cenário validado.

Cada um dos encontros foi realizado via *Google Meet*, com o *link* previamente enviado aos participantes, os quais foram orientados a acessar a sala virtual com antecedência. A duração proposta para a atividade foi de duas horas (início às 18 horas e finalização as 20 horas). Na primeira edição, os encontros foram realizados nos dias 23 de agosto de 2021 (Turma 1) e 30 de agosto de 2021 (Turma 2). Na segunda edição, os encontros foram realizados nos dias 26 de outubro de 2021 (Turma 1) e 27 de outubro de 2021 (Turma 2). Abaixo, seguem o detalhamento das atividades desenvolvidas e o cronograma proposto para os encontros (Quadro 2).

Quadro 2 - Detalhamento das atividades desenvolvidas nos encontros síncronos da telessimulação no curso de formação sobre a posvenção

Duração prevista	Atividades desenvolvidas - Momentos	Responsáveis
18:00 às 18:10 horas	<p>Momento 1: Abertura do encontro e orientações para telessimulação</p> <p>Pontos abordados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Boas-vindas aos participantes; - Recados e avisos iniciais; - Apresentação das responsáveis pela atividade. 	02 pessoas
18:10 às 18:25 horas	<p>Momento 2: <i>Prebriefing</i></p> <p>Pontos abordados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados éticos da atividade; - Apresentação dos participantes do que encenaram os profissionais da saúde no cenário (indicação de 	02 pessoas

Continua

Continuação

Duração prevista	Atividades desenvolvidas - Momentos	Responsáveis
18:10 às 18:25 horas	sala virtual extra para interação prévia desses participantes); - Esclarecimento sobre o papel dos observadores na telessimulação (demais participantes do público-alvo da atividade); - Orientações para o desenvolvimento da atividade telessimulada; - Apresentação inicial (contextualização do cenário); - Retirada de dúvidas.	02 pessoas
18:25 às 18:45 horas	Momento 3: Atividade Simulada Desenvolvimento da atividade simulada com mediação das facilitadoras e participação de uma paciente simulada	03 pessoas
18:25 às 18:45 horas	Preenchimento do Checklist de Análise da Telessimulação por membros da comissão organizadora	02 a 03 pessoas
18:45 às 19:25 horas	Momento 4: <i>Debriefing</i> Finalização da atividade simulada e início do <i>debriefing</i> desenvolvido e mediado por facilitadoras da telessimulação	02 pessoas
19:25 às 19:55 horas	Momento 5: Pesquisa Apresentação da etapa de pesquisa vinculada ao desenvolvimento da telessimulação com convite aos participantes pela facilitadora Pontos abordados: - Explicação de informações referentes à pesquisa;	03 pessoas

Continua

		Conclusão
Duração prevista	Atividades desenvolvidas - Momentos	Responsáveis
19:25 às 19:55 horas	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação breve do SurveyMonkey; - Disponibilização de formulário e <i>e-mail</i> para envio de possíveis dúvidas à comissão organizadora; - Acompanhamento de dúvidas recebidas. 	03 pessoas
19:55 às 20:00 horas	<p>Encerramento das atividades do dia pelas facilitadoras</p> <p>Pontos abordados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Divulgação da lista de presença da atividade ao final do encontro via chat do <i>Google Meet</i>; - Agradecimentos finais; - Avisos finais do curso. 	03 pessoas

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** Os membros da Comissão Organizadora foram convidados a participar das atividades desenvolvidas nos encontros virtuais ao vivo, conforme disponibilidade de participação.

Durante o desenvolvimento do Momento 3 (Atividade Telessimulada), membros da CO selecionados previamente ficaram responsáveis pelo preenchimento do “*Checklist* de Análise da Telessimulação” (APÊNDICE N). Esse instrumento foi elaborado pela pesquisadora responsável exclusivamente para o curso, com o objetivo de analisar se as atividades propostas nos quatro encontros síncronos da telessimulação foram cumpridas. O *checklist* foi de preenchimento individual, continha questões de múltipla escolha e abertas, com espaços destinados à pontuação de sugestões. Os resultados obtidos nesse instrumento foram submetidos à análise descritiva.

4.3.9 Coleta de dados da etapa de avaliação do cenário

A etapa de avaliação do cenário foi desenvolvida durante as duas edições do curso de difusão intitulado “Formação para a prevenção: Telessimulação para o apoio inicial a enlutados por suicídio”. Os participantes do curso que vivenciaram o cenário por meio da atividade de telessimulação foram convidados a participar voluntariamente da etapa de avaliação virtual da pesquisa, por meio da plataforma *SurveyMonkey* (formulário para a coleta de dados).

Ao final do *debriefing*, o convite foi realizado a todos os participantes, com a breve

apresentação de informações sobre o projeto de pesquisa. Foram ressaltados a não obrigatoriedade da participação, a possibilidade de retirada a qualquer momento após aceitação de participação da pesquisa e a importância da leitura e o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para efetivação da participação (APÊNDICE O).

O *link* de acesso à pesquisa foi disponibilizado aos participantes via chat do *Google Meet*. Ao acessar o *link*, o participante era direcionado para a ferramenta online *SurveyMonkey*, para a leitura do TCLE e preenchimento dos itens “aceito participar” ou “recuso a participação”. Os participantes que aceitaram participar da pesquisa receberam, via *e-mail*, uma cópia do termo, com aviso sobre a importância de se guardar uma via do documento em dispositivo próprio. Os participantes também puderam assinalar o desejo de receber uma via do TCLE impressa via Correios. Em caso de negativa do termo, os participantes foram direcionados para uma página de agradecimento.

Após o aceite do TCLE, o participante foi direcionado para o preenchimento de cinco instrumentos da pesquisa, mediante autopreenchimento, sendo eles: Questionário de Caracterização do Avaliador (APÊNDICE P), Questionário de Práticas Educativas (ALMEIDA et al., 2016a) (ANEXO A), Escala do *Design* da Simulação (ALMEIDA et al., 2015a) (ANEXO B), *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning* (ALMEIDA et al., 2015b) (ANEXO C) e Escala de Experiência com o *Debriefing* (ALMEIDA et al., 2016b) (ANEXO D). O tempo estimado para a autoaplicação dos instrumentos foi de 30 minutos. Para utilização dos instrumentos, foi obtido o consentimento dos autores responsáveis (ANEXO E).

4.3.9.1 Caracterização do avaliador

O questionário de caracterização foi um instrumento desenvolvido exclusivamente para o estudo e composto por 13 itens de autopreenchimento. Os itens do instrumento foram definidos: nome do participante (iniciais), idade (em anos), gênero (feminino, masculino, prefiro não dizer), cor ou raça (branca, preta, amarela, parda e indígena), estado conjugal (com ou sem companheiro), localização geográfica (cidade/estado), formação acadêmica (curso de graduação), nível de escolaridade (graduação em andamento, graduação concluída, pós-graduação em andamento, pós-graduação concluída, residência), tempo de experiência profissional (em anos), acesso à Internet para a realização dos seus estudos durante o curso (sim ou não), dificuldades de conexão Internet durante telessimulação (sim ou não), contato prévio com a temática de simulação clínica (sim ou não) e contato prévio com a temática de posvenção (sim ou não).

4.3.9.2 Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*

A escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning* é uma escala

desenvolvida pela *National League for Nursing* e validada para o contexto brasileiro por Almeida et al. (2015b). A escala é composta por 13 itens subdivididos em duas dimensões. Por meio dessa escala é possível realizar a avaliação da satisfação com a aprendizagem e da autoconfiança obtidas por meio do desenvolvimento da simulação de alta fidelidade. A primeira dimensão da escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning* é intitulada de “Satisfação com a aprendizagem atual” sendo composta por cinco itens, enquanto a segunda dimensão “A autoconfiança na aprendizagem” apresenta oito itens.

Cada item da escala apresenta uma afirmação que deve ser respondida individualmente por meio de uma subescala de concordância. Para cada um dos itens das dimensões, os escores obtidos nas respostas variaram entre os valores de 1 a 5. Para isso, é utilizado um sistema de classificação que segue o padrão de respostas do tipo *Likert* de cinco pontos: discordo fortemente (1), discordo (2), indeciso - nem concordo e nem discordo (3), concordo (4) e concordo fortemente (5). Na primeira dimensão, o escore mínimo possível a ser obtido nas respostas é de 5 e o máximo de 25 e na segunda dimensão o escore mínimo possível é 8 e o máximo de 40.

Em relação à interpretação dos dados obtidos na escala, não existe uma preconização para as análises estatísticas a serem realizadas, entretanto, os autores recomendam que a escala seja analisada em suas dimensões (constructos). No estudo de validação da escala para a língua portuguesa, a consistência interna obtida por meio do teste *alpha* de *Cronbach* resultou em 0,86 para a dimensão de satisfação, 0,77 para a dimensão de autoconfiança e 0,84 para a escala geral. A aplicação do instrumento foi realizada mediante autorização do autor responsável (ANEXO E).

4.3.9.3 Escala do *Design* da Simulação

A escala do *Design* da Simulação foi desenvolvida pela *National League for Nursing* e validada para a língua portuguesa por Almeida et al. (2015a). Composta por 20 itens subdivididos em cinco fatores, a escala tem como objetivo avaliar o design da construção de um cenário de simulação de alta fidelidade em relação aos elementos implementados na atividade simulada. O primeiro fator da escala é intitulado de “Objetivos e Informações”, composto por cinco itens; o segundo fator é o de “Apoio”, composto por quatro itens; o terceiro fator é o de “Resolução de Problemas”, composto por cinco itens; o quarto fator é o de “Feedback/Reflexão”, composto por quatro itens e o quinto fator o de “Realismo”, composto por dois itens.

Cada item da escala apresenta uma afirmação que deve ser respondida individualmente por meio de duas subescalas, sendo a de concordância (grau de concordância atribuído a cada

afirmação dos fatores) e a de importância (avaliação de cada item com base em quão importante este é para o respondente). Para cada um dos itens, os escores obtidos nas respostas variaram entre os valores de 1 a 5, em ambas as subescalas. Para isso, é utilizado um sistema de classificação que segue o padrão de respostas do tipo *Likert* de cinco pontos para a concordância: discordo totalmente (1), discordo (2), indeciso - nem concordo e nem discordo (3), concordo (4) e concordo totalmente (5); e para a importância: não é importante (1); um pouco importante (2); neutro (3); importante (4) e muito importante (5). Em relação à variação mínima e máxima dos escores possíveis de serem obtidos em cada resposta dos itens, tem-se que, respectivamente: no primeiro fator os valores vão de cinco a 25; no segundo fator de quatro a 20; no terceiro fator de cinco a 25; no quarto fator de quatro a 20 e no quinto fator de dois a 10.

De acordo com os autores da escala, não existe uma preconização para as análises estatísticas a serem realizadas, entretanto, recomenda-se que a análise seja proposta de acordo com os fatores do instrumento (constructos). Dessa forma, é possível compreender o quanto os pesquisados percebem cada item e a partir disso traçar seu grau de relevância (importância), o qual se relaciona com a observação frente a possibilidades de melhorias no cenário e se são coerentes com os fatores avaliados. No estudo de validação da escala para a língua portuguesa, a consistência interna geral da escala obtida por meio do teste *alpha* de *Cronbach* foi de 0,93 para a subescala de concordância e 0,94 para a subescala de importância. A aplicação do instrumento foi realizada mediante autorização do autor responsável (ANEXO E).

4.3.9.4 Escala de Experiência com o *Debriefing*

A Escala de Experiência com o *Debriefing* foi desenvolvida por *Reed* e validada para o contexto brasileiro por Almeida et al. (2016b). O objetivo da escala é mensurar a experiência do aluno a partir da vivência do *debriefing*, na simulação de alta fidelidade. A escala é composta por 20 itens subdivididos em quatro fatores. O primeiro fator da escala é intitulado de “Analisando os Pensamentos e Sentimentos”, composto por quatro itens; o segundo fator é o de “Aprendendo e Fazendo Conexões”, composto por oito itens; o terceiro fator é o de “Habilidade do Professor em Conduzir o *Debriefing*”, composto por cinco itens e o quarto fator é o de “Orientação Adequada do Professor”, composto por três itens.

Os itens da escala apresentam uma afirmação que deve ser respondida individualmente por meio de duas subescalas, sendo a de concordância (grau de concordância atribuído a cada afirmação dos fatores) e a de importância (avaliação de cada item com base em quão importante este é para o respondente). Para cada um dos itens, os escores obtidos nas respostas variaram entre os valores de 1 a 5, em ambas as subescalas. Para isso, é utilizado um sistema de

classificação que segue o padrão de respostas do tipo *Likert* de cinco pontos para a concordância: discordo totalmente (1), discordo (2), indeciso - nem concordo e nem discordo (3), concordo (4) e concordo totalmente (5); e para a importância: não é importante (1); um pouco importante (2); neutro (3); importante (4) e muito importante (5). Em relação à variação mínima e máxima dos escores possíveis de serem obtidos em cada resposta dos itens, tem-se que, respectivamente: no primeiro fator os valores vão de quatro a 20; no segundo fator de oito a 40; no terceiro fator de cinco a 25; no quarto fator de três a 15.

Os autores da validação não preconizaram análises estatísticas a serem realizadas com os resultados obtidos nessa escala, entretanto, recomenda-se que a análise seja proposta de acordo com os fatores do instrumento (constructos). Assim, também se prevê a compreensão em relação a cada item e ao seu grau de relevância (importância), para possíveis melhorias no cenário e a coerência em relação aos fatores. No estudo de validação da escala para a língua portuguesa, a consistência interna geral da escala obtida por meio do teste *alpha* de *Cronbach* foi de 0,94 para a subescala de concordância e 0,96 para a subescala de importância. A aplicação do instrumento foi realizada mediante autorização do autor responsável (ANEXO E).

4.3.9.5 Questionário de Práticas Educativas

O Questionário de Práticas Educativas (*Educational Practices Questionnaire*) foi desenvolvido pela *National League for Nursing* e validado para a língua portuguesa por Almeida et al. (2016a). O questionário visa a mensurar a percepção de participantes de uma simulação de alta fidelidade, de acordo com a prática educativa vivenciada. O instrumento é composto por 16 itens subdivididos em quatro fatores. O primeiro fator do instrumento é intitulado de “Aprendizagem Ativa”, composto por dez itens; o segundo fator é o de “Colaboração”, composto por dois itens; o terceiro fator é o de “Maneiras Diferentes de Aprendizagem”, composto por dois itens e o quarto fator é o de “Altas Expectativas”, composto por dois itens.

Os itens que compõem a escala apresentam uma afirmação que deve ser respondida individualmente por meio de duas subescalas, sendo a de concordância (grau de concordância atribuído a cada afirmação dos fatores) e a de importância (avaliação de cada item com base em quão importante este é para o respondente). Para cada um dos itens, os escores obtidos nas respostas variaram entre os valores de 1 a 5, em ambas as subescalas. Para isso, é utilizado um sistema de classificação que segue o padrão de respostas do tipo *Likert* de cinco pontos para a concordância: discordo totalmente (1), discordo (2), indeciso - nem concordo e nem discordo (3), concordo (4) e concordo totalmente (5); e para a importância: não é importante (1); um pouco importante (2); neutro (3); importante (4) e muito importante (5). Em relação à variação

mínima e máxima dos escores possíveis de serem obtidos em cada resposta dos itens, tem-se que, respectivamente: no primeiro fator os valores vão de dez a 50; no segundo fator de dois a 10; no terceiro fator de dois a 10 e no quarto fator de dois a 10.

Assim como os demais instrumentos utilizados na pesquisa, os autores da validação não preconizaram análises estatísticas a serem realizadas com os resultados obtidos nesse instrumento, entretanto, recomenda-se que a análise seja proposta de acordo com os fatores do instrumento (constructos). Dessa forma, espera-se que os resultados proporcionem maior compreensão sobre os itens do instrumento e ao seu grau de relevância (importância), com foco em possíveis melhorias no cenário e na coerência em relação aos fatores. No estudo de validação da escala para a língua portuguesa, a consistência interna obtida por meio do teste *alpha* de *Cronbach* foi de 0,90 para o instrumento, e de 0,86 para a aprendizagem ativa, 0,87 para colaboração, 0,77 para maneiras diferentes de aprendizagem e 0,70 para altas expectativas. A aplicação do instrumento foi realizada mediante autorização do autor responsável (ANEXO E).

Em conformidade com os preceitos éticos relacionados ao desenvolvimento de pesquisas virtuais, nenhuma das perguntas do formulário apresentou resposta obrigatória. Durante a coleta dos dados, a comissão organizadora disponibilizou um formulário eletrônico e um contato de *e-mail* para que os participantes pudessem enviar possíveis dúvidas sobre a participação na pesquisa, sendo sinalizado que não seriam respondidas questões que pudessem interferir nas respostas da avaliação. Ao final do tempo indicado, o formulário virtual da pesquisa foi encerrado, e novas respostas não foram aceitas. Durante todo o processo da coleta de dados, as facilitadoras da atividade acompanharam simultaneamente o envio das respostas dos participantes via ferramenta *SurveyMonkey*.

4.3.10 Tratamento e análise de dados da etapa de avaliação do cenário

Os dados obtidos no questionário sociodemográfico e avaliações dos participantes dos cenários por meio dos instrumentos propostos para a pesquisa foram organizados em forma de planilha com o uso do programa *Microsoft Excel 10*. Foi realizada a dupla digitação e cruzamento da primeira e segunda digitação para correção de erros, análise da consistência e veracidade das informações transcritas. Posteriormente, os dados foram processados e analisados pelo *software* estatístico R. Os dados obtidos foram submetidos à análise descritiva, análise de multicolinearidade (VIF) e análise inferencial, em que foram delineados os modelos de regressão. O nível de significância adotado foi de 95% ($\alpha = 0,005$) (POLIT; BECK, 2019).

4.3.11 Análise de multicolinearidade e o Fator de Inflação da Variância (VIF)

A multicolinearidade se define pela existência de um alto grau de correlação entre variáveis independentes (FREUND; WILSON; SA, 2006; SALVIAN, 2016). A seleção das variáveis para composição da matriz de correlação pode indicar a dependência linear existente entre um par de variáveis, fator esse que resulta na multicolinearidade. Esse problema provoca um aumento exagerado da variância das estimativas do modelo (ou seja, o erro-padrão), sendo comumente realizada a remoção de uma das variáveis causadoras do problema. Portanto, a análise de multicolinearidade identifica variáveis independentes que entram no modelo por estarem relacionadas entre si, e não necessariamente com o desfecho.

O Fator de Inflação da Variância (VIF) se estabelece como um dos métodos utilizados para verificação da existência de multicolinearidade, de modo a evitar que estimativas duvidosas sejam realizadas, as quais podem prosseguir para os testes de regressão (SALVIAN, 2016). De acordo com a literatura científica, denominam-se fatores de inflação de variância os elementos condicionados na matriz que se encontram na diagonal, de modo que configuram o aumento da variância em razão da ocorrência da multicolinearidade (MONTGOMERY; PECK; VINING, 2006; SALVIAN, 2016). A literatura científica diverge sobre os valores apontados para VIF, entretanto, compreende-se que valores mais elevados indicam severidade na multicolinearidade existente. Para o presente estudo, o valor 5 foi considerado como o limite para o fator de inflação da variância (KIM, 2019; KUNTER; NACHTSHEIM; NETER, 2004; VATCHEVA et al., 2016).

A seguir, destaca-se a matriz das variáveis dependentes e independentes elaborada pela autora da pesquisa (Quadro 3). Nas linhas são apresentadas as variáveis independentes, enquanto nas colunas são destacadas as variáveis dependentes (desfechos). Os valores iguais a 1 indicam que a variável independente foi utilizada para o correspondente desfecho da coluna e 0 em caso contrário. Na análise, para todos os fatores e dimensões dos instrumentos foram considerados os resultados obtidos nas subescalas de concordância.

Quadro 3 - Matriz de seleção das variáveis dependentes e independentes do estudo para delineamento dos modelos de regressão

Variáveis independentes	Variáveis dependentes					
	DSAA	DATP	ESSSL	FAPA	FAFC	FRP
Idade	1	1	1	1	1	1
Gênero	1	1	1	1	1	1

Continua

Conclusão

Variáveis independentes	Variáveis dependentes					
	DSAA	DATP	ESSSL	FAPA	FAFC	FRP
Formação Acadêmica	1	1	1	1	1	1
Escolaridade	1	1	1	1	1	1
Experiência Profissional	1	1	1	1	1	1
Experiência Graduação	1	1	1	1	1	1
Acesso à Internet	1	1	1	1	1	1
Qualidade acesso à Internet	1	1	1	1	1	1
Dificuldade conexão Internet	1	1	1	1	1	1
Contato prévio simulação de alta fidelidade	1	1	1	1	1	1
Contato prévio posvenção	1	1	1	1	1	1
Fator objetivos e informações	1	1	1	1	1	0
Fator <i>feedback</i> /reflexão	1	1	1	1	1	0
Fator realismo	1	1	1	1	1	0
Fator aprendizagem ativa	1	1	1	0	0	0
Fator altas expectativas	1	1	1	0	0	0
Fator orientação apropriada do professor	1	1	1	1	0	0

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** **DSAA:** Dimensão satisfação com a aprendizagem atual; **DATP:** Dimensão a autoconfiança na aprendizagem; **ESSSL:** Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*; **FAPA:** Fator aprendizagem ativa; **FAFC:** Fator aprendendo e fazendo conexões; **FRP:** Fator resolução de problemas; **Formação acadêmica outros:** Enfermagem, Terapia Ocupacional, Farmácia, Medicina.

Após a seleção das variáveis na matriz, foi realizada a análise de multicolinearidade pelo Fator de Inflação da Variância. Na matriz de resultados (Quadro 4), é possível observar que para a dimensão “Satisfação com a aprendizagem atual” (DSAA) foi identificada a multicolinearidade na variável independente “Dificuldade conexão Internet”, a partir do valor de $VIF > 5$. Ao considerar o problema estatístico identificado, optou-se pela exclusão do item “Qualidade acesso à Internet”, responsável pela multicolinearidade nesse caso.

Quadro 4 - Resultados obtidos na análise de multicolinearidade pelo Fator de Inflação da Variância

Variáveis independentes	Variáveis dependentes					
	DSAA	DATP	ESSSL	FAPA	FAFC	FRP
Idade	2,26	1,85	1,68	1,92	1,92	1,86
Gênero masculino	1,19	1,17	1,18	1,17	1,12	1,08
Formação acadêmica outros*	1,69	1,36	1,43	1,49	1,49	1,46
Formação acadêmica Psicologia	1,94	1,65	1,81	1,77	1,75	1,62
Escolaridade graduação incompleta	2,10	1,87	1,89	1,74	1,72	1,67
Escolaridade pós-graduação	1,61	1,61	1,61	1,51	1,48	1,46
Qualidade acesso à Internet	4,89	1,47	-	3,05	3,03	2,70
Dificuldade conexão Internet	6,90	-	2,07	3,92	3,92	2,80
Contato prévio simulação de alta fidelidade	1,58	1,34	1,33	1,33	1,33	1,31
Contato prévio posvenção	1,68	1,35	1,49	1,47	1,42	1,33
Fator objetivos e informações	2,12	2,09	2,11	2,04	2,03	-
Fator <i>feedback</i> /reflexão	3,73	3,60	3,70	2,51	2,25	-
Fator realismo	1,90	1,51	1,62	1,41	1,34	-
Fator altas expectativas	3,19	2,49	3,05	-	-	-
Fator aprendizagem ativa	1,70	1,69	1,68	-	-	-
Fator orientação apropriada do professor	1,59	1,59	1,58	1,56	-	-

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** **DSAA:** Dimensão satisfação com a aprendizagem atual; **DATP:** Dimensão a autoconfiança na aprendizagem; **ESSSL:** Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*; **FAPA:** Fator aprendizagem ativa; **FAFC:** Fator aprendendo e fazendo conexões; **FRP:** Fator resolução de problemas; **Formação acadêmica outros:** Enfermagem, Terapia Ocupacional, Farmácia, Medicina.

4.3.12 Modelos de regressão

Após obter os resultados referentes à multicolinearidade, os modelos de regressão do estudo foram delineados. Na análise estatística, os modelos de regressão são desenvolvidos para

que comportamentos relacionados à associação entre variáveis possam ser previstos, especialmente em casos em que exista uma boa correlação presente.

O modelo utilizado, denominado *Generalized Additive Models for Location, Scale and Shape* (GAMLSS), se estabelece como uma classe semiparamétrica, de modo que a distribuição da variável resposta deve ser paramétrica, ao passo que as variáveis independentes podem assumir formas não paramétricas (RIGBY; STASINOPOULOS, 2001; RIGBY; STASINOPOULOS, 2005). Nessa classe observa-se a presença ampla de distribuições, incluindo contínuas e discretas, assimétricas e/ou com caudas pesadas, as quais podem apresentar (ou não) heterogeneidade (parâmetros de escala e/ou forma se alteram de acordo com as variáveis independentes).

O modelo GAMLSS assume que as observações y_i para $i = 1, \dots, n$ com função densidade de probabilidade $f(y_i|\theta^i)$ condicional sobre θ^i onde $\theta^i = (\theta_{i1}, \dots, \theta_{ip})$ é um vetor de parâmetros de tamanho p , cada um relacionado com um conjunto de variáveis independentes. Junto a isso, também assume uma função de relação monótona, dada por $g(\cdot)$, que relaciona o k -ésimo parâmetro θ^k com as variáveis independentes do modelo.

Em muitas situações práticas são requeridos no máximo quatro parâmetros ($p = 4$), usualmente caracterizados pela posição ($\theta_1 = \mu$), escala ($\theta_2 = \sigma$), assimetria ($\theta_3 = \nu$) e curtose ($\theta_4 = \tau$). Enquanto os dois primeiros parâmetros populacionais, aqui denotados por μ e σ , são referidos na literatura por parâmetros de posição (ou locação) e escala, respectivamente, os dois últimos ν e τ são denominados parâmetros de forma. Com isso, temos o modelo (Figura 2), onde μ, σ, ν, τ e x_{jk} para $j = 1, \dots, J_k$ e $k = 1, 2, 3, 4$ são vetores de comprimento n , $\beta^k = (\beta_{1k}, \dots, \beta_{J'_k k})$ é um vetor de parâmetros de tamanho J'_k , X_k é a matriz de variáveis independentes fixas, conhecidas e de ordens $n \times J'_k$.

Figura 2 - Descrição do modelo de regressão

$$g_1(\theta_k) = \eta_k = X_k \beta_k$$

Fonte: RIGBY; STASINOPOULOS, 2001; RIGBY; STASINOPOULOS, 2005.

As funções $g(\cdot)$ são denominadas como função de ligação e estabelecem a ligação entre os parâmetros do modelo (μ, σ, ν e τ) com as variáveis independentes. Assim, o modelo estabelecido permite que cada parâmetro da distribuição seja modelado como uma função linear das variáveis independentes e/ou como funções de efeitos aleatórios.

Nessa construção, faz-se necessária a realização das escolhas da distribuição da variável resposta (adotada para o modelo) e a escolha das variáveis independentes (escolhidas para

definir o modelo para realização de ajuste dos dados). Para ambas as situações, é possível utilizar o *Akaike Information Criterion* (AIC) generalizado, uma medida para a avaliação da qualidade do ajuste dos modelos (VENABLES; RIPLEY, 2002). A generalização é proposta para permitir o uso de diferentes parâmetros de penalização (k). Os valores comumente adotados correspondem ao AIC com k igual a 2 (SAKAMOTO; ISHIGURO; KITAGAWA, 1986) e o critério de Informação Bayesiana (BIC, $k = \log(n)$ onde $n =$ número de observações (SAKAMOTO; ISHIGURO; KITAGAWA, 1986). Na seleção de variáveis independentes, sugere-se o uso de k igual a 4 (BASTIANI et al., 2018). No presente estudo, optou-se por utilizar o *Akaike Information Criterion* padrão (k igual a 2), na seleção das variáveis de desfecho.

Para avaliar a adequação do modelo ajustado, foi aplicado sobre os resíduos do ajuste o teste de Normalidade de Shapiro-Wilk (TORMAN; COSTER; RIBOLDI, 2012). A partir do modelo ajustado, foi calculado o aumento relativo (AR), dado por $AR = (\exp(jk) - 1) * 100$, expresso em percentual. Valores negativos indicam redução relativa da média. A realização das análises dos dados foi feita através do programa R (R CORE TEAM, 2021) versão 4.1.2. Para os testes realizados, o nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha = 0,05$), valor reconhecido como razoável na literatura científica sobre as aplicações estatísticas.

5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi conduzida conforme as orientações e preceitos éticos propostos pela Resolução CNS 466 de 12/2012. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP EERP/USP) pelo Parecer número 3.742.077 de 03 de dezembro de 2019, CAAE 19918019.8.0000.5393. Em janeiro de 2021, foi solicitada uma emenda do projeto ao CEP para o desenvolvimento da Etapa 3 de Avaliação do Cenário em formato virtual, a qual foi aprovada em 24 março de 2021 (ANEXO F).

Os participantes das etapas de validação e avaliação da pesquisa apresentaram idade superior a 18 anos completos. Toda a inserção no estudo ocorreu mediante a leitura e aceite dos respectivos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborados pelas pesquisadoras envolvidas. Em ambas as etapas, foram ressaltadas a todos os participantes a importância de se salvar uma via do TCLE em dispositivo próprio e a possibilidade de receber uma via do TCLE impressa pelos Correios, caso desejassem.

Durante todas as etapas de execução do projeto, foram mantidos o sigilo e o anonimato dos participantes, bem como os princípios de dignidade humana, autonomia, proteção, segurança, maximização dos benefícios e minimização de danos, respeito pelas pessoas, justiça

e beneficência. As sessões da telessimulação não foram gravadas ou fotografadas, com estabelecimento de contrato ético no início de cada sessão para frisar a importância do respeito e sigilo das informações junto aos participantes. Ainda de acordo com os preceitos éticos da Resolução CNS 466 de 12/2012, afirma-se que os resultados da pesquisa foram anexados na Plataforma Brasil (norma operacional 001/2013 3.3 c).

Os riscos da pesquisa se relacionaram a sentimentos de coerção e apreensão relacionados à natureza do processo avaliativo. Os riscos foram minimizados pelo esclarecimento sobre o anonimato e sigilo das informações pessoais e da avaliação, a liberdade em interromper a participação em caso de necessidade, sem que isso lhe acarrete dano pessoal e a não gravação dos encontros realizados.

Na avaliação do cenário durante a atividade simulada, em especial do *debriefing*, os participantes foram orientados a se sentirem à vontade frente à abordagem de seus sentimentos e participação, sendo um espaço para troca de aprendizados e promoção de saúde mental entre o grupo presente. A participação nas diversas etapas da pesquisa foi voluntária e sem fins lucrativos. A autora garantiu aos participantes o direito de se retirar da pesquisa a qualquer instante, não necessitando apresentar explicação ou justificativa prévia. Todas as questões da pesquisa não foram obrigatórias, tendo o participante o direito de não responder à(s) pergunta(s) do estudo.

Os benefícios da pesquisa envolveram a construção e validação de um cenário de simulação de alta fidelidade sobre posvenção, sendo uma proposta inovadora e única, com potencial de fortalecimento das práticas educativas voltadas para os cuidados e apoio junto a pessoas enlutadas por suicídio, prestados por estudantes e profissionais da área da saúde e educação. A formação de recursos humanos preparados para a atuação nessa temática pode subsidiar e fortalecer ações de promoção em saúde, em especial de promoção de saúde mental, em contextos em que as abordagens sobre suicídio, prevenção e posvenção são escassas e estigmatizadas. Foram preservados os princípios de dignidade humana, autonomia, proteção, segurança, maximização dos benefícios e minimização de danos, respeito pelas pessoas, justiça e beneficência.

6 RESULTADOS

6.1 Etapa 1: Construção do cenário de simulação de alta fidelidade sobre posvenção

A etapa inicial da pesquisa contemplou o primeiro objetivo específico do estudo, relacionado à construção do cenário de simulação de alta fidelidade sobre a posvenção. O cenário elaborado com base na literatura científica sobre as temáticas, foco do estudo, foi

intitulado de “Apoio inicial ao enlutado por suicídio (Posvenção)”. A seguir, está disponível, na íntegra, a versão validada do cenário simulado (Quadro 5).

Quadro 5 – Versão validada por juízes especialistas (n=10) do cenário de simulação clínica de alta fidelidade sobre a posvenção

<i>Título do cenário</i>
Apoio inicial ao enlutado por suicídio (posvenção)
<i>Objetivo geral</i>
Desenvolver ações de apoio inicial à pessoa enlutada por suicídio, durante uma visita domiciliar
<i>Público-alvo do cenário (participantes do cenário)</i>
Alunos de graduação da área da saúde (que tenham cursado disciplina relacionada à saúde mental/psiquiatria) e profissionais da área da saúde.
<i>Quantidade de pessoas necessárias para o desenvolvimento do cenário</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● Dois facilitadores da simulação (responsáveis por planejar, coordenar e desenvolver a atividade simulada); ● Dois participantes (público-alvo) que participarão da atividade simulada; ● Um paciente simulado (simulará a pessoa atendida no cenário); ● Observadores (demais participantes do público-alvo que acompanharão o desenvolvimento do cenário proposto de forma externa, na posição de observador(a) da simulação).
<i>Recursos físicos e materiais</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● Físicos: Laboratório de ensino ou de práticas educativas que simule uma sala de estar de uma casa (a depender do contexto regional), para realização de uma visita domiciliar. ● Materiais: Objetos comuns que compõem um ambiente doméstico (sala de estar) a depender do contexto regional, como: cadeiras, almofadas, rede de balanço, rádio ou televisão, copos, livros, canetas, objetos decorativos, entre outros.
<i>Materiais para estudo prévio dos participantes e observadores (disponibilizados pelos coordenadores do cenário, via e-mail, para a leitura prévia dos participantes e observadores)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● Leitura prévia da cartilha “Lidando com o Luto por Suicídio”. Acesso disponível em: https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-e-books/lidando-com-o-luto/ ● Material de apoio audiovisual sobre a temática de posvenção: Entrevista “Setembro é o mês de prevenção ao suicídio”, realizada pela Rádio Universidade de São Paulo (2018)

com a professora doutora Kelly Graziani Giacchero Vedana. Acesso disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/setembro-e-o-mes-de-prevencao-ao-suicidio/>

Tempo de duração estimado para cada uma das etapas do cenário

1. *Prebriefing* (15 minutos);
2. Simulação (20 minutos);
3. *Debriefing* (40 minutos).

Prebriefing (informações sobre contratos e condução da simulação)

1. Realizar a apresentação do ambiente para os participantes do cenário;
2. Discutir contratos sobre a segurança emocional: sigilo, anonimato, respeito e a importância da participação na discussão posterior à simulação.
3. Para esse caso simulado não estão previstas a passagem de plantão, a leitura de prontuário da usuária e a apresentação e/ou uso de prescrição medicamentosa.

Prebriefing (orientações básicas do caso simulado – poderão ser lidas, e nenhuma das informações deve ser omitida)

Essa será uma simulação com um paciente simulado.

Vocês são alunos/profissionais de saúde e estão em uma Unidade Básica de Saúde. Para a atividade de hoje, vocês foram requisitados pela equipe de saúde para realizar uma visita domiciliar a dona Marta, de 44 anos, que há 3 dias perdeu o filho Bruno, de 22 anos, por suicídio. Vocês têm aproximadamente 20 minutos para realizar o acolhimento inicial de dona Marta, visto que precisam retornar ao serviço de saúde para uma reunião de equipe que discutirá casos de usuários. Dessa forma, é preciso avaliar as necessidades iniciais da usuária e tomar as condutas imediatas necessárias.

Vocês devem se concentrar nas ações iniciais de acolhimento e apoio à usuária desse caso (importantes para o plano terapêutico individual). O suporte imediato de posvenção já foi realizado junto à usuária logo após a morte por suicídio, e haverá um acompanhamento subsequente da usuária pela Unidade de Saúde que não precisa ser planejado integralmente durante o cenário. O laboratório de simulação não sofrerá a intervenção de pessoas externas à atividade e será finalizado pelos facilitadores da simulação, quando ao menos uma pessoa da equipe de saúde for embora da casa da usuária ou ao final do tempo máximo de execução.

Questionamento para os participantes e observadores: Vocês têm alguma dúvida sobre as orientações e o preparo apresentados?

Instruções para o paciente simulado (o preparo deve ser realizado nos dias que antecedem a simulação)

Você será a dona Marta de 44 anos que perdeu o filho de 22 anos por suicídio há 3 dias. Durante a simulação, você deverá abordar alguns sentimentos, sensações e dificuldades vivenciados no período de luto, apresentados em formas de pistas, como, por exemplo:

Pistas que necessariamente você abordará no caso

- Dor insuportável e tristeza;
- Culpa: “Eu me sinto culpada pela morte dele” / “A culpada pela morte dele sou eu, deveria ter feito algo”;
- Raiva: “Ele não pensou em mim, não pensou que eu ficaria sozinha”;
- Vergonha: “Não quero mais sair de casa, as pessoas ficam comentando sobre mim”;
- Negação e questionamentos relacionados à morte;
- Tenho vontade de sumir, mas não tenho a intenção de provocar a minha morte;
- Dificuldade de realizar atividades diárias (autocuidado);
- As pessoas próximas não citam o nome do meu filho e não querem conversar sobre o que aconteceu.

Pistas que você abordará se tiver possibilidade/oportunidade

- Solidão e isolamento;
- Falta de escuta e atenção de outras pessoas;
- Pretendo vender minha casa e me mudar;
- Relatar que aniversário do filho seria no mês que vem (reações de aniversário): “Eu não vou aguentar passar essa data sem ele!”;
- Relatar que anos atrás viu algumas postagens do filho na *internet* sobre querer morrer, mas pensou ser uma brincadeira com amigos.

Observação: é necessário que o paciente simulado conheça o “*Exame Clínico Objetivo Estruturado*” (item a seguir) antes da encenação, para poder programar suas pistas de acordo com o que se espera do cenário.

Exame Clínico Objetivo Estruturado (ECOÉ)*

Para cada item a seguir, avalie se a ação realizada foi executada adequadamente, utilizando as opções de resposta SIM, PARCIALMENTE ou NÃO.

<i>Itens avaliados</i>	<i>Avaliação</i>
------------------------	------------------

ECOÉ* 1: Possibilitar espaços de fala e escuta à pessoa enlutada para o reconhecimento e expressão de seus sentimentos, experiências e necessidades, em seu ritmo e tempo.	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> parcialmente <input type="checkbox"/> não
ECOÉ* 2: Dialogar sobre especificidades do luto por suicídio que podem gerar sofrimento (<i>como, por exemplo: culpa, raiva, negação, questionamentos, solidão, falta de escuta, vergonha, dificuldade em abordar o ocorrido, reações de aniversário e explicações reducionistas sobre o suicídio</i>).	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> parcialmente <input type="checkbox"/> não
ECOÉ* 3: Encorajar a pessoa enlutada a expressar a necessidade de ajuda e a forma como deseja ser ajudada.	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> parcialmente <input type="checkbox"/> não
ECOÉ* 4: Identificar se a pessoa enlutada possui apoio e suporte para vivência do luto, como, por exemplo, rede(s) de apoio.	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> parcialmente <input type="checkbox"/> não
ECOÉ* 5: Orientar a pessoa enlutada a buscar lugares e pessoas que lhe façam sentir segura e protegida, fortalecendo essas relações de apoio, a fim de evitar o isolamento devido ao luto (<i>como, por exemplo, familiares, amigos, grupos, grupos de apoio, entre outros</i>).	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> parcialmente <input type="checkbox"/> não
ECOÉ* 6: Avaliar presença de comportamento suicida e/ou de comportamentos imitativos na pessoa enlutada.	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> parcialmente <input type="checkbox"/> não
ECOÉ* 7: Incentivar a pessoa enlutada para realizar o autocuidado e atividades do cotidiano, por meio da manutenção de uma rotina saudável que promova o bem-estar.	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> parcialmente <input type="checkbox"/> não
ECOÉ* 8: Orientar a pessoa enlutada a evitar tomar decisões impactantes ou drásticas, durante o período do luto.	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> parcialmente <input type="checkbox"/> não
ECOÉ* 9: Evitar dizer para a pessoa o que ela precisa fazer, falar ou como deve se sentir.	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> parcialmente <input type="checkbox"/> não
ECOÉ* 10: Desenvolver a escuta empática e sem julgamento, durante todo o apoio inicial, com a pessoa enlutada.	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> parcialmente <input type="checkbox"/> não

<p><i>Debriefing baseado no modelo “The Diamond”</i></p> <p><i>(etapa desenvolvida após o cenário por meio de três fases consecutivas)</i></p>
<p><i>Fase Descritiva (Evidenciar olhares sobre o que ocorreu no caso, sem julgamentos sobre a performance dos participantes durante a simulação)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● O que aconteceu durante a realização do apoio inicial à dona Marta? (Questão direcionada aos participantes e observadores do cenário).
<p><i>Fase Analítica (Evidenciar olhares sobre habilidades não técnicas envolvidas na simulação que foram importantes para os participantes)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Como se sentiram durante a realização do apoio inicial à dona Marta? Comentem. (Questão direcionada aos participantes e observadores do cenário). ● Como realizaram o apoio inicial à dona Marta? (Questão direcionada aos observadores). ● Como consideram o seu desempenho no trabalho em grupo, durante o apoio inicial à dona Marta? (Questão direcionada aos participantes do cenário). ● Quais ações positivas foram realizadas no apoio inicial à dona Marta? (Questão direcionada aos participantes e observadores do cenário).
<p><i>Fase Aplicativa (Evidenciar olhares sobre como os participantes poderão aplicar o conhecimento em sua prática clínica).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● O que fariam diferente durante uma nova vivência de apoio inicial a uma pessoa enlutada por suicídio? (Questão direcionada aos participantes do cenário). ● O que poderão levar dessa experiência, vivenciada na simulação sobre a posvenção, para a sua prática profissional? (Questão direcionada aos participantes e observadores do cenário).

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** *ECO: Exame Clínico Objetivo Estruturado.

6.2 Etapa 2: Validação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre posvenção

Os resultados apresentados a seguir se referem às análises estatísticas realizadas na etapa de validação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre posvenção por meio de juízes especialistas, contemplando o segundo objetivo específico do estudo. Para essa análise foram utilizados estatística descritiva, o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e o Teste de *Gwet First-order Agreement Coefficient* (AC1).

Participaram da pesquisa 10 juízes especialistas, sendo cinco (50,0%) da temática de simulação de alta fidelidade e cinco (50,0%) da temática de posvenção. Dos 10 juízes, 90,0% foram mulheres. A média de idade entre os juízes foi de 44,6 anos (mínima de 31, máxima de

58, mediana 43,5 e o desvio-padrão = 8,02). Com relação à localização geográfica, três (30,0%) eram da região Sudeste, três (30,0%) da região Sul, dois (20,0%) da região Nordeste e dois (20,0%) da região Centro-Oeste.

Os especialistas apresentaram graduação em Enfermagem (50,0%), Psicologia (40,0%) e Medicina (10,0%) e atuação profissional nas áreas da Docência (70,0%), Psicologia Clínica (20,0%) e Medicina com ênfase em Psiquiatria (10,0%). A média de anos de atuação desses profissionais foi de 19,5 anos (mínima de 10 anos, máxima de 30 anos, mediana 20 e o desvio-padrão = 7,1).

As análises estatísticas do IVC e AC1 foram propostas considerando as escalas de avaliação de três pontos, adequado, regular e inadequado. Na Tabela 1, o IVC é descrito a partir da opção SIM (adequado e regular) e NÃO (inadequado). Entre os juízes especialistas, o cenário atingiu o IVC igual ou superior a 0,80, em todos os itens avaliados (Tabela 1).

Tabela 1 - Aceitação e concordância dos itens do cenário de simulação de alta fidelidade sobre o apoio à pessoa enlutada por suicídio (posvenção)

Item	Adequado/Regular		IVC
	Sim N (%)	Não N (%)	
Título	10 (100)	-	1,00
Objetivo	10 (100)	-	1,00
Público-alvo	9 (90)	1 (10)	0,90
Número participantes	9 (90)	1 (10)	0,90
Recursos físicos e materiais	9 (90)	1 (10)	0,90
Estudo prévio	9 (90)	1 (10)	0,90
Tempo de duração	10 (100)	-	1,00
<i>Prebriefing</i> (contratos e condução)	10 (100)	-	1,00
<i>Prebriefing</i> (orientações)	10 (100)	-	1,00
Instruções para o encenador	10 (100)	-	1,00

Continua

Item	Adequado/Regular		IVC
	Sim	Não	
	N (%)	N (%)	
Exame Clínico Objetivo Estruturado (ECOIE)	10 (100)	-	1,00
ECOIE 1: Possibilitar espaços de fala e escuta à pessoa enlutada para o reconhecimento e expressão de seus sentimentos, experiências e necessidades, em seu ritmo e tempo.	10 (100)	-	1,00
ECOIE 2: Dialogar sobre especificidades do luto por suicídio que podem gerar sofrimento, como por exemplo, culpa, raiva, negação, questionamentos, solidão, falta de escuta, vergonha, dificuldade em abordar o ocorrido, reações de aniversário e explicações reducionistas sobre o suicídio.	9 (90)	1 (10)	0,90
ECOIE 3: Encorajar a pessoa enlutada a expressar a necessidade de ajuda e a forma como deseja ser ajudada.	10 (100)	-	1,00
ECOIE 4: Identificar se a pessoa enlutada possui apoio e suporte para vivência do luto, como por exemplo, rede(s) de apoio.	10 (100)	-	1,00
ECOIE 5: Orientar a pessoa enlutada a buscar lugares e pessoas que lhe façam sentir segura e protegida, fortalecendo essas relações de apoio, a fim de evitar o isolamento devido ao luto (por exemplo, familiares, amigos, grupos, grupos de apoio, entre outros).	10 (100)	-	1,00
ECOIE 6: Avaliar presença de comportamento suicida e/ou de comportamentos imitativos na pessoa enlutada.	10 (100)	-	1,00
ECOIE 7: Incentivar a pessoa enlutada para realizar o autocuidado e atividades do cotidiano, por meio da manutenção de uma rotina saudável que promova o bem-estar.	10 (100)	-	1,00

Continua

Item	Adequado/Regular		Conclusão
	Sim	Não	IVC
	N (%)	N (%)	
ECOIE 8: Orientar a pessoa enlutada a evitar tomar decisões impactantes ou drásticas, durante o período do luto.	10 (100)	-	1,00
ECOIE 9: Evitar dizer para a pessoa o que ela precisa fazer, falar ou como deve se sentir.	10 (100)	-	1,00
ECOIE 10: Desenvolver a escuta empática e sem julgamento, durante todo o apoio inicial com a pessoa enlutada.	10 (100)	-	1,00
<i>Debriefing</i> – Fase Descritiva	10 (100)	-	1,00
<i>Debriefing</i> – Fase Analítica	10 (100)	-	1,00
<i>Debriefing</i> – Fase Aplicativa	10 (100)	-	1,00
Referências	10 (100)	-	1,00

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** *ECOIE: Exame Clínico Objetivo Estruturado.

Em relação à confiabilidade da concordância, o cenário apresentou valores significantes (AC1: 0,640; Intervalo de confiança: 0,515,;0,764; p-valor = <0,0001) na amostra total de juízes, assim como nos dois subgrupos classificados na área de *expertise*, ou seja, posvenção e a simulação de alta fidelidade (Tabela 2).

Tabela 2 - Confiabilidade da concordância da validação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre o apoio à pessoa enlutada por suicídio (posvenção)

	AC1*	DP**	IC***95%	P-valor
Geral	0,640	0,060	(0,515 - 0,764)	<0,0001
Posvenção	0,499	0,073	(0,347 - 0,65)	<0,0001
Simulação de alta fidelidade	0,743	0,071	(0,595 - 0,89)	<0,0001

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** *Valor estatístico: Teste de Gwet *First-order agreement coefficient* (AC1); **Desvio-padrão; ***Intervalo de Confiança.

6.3 Desenvolvimento do curso de formação para a posvenção

O curso de formação para a posvenção registrou o total de 69 participantes, sendo, respectivamente, 39 participantes na primeira edição e 30 participantes na segunda edição, o

que correspondeu ao número total de alunos que apresentaram participação efetiva às atividades propostas. As duas edições foram desenvolvidas em conformidade com o programa previamente proposto, e os participantes avaliaram positivamente a sua realização e os resultados obtidos (Quadro 6).

Quadro 6 - Síntese do relatório de desenvolvimento do curso “Formação para a posvenção: telessimulação para o apoio inicial a enlutados por suicídio”

Resultados/Edição	1º Edição	2º Edição
Vagas Oferecidas	70	70
Inscrições	176	81
Relação Candidato/Vaga	2,51	1,16
Participação Efetiva	69	43
Abandono do Curso	0	0
Alunos Aprovados (%)	39 (56,52%)	30 (69,77%)
Alunos Reprovados (%)	30 (43,48%)	13 (30,23%)
Comissão Organizadora	15 membros	14 membros
Carga Horária	20 horas	20 horas
Duração (semanas)	3,50 semanas	3,50 semanas
Faixa Etária	18 a 87 anos	19 a 60 anos

Fonte: Relatório da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão (2021)

6.3.1 Avaliação dos participantes sobre as atividades do curso

Em relação às duas edições do curso, 38 participantes (33,92%) avaliaram as atividades por meio de formulário eletrônico disponível no sistema Apolo USP. Na primeira edição, o total de respondentes foi de 24 (34,78%) participantes, enquanto na segunda edição o total foi de 14 (32,55%). A seguir, estão descritos detalhes da avaliação dos participantes das duas edições do curso (Tabela 3).

Tabela 3 - Síntese dos resultados da avaliação dos participantes no sistema Apolo das duas edições do curso de formação sobre a posvenção (n = 38)

Categorias Avaliadas	Número de participantes respondentes (%)					
	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	NA*
Conteúdo						
Acesso às informações necessárias sobre o curso	-	-	-	4 (10,52)	34 (89,48)	-
Adequação do conteúdo da disciplina à carga horária empregada	-	-	2 (5,26)	6 (15,78)	30 (78,96)	-
Adequação do material didático disponibilizado	-	-	-	5 (13,15)	33 (86,85)	-
Adequação da bibliografia indicada	-	-	-	6 (15,78)	32 (84,22)	-
Funcionalidade da Página Web do curso	-	-	1 (2,63)	2 (5,26)	13 (34,19)	22 (57,92)
Aparência da Página Web do curso	-	-	2 (5,26)	7 (18,41)	28 (73,70)	1 (2,63)
Avaliação						
Adequação dos instrumentos e procedimentos de avaliação da aprendizagem	-	-	-	5 (13,15)	33 (86,85)	-
Alinhamento do conteúdo cobrado nas avaliações corresponde ao programa do curso	-	-	-	3 (7,89)	35 (92,11)	-
Tempo disponível para resolução das avaliações	-	-	-	4 (10,52)	34 (89,48)	-

Continua

Conclusão

Categorias Avaliadas	Número de participantes respondentes (%)					
	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo	NA*
<i>Pessoal</i>						
Seu grau de conhecimento anterior para acompanhar a disciplina	1 (2,63)	1 (2,63)	7 (18,41)	14 (36,88)	15 (39,45)	-
Grau de dificuldade para o acompanhamento da disciplina	-	-	5 (13,15)	15 (39,45)	18 (47,40)	-
Seu nível de satisfação com a disciplina	-	-	1 (2,63)	3 (7,89)	34 (89,48)	-
<i>Atendimento do Pessoal de Apoio On-line</i>						
Cortês e atencioso	-	-	-	3 (7,89)	34 (89,48)	1 (2,63)
Eficiente e ágil	-	-	-	3 (7,89)	34 (89,48)	1 (2,63)
Disponibilidade de atendimento	-	-	-	3 (7,89)	34 (89,48)	1 (2,63)
Tempo de espera, tendo em vista os serviços solicitados	-	-	-	3 (7,89)	33 (86,85)	2 (5,26)
<i>Curso</i>						
A duração do curso foi adequada?	-	-	2 (5,26)	11 (28,93)	25 (65,81)	-
Houve boa continuidade e organização?	-	-	-	5 (13,15)	33 (86,85)	-
Qual seu nível de satisfação com o curso?	-	-	1 (2,63)	3 (7,89)	34 (89,48)	-

Fonte: Relatório da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão (2021). **Nota:** *NA: Nenhuma das alternativas.

Em relação à quantidade de horas semanais de estudo dedicadas ao curso, 24 participantes (63,15%) relataram dedicar de 0 a 4 horas, enquanto 14 participantes (36,84%)

mencionaram dedicar acima de 4 horas semanalmente aos estudos. Dentre as competências e habilidades adquiridas ou aprimoradas com o curso pelos participantes, 11 (28,94%) mencionaram raciocínio lógico, 25 (65,78%), resolução de problemas e tomada de decisão, 17 (44,73%), interpretação e análise de dados e informações, 34 (89,47%), conhecimentos teóricos para a área de atuação e 36 (94,73%), conhecimentos práticos para a área de atuação. Todos os respondentes do questionário de avaliação da primeira edição, 37 (97,36%), referiram que recomendariam o curso para outras pessoas.

6.3.2 Perguntas norteadoras

Durante as duas edições, foram obtidas 72 respostas na primeira questão norteadora e 64 respostas na segunda questão. Ao serem questionados sobre o interesse em relação à temática de posvenção, os participantes abordaram a necessidade de capacitação sobre a temática da posvenção, uma vez que é possível observar o aumento de casos de suicídio na sociedade e, conseqüentemente, o número de enlutados. Alguns participantes destacaram a importância de aproximação com a temática para abordagem da mesma, nos serviços de saúde em que atuam. Em contraponto, foi destacado por participantes que já vivenciaram experiências pessoais em relação ao luto por suicídio ou até mesmo no trabalho.

Além disso, os participantes elencaram que a posvenção trata-se de um tema novo, sendo esse o primeiro contato com a temática. A falta de treinamento e de formação sobre a posvenção nos cursos de graduação foi destacada, assim como a necessidade de atualização profissional e troca de experiências sobre a temática. Participantes ressaltaram o interesse de contribuir com a quebra de tabu e estigma em relação ao tema na sociedade, bem como esperam poder divulgar a temática em outros espaços. A telessimulação também foi destacada como uma proposta inovadora e uma opção para o ensino remoto. A possibilidade de formação para o auxílio dos enlutados por suicídio, a partir da compreensão de ferramentas e possibilidades de trabalho com os sobreviventes, foi ressaltada em diversas respostas.

Ao serem questionados sobre pontos que despertaram atenção durante os estudos, os participantes destacaram a possibilidade de discussão da temática, entre os diversos profissionais da área da saúde. A falta de estudos na área foi abordada, bem como a importância de se trabalhar a posvenção para o desenvolvimento de planos e políticas públicas, em serviços de saúde e nas Universidades. A insegurança em lidar com o luto, o estigma por parte de profissionais de saúde e a dificuldade de lidar com o comportamento suicida foram mencionados, entretanto, em contraponto, participantes destacaram a importância do acolhimento e a promoção da saúde, a curto, médio e longo prazo.

O curso foi mencionado como uma possibilidade de aprimoramento e capacitação profissional sobre a posvenção. A aproximação com o tema proporcionou conhecimentos e reflexões que podem ser trabalhados nos serviços de saúde em que os participantes atuam. O interesse pela telessimulação também foi ressaltado pelos participantes. A importância do autoconhecimento e do autocuidado relacionado à posvenção reforça a necessidade de se ter profissionais de saúde capacitados e preparados.

6.3.3 Checklist de Análise da Telessimulação

Membros da comissão organizadora avaliaram as ações desenvolvidas, durante a telessimulação, por meio do preenchimento do instrumento “Checklist de Análise da Telessimulação”. Os analisadores realizaram 10 observações sistematizadas e descritivas dos momentos de realização da telessimulação. Os resultados das análises estão descritos a seguir.

Tabela 4 - Respostas obtidas (n = 10) no Checklist de Análise da Telessimulação do “Momento 1: Abertura do encontro e orientações para telessimulação”

Itens avaliados	n* (%)		
	Sim	Não	Parcialmente
A abertura do encontro foi clara e explicativa?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
As facilitadoras da atividade foram apresentadas?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
As orientações iniciais sobre o desenvolvimento da atividade simulada foram apresentadas na abertura do encontro?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
As orientações foram apresentadas de forma clara e explicativa?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
Você teve dúvida em algum dos tópicos apresentados na orientação?	1 (10,0)	9 (90,0)	- (-)
Foi possível compreender que a atividade simulada tem como foco o processo formativo do participante?	10 (100,0)	- (-)	- (-)

Continua

Itens avaliados	n* (%)		
	Sim	Não	Parcialmente
Foi possível compreender a importância dos aspectos éticos relacionados à vivência da telessimulação (ex.: ambiente privativo, evitar gravações, uso do fone, etc.)?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
Você sentiu falta de alguma orientação que deveria ser realizada aos participantes nesse momento?	- (-)	10 (100,0)	- (-)
O tempo de duração desse momento seguiu com o tempo esperado/sugerido?	10 (100,0)	- (-)	- (-)

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** N*: Número total de participantes.

De acordo com as respostas obtidas, o desenvolvimento do cenário foi realizado com as informações apresentadas de forma objetiva e didática aos participantes. O uso de slides foi avaliado positivamente para a realização das explicações e orientações necessárias. Dentre outros aspectos, foi destacada a importância de se ressaltar, no primeiro momento, o caráter formativo da simulação, com ênfase às questões voltadas ao processo de ensino-aprendizagem. Um dos analisadores sugeriu ser necessário reforçar o fato de que o atendimento proposto será desenvolvido em dupla e não individualmente e que não serão utilizados prontuários durante a atividade. Em relação à duração do primeiro momento (Tabela 4), os analisadores elencaram que, em todas as atividades, o tempo proposto foi seguido, sem significativos atrasos.

Tabela 5 - Respostas obtidas (n = 10) no Checklist de Análise da Telessimulação do “Momento 2: Prebriefing”

Itens avaliados	n* (%)		
	Sim	Não	Parcialmente
O objetivo da telessimulação foi apresentado de forma clara?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
Foi realizada a apresentação do ambiente virtual simulada para os participantes do cenário, antes do início da atividade?	10 (100,0)	- (-)	- (-)

Continua

Itens avaliados	Conclusão		
	n* (%)		
	Sim	Não	Parcialmente
Foram discutidos contratos sobre a segurança emocional com os participantes (sigilo, anonimato, respeito e a importância da participação na discussão posterior à simulação)?	9 (90,0)	- (-)	1 (10,0)
No <i>briefing</i> , o caso foi apresentado de forma clara para os participantes?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
A utilização do slide para apresentação do caso simulado contribuiu para a compreensão das informações?	9 (90,0)	1 (10,0)	- (-)
Você ficou com alguma dúvida em relação ao caso simulado apresentado?	2 (20,0)	6 (60,0)	1 (10,0)
As participantes (profissionais da saúde) se dirigiram a outra sala do <i>Meet</i> para um breve preparo, antes da telessimulação?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
Os participantes da telessimulação apresentaram dúvidas, ao final da apresentação do <i>briefing</i> ?	6 (60,0)	4 (40,0)	- (-)
As mediadoras da atividade conseguiram responder às dúvidas pontuadas, ao final do <i>briefing</i> ?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
O tempo de duração desse momento seguiu com o tempo esperado/sugerido?	8 (80,0)	2 (20,0)	- (-)

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** N*: Número total de participantes.

Os analisadores mencionaram no segundo momento (Tabela 5) a importância de se reforçar a todos os participantes que durante a atividade é necessário o acompanhamento sem interrupção da simulação. Em uma das análises, foi relatada a necessidade de maior contextualização do caso em um dos dias de atividade, em orientações sobre onde os profissionais estariam, como eles tiveram conhecimento do caso, se a paciente já estaria à espera do profissional sabendo do atendimento. Em alguns dos encontros, foram mencionados atrasos no desenvolvimento da atividade devido a problemas técnicos de acesso às salas virtuais da telessimulação.

Tabela 6 - Respostas obtidas (n = 10) no Checklist de Análise da Telessimulação do “Momento 3: Atividade Simulada”

Itens avaliados	n* (%)		
	Sim	Não	Parcialmente
Os participantes observadores e a equipe organizadora do curso respeitaram as orientações de manter câmeras/microfones fechados durante a telessimulação?	8 (80,0)	- (-)	2 (20,0)
Os participantes da telessimulação (participantes que encenaram profissionais) apresentaram bom sinal de vídeo e áudio, durante a telessimulação?	8 (80,0)	- (-)	2 (20,0)
Ocorreu alguma interrupção, durante a telessimulação?	- (-)	10 (100,0)	- (-)

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** N*: Número total de participantes.

Os analisadores destacaram que a atividade simulada do momento três (Tabela 6) ocorreu no tempo previsto, entretanto, em um dos dias problemas técnicos foram vivenciados. Alguns desses analisadores também ressaltaram o cuidado em relação ao ambiente da telessimulação e que gradualmente a atividade foi desenvolvida sem interferências externas. Aspectos emocionais foram mencionados, como a atuação da paciente simulada na simulação. Dentre as questões técnicas, a necessidade de ajuste da câmera de uma das participantes foi elencada para a manutenção de uma conversa “cara-a-cara”, uma vez que a posição mantida poderia gerar desconfortos no caso de um atendimento real. Também foi observado que, durante a telessimulação, algumas pessoas se desconectaram da sala em que a atividade estava sendo desenvolvida.

Tabela 7 - Respostas obtidas (n = 10) no Checklist de Análise da Telessimulação do “Momento 4: Debriefing”

Itens avaliados	n* (%)		
	Sim	Não	Parcialmente
A maioria dos participantes ligou as câmeras e/ou áudio para se comunicar com as mediadoras durante o <i>debriefing</i> ?	5 (50,0)	1 (10,0)	4 (40,0)
A paciente simulada participou do <i>debriefing</i> ?	10 (100,0)	- (-)	- (-)

Continua

Itens avaliados	Conclusão		
	Sim	Não	Parcialmente
As participantes (que enceram as profissionais da saúde) participaram do <i>debriefing</i> ?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
Os participantes da telessimulação (todos) utilizaram o chat para interação durante o <i>debriefing</i> ?	- (-)	7 (70,0)	- (-)
Ocorreu alguma interrupção/intercorrência, durante o <i>debriefing</i> ?	1 (10,0)	9 (90,0)	- (-)
As mediadoras conseguiram atender às demandas (reflexões, dúvidas, apontamentos) que surgiram durante o <i>debriefing</i> ?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
O tempo de duração desse momento seguiu com o tempo esperado/sugerido?	2 (20,0)	8 (80,0)	- (-)

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** N*: Número total de participantes.

Em relação ao *debriefing* (Tabela 7), alguns analisadores perceberam uma participação ativa de todos os participantes presentes, sendo que a interação fluiu de forma acolhedora e reflexiva. Os participantes demonstraram gradualmente elevação no engajamento e na participação na discussão e expuseram questionamentos, sentimentos, vivências e sugestões. De modo geral, os analisadores não apontaram dificuldades no desenvolvimento desse momento, ressaltando comentários dos participantes tanto pelo uso do microfone, como pelo chat do *Google Meet*. O papel das facilitadoras da simulação também foi mencionado, especialmente pela possibilidade de instigar a reflexão através de perguntas direcionadoras e sintetizar as discussões realizadas. Os analisadores também destacaram que os participantes parabenizaram a comissão organizadora pelo desenvolvimento do curso, especialmente pela simulação realizada em formato virtual. O tempo de desenvolvimento foi extrapolado em alguns minutos, o que gerou atrasos para o momento da pesquisa, em alguns dos dias de atividade.

Tabela 8 - Respostas obtidas (n = 10) no Checklist de Análise da Telessimulação do “Momento 5: Pesquisa”

Itens avaliados	n* (%)		
	Sim	Não	Parcialmente
As explicações sobre o desenvolvimento da pesquisa foram realizadas de forma clara?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
Foi possível compreender a imagem apresentada pela mediadora sobre como responder ao formulário de pesquisa?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
Os espaços para envio de dúvidas foram apresentados aos participantes de forma clara?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
A informação de que o participante deveria retornar/ficar na sala do <i>Meet</i> para a finalização das atividades/avisos finais do encontro foi clara?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
O tempo de duração desse momento seguiu com o tempo esperado/sugerido?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
As explicações sobre o desenvolvimento da pesquisa foram realizadas de forma clara?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
Foi possível compreender a imagem apresentada pela mediadora sobre como responder ao formulário de pesquisa?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
Os espaços para envio de dúvidas foram apresentados aos participantes de forma clara?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
A informação de que o participante deveria retornar/ficar na sala do <i>Meet</i> para a finalização das atividades/avisos finais do encontro foi clara?	10 (100,0)	- (-)	- (-)
O tempo de duração desse momento seguiu com o tempo esperado/sugerido?	8 (80,0)	2 (20,0)	- (-)

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** N*: Número total de participantes.

Em relação ao momento da pesquisa (Tabela 8), os analisadores apresentaram breves comentários, elencando que a atividade foi apresentada de forma clara, entretanto, destacaram a importância de um tempo maior para o desenvolvimento do momento, uma vez que dúvidas mais pontuais poderiam surgir e ocupar o período de participação na pesquisa do participante. O uso do *e-mail* para dúvidas e de imagens para explicação do preenchimento da pesquisa foi elencado positivamente pelos analisadores. O tempo de desenvolvimento seguiu como o

esperado, mas alguns períodos foram sintetizados para a manutenção da hora de encerramento do encontro, como pode ser visto nas análises da Tabela 9.

Tabela 9 - Respostas obtidas (n = 10) no Checklist de Análise da Telessimulação sobre o desenvolvimento da atividade simulada

Itens avaliados	n* (%)	
	Sim	Não
Durante a atividade, você identificou alguma dificuldade/intercorrência quanto ao uso do <i>Google Meet</i> por parte dos participantes e/ou equipe organizadora?	2 (20,0)	8 (80,0)
Durante a atividade, você identificou alguma dificuldade/intercorrência quanto ao uso do <i>SurveyMonkey</i> (plataforma para a coleta da pesquisa) por parte dos participantes e/ou equipe organizadora?	1 (10,0)	9 (90,0)
Durante a atividade, você identificou alguma dificuldade/intercorrência quanto ao uso dos formulários (de presença e dúvidas de pesquisa) por parte dos participantes e/ou equipe organizadora?	- (-)	10 (100,0)
Durante atividade, você identificou alguma dificuldade/intercorrência durante o uso do chat do <i>Google Meet</i> ?	- (-)	10 (100,0)
Após o envio da lista de presença, os participantes se mantiveram na sala para os avisos finais do encontro?	10 (100,0)	- (-)
O tempo de duração de todo o encontro seguiu com o tempo esperado/sugerido (duração 2 horas)?	3 (30,0)	7 (70,0)

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** N*: Número total de participantes.

6.4 Etapa 3 - Avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade

6.4.1 Análise descritiva dos dados sociodemográficos dos participantes da avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre posvenção

Participaram da avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre a posvenção 60 participantes. As avaliações foram realizadas em quatro momentos, sendo esses desenvolvidos durante as duas edições do “Curso de Formação para a Posvenção: Telessimulação para o Apoio Inicial a Enlutados por Suicídio”. Durante a primeira edição, 34

participantes avaliaram o cenário (56,7%), enquanto na segunda edição, 26 participantes realizaram a avaliação (43,3%). A média de idade dos participantes foi de 32,8 anos (Desvio-padrão: 8,78; idade mínima: 19 anos; idade máxima: 56 anos). A seguir, destacam-se os resultados obtidos na análise descritiva dos dados sociodemográficos dos participantes (Tabela 10).

Tabela 10 - Dados sociodemográficos dos participantes (n = 60) da avaliação do cenário sobre a posvenção

Variáveis	Avaliações do Cenário sobre posvenção	
	Frequência (n)	Percentual (%)
<i>Gênero</i>		
Feminino	54	90,0
Masculino	6	10,0
<i>Cor</i>		
Branca	37	61,6
Preta	7	11,7
Parda	16	26,7
<i>Estado conjugal</i>		
Com companheiro(a)	32	53,3
Sem companheiro(a)	28	46,7
<i>Região do país</i>		
Sudeste	45	75,0
Nordeste	9	15,0
Centro-Oeste	3	5,0
Sul	3	5,0

Continua

Conclusão

Variáveis	Avaliações do cenário sobre posvenção	
	Frequência (n)	Percentual (%)
<i>Formação acadêmica</i>		
Psicologia	30	50,8
Enfermagem	22	37,3
Terapia Ocupacional	4	6,8
Outras	3	5,1
<i>Missing</i>	1	-
<i>Contato prévio com a temática de posvenção</i>		
Sim	30	50,8
Não	29	49,2
<i>Missing</i>	1	-
<i>Contato prévio com a temática de simulação de alta fidelidade</i>		
Sim	17	28,8
Não	42	71,2

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

No que diz a respeito à escolaridade dos participantes, 23 (39,0%) apresentaram pós-graduação concluída, 16 (27,1%) pós-graduação em andamento, 15 (25,4) graduação em andamento, 4 (6,8%) graduação concluída e 1 (1,7%) apresentou residência. A experiência profissional dos participantes apresentou média de 4,95 anos (Desvio-padrão: 6,54; idade mínima: 0 anos; idade máxima: 28 anos). Dentre os 15 participantes que apresentam graduação

em andamento, foi analisada a participação de alunos do primeiro ao sexto ano (Média: 3,60 anos; Desvio-padrão: 1,40).

Em relação ao curso, todos os participantes (100,0%) responderam ter acesso à Internet para desenvolver as atividades de formação. Durante o desenvolvimento da telessimulação, 51 (85,0%) participantes responderam não ter apresentado problemas de conexão da Internet, enquanto 09 (15,0%) disseram apresentar algum tipo de dificuldade de acesso.

6.4.2 Análise descritiva dos dados de avaliação do cenário de telessimulação sobre a posvenção

A seguir estão elencados os resultados obtidos nas análises descritivas das respostas dos participantes (n = 60) que vivenciaram a telessimulação e aceitaram participar da etapa de avaliação da pesquisa. As perguntas disponibilizadas, em todo o formulário de pesquisa, não apresentaram obrigatoriedade de resposta. Para a avaliação do cenário, quatro instrumentos de coleta foram utilizados, sendo: a Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*, a Escala do Design da Simulação, a Escala de Experiência com o *Debriefing* e o Questionário de Práticas Educativas.

6.4.2.1 Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*

A duas dimensões da Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*, intituladas de “Satisfação com a aprendizagem atual” e “A autoconfiança na aprendizagem” foram respondidas pelos participantes por meio da subescala de concordância (grau de concordância com as afirmações que compõem a subescala). Para cada um dos itens das dimensões os escores obtidos nas respostas variaram entre os valores de 1 a 5. Na primeira dimensão, escore mínimo possível para as respostas é de 5 e o máximo de 25, já na segunda dimensão o escore mínimo possível é de 8 e o máximo de 40.

A seguir, destacam-se os resultados obtidos nas análises da subescala de concordância das duas dimensões da *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning* na avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre a posvenção (Tabela 11).

Tabela 11 - Análise descritiva da subescala de concordância da Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*

Escore da Subescala	N*	Média	DP**	Mediana	Mínimo	Máximo
Concordância						
Satisfação com a aprendizagem atual	57	24,23	1,81	25	18	25
A autoconfiança na aprendizagem	57	35,58	3,18	36	28	40

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** *N: número; **DP: desvio-padrão.

Na Tabela 12, estão descritos os resultados obtidos na análise descritiva de cada um dos 13 itens que compõem as dimensões do instrumento. Para cada afirmação da escala, os participantes avaliaram os itens utilizando-se do sistema de classificação da concordância composto por: discordo fortemente, discordo, indeciso - nem concordo e nem discordo, concordo, e concordo fortemente. O número máximo de respondentes de um item foi de 57 participantes e o número mínimo de 56 participantes.

Tabela 12 - Análise descritiva das respostas dos participantes (n = 60) na *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*

Dimensões e Itens	n (%)				
	DF	D	IN	C	CF
Satisfação com a aprendizagem atual					
1. Os métodos de ensino utilizados nesta simulação foram úteis e eficazes	- (-)	- (-)	- (-)	4 (7,0)	53 (93,0)
2. A simulação forneceu-me uma variedade de materiais didáticos e atividades para promover a minha aprendizagem do currículo médico-cirúrgico	- (-)	- (-)	- (-)	5 (8,8)	52 (91,2)

Continua

Continuação

Dimensões e Itens	n (%)				
	DF	D	IN	C	CF
3. Eu gostei do modo como meu professor ensinou através da simulação	- (-)	- (-)	1 (1,8)	6 (10,5)	50 (87,7)
4. Os materiais didáticos utilizados nesta simulação foram motivadores e ajudaram-me a aprender	- (-)	1 (1,8)	1 (1,8)	4 (7,0)	51 (89,5)
5. A forma como o meu professor ensinou através da simulação foi adequada para a forma como eu aprendo	- (-)	1 (1,8)	1 (1,8)	8 (14,3)	46 (82,1)
<i>A autoconfiança na aprendizagem</i>					
6. Estou confiante de que domino o conteúdo da atividade de simulação que meu professor me apresentou	- (-)	1 (1,8)	1 (1,8)	28 (49,1)	27 (47,4)
7. Estou confiante que esta simulação incluiu o conteúdo necessário para o domínio do currículo médico-cirúrgico	- (-)	- (-)	4 (7,1)	13 (23,2)	39 (69,6)
8. Estou confiante de que estou desenvolvendo habilidades e obtendo os conhecimentos necessários, a partir desta simulação para executar os procedimentos necessários em um ambiente clínico	- (-)	- (-)	1 (1,8)	18 (31,6)	38 (66,7)
9. O meu professor utilizou recursos úteis para ensinar a simulação	- (-)	- (-)	1 (1,8)	9 (15,8)	47 (82,5)
10. É minha responsabilidade como aluno aprender o que eu preciso saber através da atividade de simulação	1 (1,8)	- (-)	5 (8,8)	21 (36,8)	30 (52,6)
11. Eu sei como obter ajuda quando eu não entender os conceitos abordados na simulação	- (-)	- (-)	- (-)	20 (35,1)	37 (64,9)

Continua

Dimensões e Itens	n (%)				
	DF	D	IN	C	CF
12. Eu sei como usar atividades de simulação para aprender habilidades	- (-)	- (-)	2 (3,5)	29 (50,9)	26 (45,6)
13. É responsabilidade do professor dizer-me o que eu preciso aprender na temática desenvolvida na simulação, durante a aula	1 (1,8)	3 (5,4)	18 (32,1)	20 (35,7)	14 (25,0)

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** DT: Discordo fortemente da afirmação; D: Discordo da afirmação; IN: Indeciso - nem concordo, nem discordo da afirmação; C: Concordo com a afirmação; CF: Concordo fortemente com a afirmação.

6.4.2.2 Escala do *Design* da Simulação

A Escala do *Design* da Simulação é formada por cinco fatores representados em 20 itens os quais são respondidos por meio de duas subescalas, sendo a de concordância (grau de concordância com as afirmações que compõem a subescala) e importância (grau de importância atribuído a essas afirmações). Em ambas as subescalas, os escores obtidos nas respostas de cada um dos itens dos fatores variaram entre os valores de 1 a 5. No primeiro fator, Objetivos e Informações, escore mínimo possível para as respostas é de 5 e o máximo de 25; no segundo fator, Apoio, o escore mínimo possível é de 4 e o máximo de 24; no terceiro fator, Resolução de Problemas, o escore mínimo possível é de 5 e o máximo de 25; no quarto fator, Feedback/Reflexão, o escore mínimo possível é de 4 e o máximo de 24; no quinto fator, Realismo, o escore mínimo possível é de 2 e o máximo de 10.

A seguir, destacam-se os resultados obtidos nas análises das subescalas de concordância e importância dos cinco fatores da Escala do *Design* da Simulação na avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre a posvenção (Tabela 13).

Tabela 13 - Análise descritiva das subescalas de concordância e importância da Escala do Design da Simulação

Escores das Subescalas	N*	Média	DP**	Mediana	Mínimo	Máximo
<i>Concordância</i>						
Objetivos e informações	56	23,04	3,03	24	10	25
Apoio	55	16,55	4,16	19	5	20
Resolução de problemas	56	21,89	3,89	23	9	25
<i>Feedback/Reflexão</i>	56	18,77	2,89	20	5	20
Realismo	56	9,68	0,81	10	6	10
<i>Importância</i>						
Objetivos e informações	56	23,70	2,07	25	17	25
Apoio	56	18,14	2,53	19,5	10	20
Resolução de problemas	56	22,82	2,84	24	13	25
<i>Feedback/Reflexão</i>	57	18,96	2,51	20	5	20
Realismo	58	9,52	1,27	10	4	10

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** *N: número; **DP: desvio-padrão.

Na Tabela 14, estão descritos os resultados obtidos na análise descritiva de cada um dos 20 itens que compõem os cinco fatores do instrumento. Para cada afirmação da escala, os participantes avaliaram os itens utilizando-se do sistema de classificação da concordância composto por: discordo totalmente, discordo, indeciso, concordo e concordo totalmente. O número máximo de respondentes de um item foi de 56 participantes e o número mínimo de 55 participantes.

Tabela 14 - Análise descritiva das respostas dos participantes (n = 60) na subescala de concordância da Escala do *Design* da Simulação

Fatores e Itens	n (%)				
	DT	D	IN	C	CT
<i>Objetivos e Informações</i>					
1. No início da simulação, foi fornecida informação suficiente para proporcionar orientação e incentivo	- (-)	- (-)	- (-)	9 (16,4)	46 (83,6)
2. Eu entendi claramente a finalidade e os objetivos da simulação	1 (1,8)	- (-)	1 (1,8)	8 (14,5)	45 (81,8)
3. A simulação forneceu informação suficiente, de forma clara, para eu resolver a situação-problema	1 (1,8)	- (-)	1 (1,8)	15(27,3)	38 (69,1)
4. Foi-me fornecida informação suficiente, durante a simulação	- (-)	2 (3,6)	- (-)	11 (20,0)	42 (76,4)
5. As pistas foram adequadas e direcionadas para promover a minha compreensão	- (-)	1 (1,9)	2 (3,7)	13 (24,1)	38 (70,4)
<i>Apoio</i>					
6. O apoio foi oferecido em tempo oportuno	- (-)	- (-)	1 (1,9)	16 (30,8)	35 (67,3)
7. A minha necessidade de ajuda foi reconhecida	- (-)	- (-)	3 (7,0)	15 (34,9)	25 (58,1)
8. Eu senti-me apoiado pelo professor, durante a simulação	- (-)	- (-)	1 (2,2)	11 (24,4)	33 (73,3)
9. Eu fui apoiado no processo de aprendizagem	- (-)	- (-)	1 (1,8)	11 (20,0)	43 (78,2)

Continua

Fatores e Itens	Conclusão				
	DT	D	IN	C	CT
<i>Resolução de Problemas</i>					
10. A resolução de problemas de forma autônoma foi facilitada	- (-)	1 (1,8)	3 (5,5)	13 (23,6)	38 (69,1)
11. Fui incentivado a explorar todas as possibilidades da simulação	- (-)	1 (2,0)	4 (7,8)	12 (23,5)	34 (66,7)
12. A simulação foi projetada para o meu nível específico de conhecimento e habilidades	- (-)	1 (1,9)	3 (5,7)	8 (15,1)	41 (77,4)
13. A simulação permitiu-me a oportunidade de priorizar as avaliações e os cuidados de enfermagem	- (-)	- (-)	1 (1,9)	16 (29,6)	37 (68,5)
14. A simulação proporcionou-me uma oportunidade de estabelecer objetivos para o meu paciente	- (-)	- (-)	5 (9,4)	14 (26,4)	34 (64,2)
<i>Feedback / Reflexão</i>					
15. O <i>feedback</i> fornecido foi construtivo	- (-)	- (-)	1 (1,9)	3 (5,6)	50 (92,6)
16. O <i>feedback</i> foi fornecido em tempo oportuno	- (-)	- (-)	1 (1,8)	8 (14,5)	46 (83,6)
17. A simulação permitiu-me analisar meu próprio comportamento e ações	- (-)	- (-)	2 (3,8)	7 (13,5)	43 (82,7)
18. Após a simulação, houve oportunidade para obter orientação/ <i>feedback</i> do professor, a fim de construir conhecimento para outro nível	- (-)	- (-)	2 (3,6)	4 (7,1)	50 (89,3)
<i>Realismo</i>					
19. O cenário se assemelhava a uma situação da vida real	- (-)	- (-)	1 (1,8)	6 (10,7)	49 (87,5)
20. Fatores, situações e variáveis da vida real foram incorporados ao cenário de simulação	- (-)	- (-)	2 (3,6)	6 (10,7)	48 (85,7)

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** DT: Discordo totalmente da afirmação; D: Discordo da afirmação; IN: Indeciso - nem concordo, nem discordo da afirmação; C: Concordo com a afirmação; CT: Concordo totalmente com a afirmação.

6.4.2.3 Escala de Experiência com o *Debriefing*

A Escala de Experiência com o *Debriefing* é formada por quatro fatores representados em 20 itens os quais são respondidos por meio de duas subescalas, sendo a de concordância (grau de concordância com as afirmações que compõem a subescala) e importância (grau de importância atribuído a essas afirmações). Em ambas as subescalas, os escores obtidos nas respostas de cada um dos itens dos fatores variaram entre os valores de 1 a 5. No primeiro fator, Analisando os Pensamentos e Sentimentos, o escore mínimo possível para as respostas é de 4 e o máximo de 20; no segundo fator, Aprendendo e Fazendo Conexões, o escore mínimo possível é de 8 e o máximo de 40; no terceiro fator, Habilidade do Professor em Conduzir o *Debriefing*, o escore mínimo possível é de 5 e o máximo de 25; no quarto fator, Orientação Apropriada do Professor, o escore mínimo possível é de 3 e o máximo de 15.

A seguir, destacam-se os resultados obtidos nas análises das subescalas de concordância e importância dos quatro fatores da Escala de Experiência com o *Debriefing* na avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre a posvenção (Tabela 15).

Tabela 15 - Análise descritiva das subescalas de concordância e importância da Escala de Experiência com o *Debriefing*

Escores das Subescalas	N*	Média	DP**	Mediana	Mínimo	Máximo
<i>Concordância</i>						
Analisando os pensamentos e sentimentos	56	17,68	2,59	19	11	20
Aprendendo e fazendo conexões	56	37,52	4,11	39,5	21	40
Habilidade do professor em conduzir o <i>debriefing</i>	56	22,73	3,22	25	12	25
Orientação apropriada do professor	56	14,27	1,31	15	9	15

Continua

Escores das Subescalas	N*	Média	DP**	Mediana	Mínimo	Máximo
<i>Importância</i>						
Analisando os pensamentos e sentimentos	57	18,54	2,71	20	3	20
Aprendendo e fazendo conexões	56	38,14	3,75	40	20	40
Habilidade do professor em conduzir o <i>debriefing</i>	55	23,42	2,18	25	16	25
Orientação apropriada do professor	57	14,05	2,02	15	5	15

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:***N: número; **DP: desvio-padrão.

Na Tabela 16, estão descritos os resultados obtidos na análise descritiva de cada um dos 20 itens que compõem os quatro fatores do instrumento. Para cada afirmação da escala, os participantes avaliaram os itens utilizando-se do sistema de classificação da concordância composto por: discordo totalmente, discordo, indeciso, concordo e concordo totalmente. O número máximo e mínimo de respondentes de um item foi de 56 participantes.

Tabela 16 - Análise descritiva das respostas dos participantes (n = 60) da subescala de concordância da Escala de Experiência com o *Debriefing*

Fatores e Itens	n (%)				
	DT	D	IN	C	CT
<i>Analisando os pensamentos e sentimentos</i>					
1. O <i>debriefing</i> me ajudou a analisar meus pensamentos	- (-)	- (-)	1 (1,8)	12 (21,4)	43 (76,8)

Continua

Continuação

Fatores e Itens	n (%)				
	DT	D	IN	C	CT
2. O facilitador reforçou aspectos do comportamento da equipe de saúde	- (-)	- (-)	2 (3,6)	10 (17,9)	44 (78,6)
3. O ambiente de <i>debriefing</i> foi fisicamente confortável	- (-)	1 (2,0)	1 (2,0)	9 (18,0)	39 (78,0)
4. Sentimentos incorretos foram resolvidos através do <i>debriefing</i>	- (-)	1 (2,0)	5 (10,0)	15 (30,0)	29 (58,0)
<i>Aprendendo e fazendo conexões</i>					
5. O <i>debriefing</i> ajudou-me a fazer conexões na minha aprendizagem	- (-)	- (-)	1 (1,8)	7 (12,5)	48 (85,7)
6. O <i>debriefing</i> foi útil para processar a experiência de simulação	- (-)	- (-)	- (-)	8 (14,3)	48 (85,7)
7. O <i>debriefing</i> proporcionou-me oportunidades de aprendizagem	- (-)	- (-)	- (-)	9 (16,1)	47 (83,9)
8. O <i>debriefing</i> ajudou-me a encontrar um significado na simulação	- (-)	- (-)	1 (1,9)	10 (18,5)	43 (79,6)
9. As minhas dúvidas da simulação foram respondidas pelo <i>debriefing</i>	- (-)	1 (1,9)	- (-)	10 (19,2)	41 (78,8)
10. Tornei-me mais consciente de mim mesmo durante a sessão de <i>debriefing</i>	- (-)	- (-)	1 (1,9)	15 (28,8)	36 (69,2)
11. O <i>debriefing</i> ajudou-me a esclarecer problemas	- (-)	- (-)	1 (1,8)	15 (26,8)	40 (71,4)
12. O <i>debriefing</i> ajudou-me a fazer conexões entre teoria e situações da vida real	- (-)	- (-)	- (-)	4 (7,1)	52 (92,9)

Continua

Fatores e Itens	Conclusão				
	DT	D	IN	C	CT
<i>Habilidade do professor em conduzir o debriefing</i>					
13. O professor permitiu-me tempo suficiente para verbalizar meus sentimentos, antes dos comentários	- (-)	1 (1,9)	2 (3,9)	6 (11,8)	42 (82,4)
14. Na sessão de <i>debriefing</i> , o professor fez os esclarecimentos corretos	- (-)	- (-)	1 (1,8)	8 (14,3)	47 (83,9)
15. O <i>debriefing</i> forneceu um meio para eu refletir sobre minhas ações, durante a simulação	- (-)	- (-)	1 (1,9)	8 (15,4)	43 (82,7)
16. Eu tive tempo suficiente para esclarecer meus questionamentos.	- (-)	1 (1,9)	3 (5,7)	13 (24,5)	36 (67,9)
17. Na sessão de <i>debriefing</i> , o professor foi um especialista na temática desenvolvida na simulação	- (-)	- (-)	1 (1,8)	5 (9,1)	49 (89,1)
<i>Orientação apropriada do professor</i>					
18. O professor ensinou a quantidade certa durante a sessão de <i>debriefing</i>	- (-)	- (-)	2 (3,6)	13 (23,6)	40 (72,7)
19. O professor realizou uma avaliação construtiva da simulação durante o <i>debriefing</i>	- (-)	- (-)	- (-)	9 (16,1)	47 (83,9)
20. O professor forneceu orientação adequada durante o <i>debriefing</i>	- (-)	- (-)	- (-)	5 (9,1)	50 (90,9)

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** DT: Discordo totalmente da afirmação; D: Discordo da afirmação; IN: Indeciso - nem concordo, nem discordo da afirmação; C: Concordo com a afirmação; CT: Concordo totalmente com a afirmação.

6.4.2.4 Questionário de Práticas Educativas

O Questionário de Práticas Educativas é formado por quatro fatores representados em 16 itens os quais são respondidos por meio de duas subescalas, sendo a de concordância (grau de concordância com as afirmações que compõem a subescala) e importância (grau de importância atribuído a essas afirmações). Em ambas subescalas, os escores obtidos nas respostas de cada um dos itens dos fatores variaram entre os valores de 1 a 5. No primeiro fator, Aprendizagem Ativa, o escore mínimo possível para as respostas é de 10 e o máximo de 50; no segundo fator, Colaboração, o escore mínimo possível é de 2 e o máximo de 10; no terceiro fator, Maneiras Diferentes de Aprendizagem, o escore mínimo possível é de 2 e o máximo de 10; no quarto fator, Altas Expectativas, o escore mínimo possível é de 2 e o máximo de 10.

A seguir, destacam-se os resultados obtidos nas análises das subescalas de concordância e importância dos quatro fatores do Questionário de Práticas Educativas, na avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre a posvenção (Tabela 17).

Tabela 17 - Análise descritiva das subescalas de concordância e importância do Questionário de Práticas Educativas

Escore da Subescala	N*	Média	DP**	Mediana	Mínimo	Máximo
<i>Concordância</i>						
Aprendizagem ativa	57	43,47	5,95	45	26	50
Colaboração	48	7,42	2,43	8	2	10
Maneiras diferentes de aprendizagem	57	9,14	1,13	10	6	10
Altas expectativas	57	9,39	1,00	10	5	10
<i>Importância</i>						
Aprendizagem ativa	58	45,28	5,61	46	16	50
Colaboração	48	7,42	2,43	8	2	10
Maneiras diferentes de aprendizagem	57	9,14	1,13	10	6	10
Altas expectativas	57	9,60	0,82	10	7	10

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** *N: número; **DP: desvio-padrão.

Na Tabela 18, estão descritos os resultados obtidos na análise descritiva de cada um dos 16 itens que compõem os quatro fatores do instrumento. Para cada afirmação da escala, os participantes avaliaram os itens utilizando-se do sistema de classificação da concordância composto por: discordo totalmente, discordo, indeciso, concordo e concordo totalmente. O número máximo de respondentes de um item foi de 57 participantes e o número mínimo, de 48 participantes.

Tabela 18 - Análise descritiva das respostas dos participantes (n = 60) da subescala de concordância do Questionário de Práticas Educativas

Fatores e Itens	n (%)				
	DT	D	IN	C	CT
<i>Aprendizagem ativa</i>					
1. Durante a atividade de simulação, eu tive a oportunidade de discutir as ideias e os conceitos ensinados no curso com o professor e outros alunos	- (-)	- (-)	1 (1,8)	11 (19,6)	44 (78,6)
2. Eu participei ativamente da sessão de <i>debriefing</i> , após a simulação	3 (5,5)	8 (14,5)	2 (3,6)	23 (41,8)	19 (34,5)
3. Eu tive a oportunidade de refletir mais sobre meus comentários, durante a sessão de <i>debriefing</i>	- (-)	1 (1,9)	1 (1,9)	20 (38,5)	20 (57,7)
4. Houve oportunidade suficiente na simulação para descobrir se eu compreendi claramente o material	- (-)	2 (3,6)	1 (1,8)	16 (28,6)	37 (66,1)
5. Eu aprendi com os comentários feitos pelo professor antes, durante ou após a simulação	- (-)	1 (1,8)	- (-)	13 (22,8)	43 (75,4)
6. Eu recebi pistas durante a simulação, em tempo oportuno	- (-)	3 (5,6)	5 (9,3)	23 (42,6)	23 (42,6)
7. Eu tive a oportunidade de discutir os objetivos da simulação com o meu professor	- (-)	1 (1,9)	2 (3,8)	23 (44,2)	26 (50,0)

Continua

Fatores e Itens	Conclusão				
	n (%)				
	DT	D	IN	C	CT
8. Eu tive a oportunidade de discutir ideias e conceitos ensinados na simulação com o meu professor	- (-)	1 (1,9)	1 (1,9)	17 (32,1)	34 (64,2)
9. O professor foi capaz de responder às necessidades individuais dos alunos durante a simulação	- (-)	- (-)	1 (1,8)	18 (32,1)	37 (66,1)
10. O uso de atividades de simulação tornou meu tempo de aprendizagem mais produtivo	- (-)	- (-)	- (-)	7 (12,3)	50 (87,7)
Colaboração					
11. Eu tive a oportunidade de trabalhar com meus colegas, durante a simulação	1 (2,1)	6 (12,5)	4 (8,3)	17 (35,4)	20 (41,7)
12. Durante a simulação, os meus colegas e eu tivemos de trabalhar na situação clínica juntos	2 (4,7)	7 (16,3)	5 (11,6)	13 (30,2)	16 (37,2)
Maneiras diferentes de aprendizagem					
13. A simulação ofereceu várias maneiras para aprender o material	- (-)	1 (1,8)	2 (3,5)	15 (26,3)	39 (68,4)
14. Essa simulação ofereceu uma variedade de formas para avaliar a minha aprendizagem	- (-)	1 (1,8)	2 (3,5)	20 (35,1)	34 (59,6)
Altas Expectativas					
15. Os objetivos para a experiência simulada foram claros e de fácil compreensão	- (-)	- (-)	- (-)	14 (24,6)	43 (75,4)
16. O meu professor comunicou os objetivos e expectativas a serem alcançados durante a simulação	- (-)	- (-)	1 (1,8)	14 (25,0)	41 (73,2)

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** DT: Discordo totalmente da afirmação; D: Discordo da afirmação; IN: Indeciso - nem concordo, nem discordo da afirmação; C: Concordo com a afirmação; CT: Concordo totalmente com a afirmação.

6.5 Preditores da avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre posvenção

Os dados obtidos, a partir da análise de multicolinearidade pelo VIF, foram inseridos no modelo de regressão proposto para o estudo, o *Generalized Additive Models for Location, Scale and Shape* (GAMLSS). Os resultados das análises estão representados por meio de seis tabelas, as quais seguem de acordo com os desfechos: Satisfação com a Aprendizagem Atual (DSAA), A Autoconfiança na Aprendizagem (DATP), Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning* (ESSSL), Aprendizagem Ativa (FAPA), Aprendendo e Fazendo Conexões (FAFC) e Resolução de Problemas (FRP). As análises realizadas referem-se à subescala de concordância das dimensões e dos fatores mencionados.

6.5.1 Dimensão Satisfação com a Aprendizagem Atual (DSAA)

Os participantes que apresentaram dificuldades de acesso à *Internet* tiveram uma redução relativa de 51,65% (1-0,4835) na média da pontuação do escore total da dimensão Satisfação com a Aprendizagem Atual, com relação aos que não tiveram dificuldades de conexão. Os participantes que tiveram contato prévio com conteúdos de posvenção apresentaram uma redução relativa de 58,74% (1-0,4126) na média da pontuação do escore total da dimensão Satisfação com a Aprendizagem Atual com relação aos que não apresentaram dificuldades de conexão. Os achados estão destacados a seguir na Tabela 19.

Tabela 19 - Preditores da Satisfação com a Aprendizagem Atual mensurados pela escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*

Dimensão Satisfação com a Aprendizagem Atual (DSAA)							
μ	Estimate	DP	t value	Pr(> t)	AR	LI_AR	LS_AR
Dificuldade conexão Internet	-0,7267	0,2862	-2,5387	0,0145	0,4835	0,2759	0,8474
Contato prévio posvenção	-0,8852	0,3778	-2,3427	0,0234	0,4126	0,1968	0,8654
Objetivos e informações	0,1166	0,0367	3,1790	0,0026	1,1237	1,0457	1,2075
Aprendizagem ativa	0,0632	0,0229	2,7633	0,0081	1,0653	1,0186	1,1141
Escolaridade graduação incompleta	-0,6562	0,3544	-1,8516	0,0704	0,5188	0,2590	1,0392
Escolaridade pós-graduação	0,4695	0,4392	1,0692	0,2905	1,5992	0,6762	3,7820
Intercept	-0,1338	0,9548	-0,1401	0,8892	-	-	-

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** μ : Parâmetro da média; **Estimate:** Valor particular obtido para um estimador em determinada amostra; **DP:** Desvio-padrão; **T-value:** Valor padronizado calculado a partir de dados amostrais durante um teste de hipótese; **Pr(>|t|):** Valor-p associado ao valor da coluna t-value; **AR:** Aumento relativo; **LI_AR:** Limite inferior do aumento relativo; **LS_AR:** Limite superior do aumento relativo; **Intercept:** Constante do modelo de regressão.

Para cada aumento de um ponto no escore do fator Objetivos e Informações, espera-se um aumento relativo de 12,37% na média do escore total da dimensão Satisfação com a

Aprendizagem Atual. Além disso, para cada aumento de um ponto no escore do fator de Aprendizagem Ativa, espera-se um aumento relativo de 6,53% na média do escore total da dimensão Satisfação com a Aprendizagem Atual. Em relação ao teste de Normalidade de *Shapiro-Wilk*, foi obtido $W = 0,97722$, $p\text{-value} = 0,3904$.

6.5.2 Dimensão Autoconfiança na Aprendizagem (DATP)

Para cada aumento de um ponto no escore do fator Objetivos e Informações, espera-se um aumento relativo de 3,07% na média do escore total da dimensão Autoconfiança na Aprendizagem. Os achados estão destacados a seguir na Tabela 20. Em relação ao teste de Normalidade de *Shapiro-Wilk*, foi obtido $W = 0,96005$, $p\text{-value} = 0,06926$.

Tabela 20 - Preditores da Autoconfiança na Aprendizagem mensurados pela Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*

Dimensão Autoconfiança na Aprendizagem (DATP)							
μ		Estimate	DP	t value	Pr(> t)	AR	LI_AR LS_AR
Fator	objetivos e						
informações		0,0303	0,0111	2,7256	0,0087	1,0307	1,0085 1,0534
Intercept		3,0256	0,2527	11,9711	0,0000	-	- -

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** μ : Parâmetro da média; **Estimate:** Valor particular obtido para um estimador em determinada amostra; **DP:** Desvio-padrão; **T-value:** Valor padronizado calculado a partir de dados amostrais, durante um teste de hipótese; **Pr(>|t|):** Valor-p associado ao valor da coluna t-value; **AR:** Aumento relativo; **LI_AR:** Limite inferior do aumento relativo; **LS_AR:** Limite superior do aumento relativo; **Intercept:** Constante do modelo de regressão.

6.5.3 Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning* (ESSSL)

Os participantes que apresentaram dificuldades de acesso à Internet tiveram uma redução relativa de 14,88% (1-0,8512) na média da pontuação do escore total da Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*, em relação aos que não apresentaram dificuldades de conexão. Para cada aumento de um ponto no escore do fator Objetivos e Informações, espera-se um aumento relativo de 2,29% na média do escore total da Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*. Além disso, para cada aumento de um ponto no escore do fator Orientação Apropriada do Professor, espera-se um aumento relativo de 4,62% na média do escore total da Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*. Os achados estão destacados a seguir na Tabela 21. Em relação ao teste de Normalidade de *Shapiro-Wilk*, foi obtido $W = 0,96278$, $p\text{-value} = 0,0918$.

Tabela 21 - Preditores da *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning* mensurados a partir das dimensões da escala

Escala <i>Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning</i> (ESSSL)							
μ		Estimate	DP	t-value	Pr(> t)	AR	LI_AR LS_AR
Dificuldade	conexão						
Internet		-0,1611	0,0776	-2,0752	0,0431	0,8512	0,7311 0,9911
Fator objetivos e							
informações		0,0226	0,0094	2,4147	0,0194	1,0229	1,0043 1,0419
Fator	orientação						
apropriada do professor		0,0452	0,0197	2,2871	0,0265	1,0462	1,0065 1,0875
Intercept		3,1089	0,3136	9,9128	0,0000	-	- -

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** μ : Parâmetro da média; **Estimate:** Valor particular obtido para um estimador em determinada amostra; **DP:** Desvio-padrão; **T-value:** Valor padronizado calculado, a partir de dados amostrais durante um teste de hipótese; **Pr(>|t|):** Valor-p associado ao valor da coluna t-value; **AR:** Aumento relativo; **LI_AR:** Limite inferior do aumento relativo; **LS_AR:** Limite superior do aumento relativo; **Intercept:** Constante do modelo de regressão.

6.5.4 Aprendizagem Ativa (FAPA)

Para cada aumento de um ponto no escore do fator Realismo, espera-se um aumento relativo na de 13,58% na média do escore total do fator Aprendizagem Ativa. Os achados estão destacados a seguir na Tabela 22. Em relação ao teste de Normalidade de Shapiro-Wilk, foi obtido $W = 0,97704$, $p\text{-value} = 0,372$.

Tabela 22 - Preditores da Aprendizagem Ativa mensurados pelo Questionário de Práticas Educativas

Fator Aprendizagem Ativa (FAPA)							
μ		Estimate	DP	t value	Pr(> t)	AR	LI_AR LS_AR
Fator	objetivos e						
informações		0,0324	0,0173	1,8704	0,0672	1,0330	0,9984 1,0687
Fator realismo		0,1274	0,0599	2,1275	0,0382	1,1358	1,0101 1,2773
Intercept		2,0175	0,6323	3,1907	0,0024	-	- -

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** μ : Parâmetro da média; **Estimate:** Valor particular obtido para um estimador em determinada amostra; **DP:** Desvio-padrão; **T-value:** Valor padronizado calculado, a partir de dados amostrais durante um teste de hipótese; **Pr(>|t|):** Valor-p associado ao valor da coluna t-value; **AR:** Aumento relativo; **LI_AR:** Limite inferior do aumento relativo; **LS_AR:** Limite superior do aumento relativo; **Intercept:** Constante do modelo de regressão.

6.5.5 Aprendendo e Fazendo Conexões (FAFC)

Os participantes que tiveram contato prévio com conteúdos sobre a posvenção apresentaram uma redução relativa de 26,94% (1-0,7306) na média da pontuação do escore

total do fator Aprendendo e Fazendo Conexões. Para cada aumento de um ponto no escore do fator Realismo, espera-se um aumento relativo de 14,29% na média do escore total do fator Aprendendo e Fazendo Conexões. Os achados estão destacados a seguir na Tabela 23. Em relação ao teste de Normalidade de Shapiro-Wilk, foi obtido $W = 0,98326$, $p\text{-value} = 0,6373$.

Tabela 23 - Preditores de Aprendendo e Fazendo Conexões mensurados pela Escala de Experiência com o *Debriefing*

Fator Aprendendo e Fazendo Conexões (FAFC)							
μ	Estimate	DP	t value	Pr(> t)	AR	LI_AR	LS_AR
Escolaridade graduação							
incompleta	-0,2787	0,1416	-1,9687	0,0545	0,7568	0,5734	0,9988
Escolaridade pós-							
graduação	0,2922	0,1823	1,6029	0,1153	1,3394	0,9370	1,9147
Contato prévio posvenção	-0,3139	0,1289	-2,4351	0,0185	0,7306	0,5675	0,9406
Fator realismo	0,1336	0,0525	2,5425	0,0142	1,1429	1,0311	1,2669
Intercept	2,9132	0,4772	6,1048	0,0000	-	-	-

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** μ : Parâmetro da média; **Estimate:** Valor particular obtido para um estimador em determinada amostra; **DP:** Desvio-padrão; **T-value:** Valor padronizado calculado, a partir de dados amostrais durante um teste de hipótese; **Pr(>|t|):** Valor-p associado ao valor da coluna t-value; **AR:** Aumento relativo; **LI_AR:** Limite inferior do aumento relativo; **LS_AR:** Limite superior do aumento relativo; **Intercept:** Constante do modelo de regressão.

6.5.6 Resolução de Problemas (FRP)

Os participantes com formação acadêmica em Psicologia apresentaram uma redução relativa de 53,39% (1-0,4661) na média da pontuação do escore total do fator Resolução de Problemas em relação aos participantes com formação acadêmica em Enfermagem. Os participantes que apresentaram dificuldades de acesso à Internet apresentaram uma redução relativa de 56,62% (1-0,4338) na média da pontuação do escore total do fator Resolução de Problemas com relação aos que não apresentaram dificuldades de conexão. Os achados estão destacados a seguir na Tabela 24. Em relação ao teste de Normalidade de Shapiro-Wilk, foi obtido $W = 0,97386$, $p\text{-value} = 0,2726$.

Tabela 24 - Preditores da Resolução de Problemas mensurados pela Escala do Design da Simulação

Fator Resolução de Problemas (FRP)							
μ	Estimate	DP	t value	Pr(> t)	AR	LI_AR	LS_AR
Gênero masculino	0,7690	0,4361	1,7634	0,0842	2,1575	0,9178	5,0716
Formação acadêmica							
outros	-0,0789	0,3694	-0,2137	0,8317	0,9241	0,4480	1,9061
Formação acadêmica							
Psicologia	-0,7634	0,3308	-2,3078	0,0254	0,4661	0,2437	0,8913
Dificuldade conexão							
Internet	-0,8351	0,3468	-2,4078	0,0199	0,4338	0,2198	0,8562
Contato prévio							
simulação de alta							
fidelidade	-0,3722	0,2280	-1,6323	0,1092	0,6892	0,4409	1,0776
Intercept	4,3147	0,6799	6,3465	0,0000	-	-	-

Fonte: Elaborado pela autora (2022). **Nota:** μ : Parâmetro da média; **Estimate:** Valor particular obtido para um estimador em determinada amostra; **DP:** Desvio-padrão; **T-value:** Valor padronizado calculado, a partir de dados amostrais durante um teste de hipótese; **Pr(>|t|):** Valor-p associado ao valor da coluna t-value; **AR:** Aumento relativo; **LI_AR:** Limite inferior do aumento relativo; **LS_AR:** Limite superior do aumento relativo; **Intercept:** Constante do modelo de regressão; **Formação acadêmica outros:** Enfermagem, Terapia Ocupacional, Farmácia, Medicina.

7 DISCUSSÃO

7.1 Etapa 1: Construção do cenário de simulação de alta fidelidade sobre a posvenção

Ao longo dos últimos anos, a simulação clínica tem sido utilizada constantemente nos processos de formação e capacitação de recursos humanos em saúde, nas mais variadas áreas de atuação, incluindo a saúde mental (ASSIS et al., 2021; DOCHERTY et al., 2018; LA CERRA et al., 2019; WILLIAMS et al., 2017).

Os estudos sobre o ensino em saúde mental, em específico, sobre questões voltadas à posvenção do suicídio a partir do uso de métodos inovadores, como a simulação de alta fidelidade, ainda são menos retratados na literatura científica, o que possivelmente reflete os desafios sobre as abordagens relacionadas a essa temática (RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019; WILLIAMS et al., 2017). Pesquisas evidenciam as dificuldades encontradas por profissionais de saúde no que diz respeito aos saberes e atitudes para o cuidado em saúde mental e prevenção do suicídio (STORINO et al., 2018; VEDANA; ZANETTI, 2019). No caso da posvenção, essa realidade se intensifica, visto que os cuidados junto aos sobreviventes

enlutados por suicídio apresentam lacunas até mesmo na Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio no Brasil (BRASIL, 2019).

O desenvolvimento de uma simulação clínica com foco na posvenção visa o preenchimento de lacunas existentes e à oferta de um produto na íntegra que possa fornecer subsídios para a formação e capacitação profissional com embasamento teórico e de forma humanizada, considerando as singularidades relacionadas ao luto por suicídio. Dessa forma, o presente projeto iniciou-se na construção sistematizada de um cenário simulado, com definição clara de objetivos e resultados esperados, o qual foi elaborado com base em roteiros disponibilizados na literatura que estruturaram, fundamentaram e guiaram a atividade a ser realizada (ALINIER, 2011; FABRI et al., 2017; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021c; KANEKO; LOPES, 2019).

Dentre alguns aspectos que fazem parte da elaboração de um cenário destacam-se a definição de referenciais teóricos sobre a temática de estudo, a avaliação criteriosa de necessidades a serem abordadas, a seleção e o preparo do paciente simulado, a definição de público-alvo e os recursos necessários (ALINIER, 2011; FABRI et al. 2017; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a; KANEKO; LOPES, 2019; NEGRI et al., 2019). Além disso, outras questões são de importância nesse processo, dentre elas a participação de um facilitador com preparo e experiência prévia na condução e orientação da simulação, bem como o oferecimento de momentos de reflexão e avaliação da prática vivenciada (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021e; JAYE; THOMAS; REEDY, 2015; KANEKO; LOPES, 2019).

O cenário intitulado de “Apoio inicial ao enlutado por suicídio (posvenção)” foi desenvolvido com base em recomendações nacionais e internacionais sobre simulação clínica, sendo sua estrutura descrita por meio de duas seções, a partir de um roteiro criado especificamente para este estudo (ALINIER, 2011; FABRI et al. 2017; JAYE; THOMAS; REEDY, 2015; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a; KANEKO; LOPES, 2019). Os objetivos e resultados esperados, o nível de fidelidade escolhido e a realização de todas as etapas da simulação (*prebriefing*, desenvolvimento, *debriefing* e avaliação) foram incluídos nessa construção, de modo a favorecer o processo de ensino-aprendizagem dos participantes.

Para o presente cenário, foi traçado um único objetivo, sendo o de desenvolvimento de ações de apoio inicial à pessoa enlutada por suicídio durante uma visita domiciliar. A quantidade de objetivos pode variar, mas é imprescindível que os mesmos sejam adequados ao

desenho do cenário, claramente avaliados e reproduzam o que se é esperado para a simulação clínica (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021c).

A escolha do nível de fidelidade também é um aspecto de relevância no desenvolvimento da atividade simulada. Vale ressaltar que a fidelidade se relaciona com o planejamento da simulação, pois é por meio de definições de objetivos esperados, ambiente e preparo, escolha de participantes, recursos físicos e materiais a serem empregados que o realismo se fundamenta (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021b; NEGRI et al., 2017). A simulação sobre o apoio inicial a um enlutado por suicídio proposta nesse cenário foi descrita como de alta fidelidade, de modo a valorizar o grau de proximidade da atividade desenvolvida com a realidade do cuidado, incluindo a complexidade a ser trabalhada (MIRANDA; MAZZO; PEREIRA JUNIOR, 2019). Esse nível de fidelidade oferece e proporciona uma simulação com experiências de aprendizagem centradas no participante, de modo a permitir a atuação e vivência de um caso simulado em um ambiente desenvolvido de forma segura, responsável e ética, com foco na tomada de decisão, julgamento e raciocínio clínico, considerando aspectos de inovação e interatividade (FRANZON et al., 2020; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021b; MIRZA et al., 2020; PRESADO et al., 2018).

As etapas da simulação foram estruturadas no cenário construído, definidas em *prebriefing*, desenvolvimento da simulação, *debriefing* e avaliação da aprendizagem por meio de instrumentos. No *prebriefing*, o preparo de todos os participantes da atividade simulada ocorre com a contextualização da atividade (apresentação do ambiente e de aspectos éticos envolvidos, definição de contratos, determinação de tempo de duração e discussão de dúvidas sobre o cenário), de forma a comunicar e oferecer orientações e informações básicas necessárias para o desenvolvimento do caso (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021f; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021b; PRESADO et al., 2018; RUTHERFORD-HEMMING; LIOCE; BREYMIER, 2019). A INACSL (2021a) recomenda que, em toda atividade simulada, o atendimento simulado seja precedido e baseado em um *prebriefing*.

Vale ressaltar que o preparo para a realização de uma simulação é amplo e, geralmente, prévio ao desenvolvimento da prática simulada, sendo necessária uma atuação ativa dos facilitadores envolvidos (equipe organizadora), de forma a valorizar e oferecer subsídios aos participantes para o alcance dos objetivos propostos (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021e; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021f). Para o presente estudo optou-se pela utilização do termo *prebriefing* para abordar todas as atividades de preparo realizadas previamente à simulação, incluindo a apresentação do cenário e caso simulado para

os participantes, entretanto, é possível observar na literatura científica o uso do termo *briefing* por alguns autores (NASCIMENTO et al., 2020).

O segundo momento abrange a execução da atividade simulada, que se caracteriza pelo desenvolvimento da simulação construída, de acordo com o cenário intencionalmente elaborado para esta atividade (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021b). Nessa etapa, questões operacionais são colocadas em prática, com a inserção ativa dos participantes e do paciente simulado na história construída, com o suporte de facilitadores (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a; OLIVEIRA et al., 2018). Todo esse processo é assegurado por um ambiente seguro de aprendizagem, visto que os riscos são minimizados por se tratar de uma simulação (LESTANDER; LEHTO; ENGSTRÖM, 2016; MIRANDA; MAZZO; JUNIOR, 2018; OLIVEIRA et al., 2018).

Durante a simulação, os participantes vivenciam processos que envolvem a necessidade de tomada de decisão e de resolução de problemas, por meio de raciocínio e julgamento clínico, sem a intervenção de público externo (LESTANDER; LEHTO; ENGSTRÖM, 2016; MIRANDA; MAZZO; JUNIOR, 2018; OLIVEIRA et al., 2018). A atividade simulada possibilita que o participante, atuando ou observando a cena, reconheça conhecimentos e experiências prévias já vivenciadas em sua formação, de modo a responder, intervir e realizar ações considerando o caso apresentado, propiciando assim a construção de habilidades, atitudes e comportamentos que serão necessários na prática clínica (LESTANDER; LEHTO; ENGSTRÖM, 2016).

Em relação aos resultados esperados, o roteiro elaborado para o cenário incluiu o desenvolvimento do Exame Clínico Objetivo Estruturado (ECO). O exame contou com 10 itens em que foi analisada a execução das ações esperadas a serem realizadas pelos participantes da simulação, por meio de respostas fechadas elencadas em três itens: sim, parcialmente e não. Como parte de uma avaliação formativa realizada pelo facilitador da simulação, o ECO é considerado como uma ferramenta padronizada voltada para a análise de competências clínicas em relação ao desenvolvimento de diversas tarefas de uma simulação clínica, as quais devem ser delineadas com foco no objetivo traçado (ALVES et al., 2019; TREJO-MEJÍA et al., 2016).

Ao final da prática simulada a experiência vivenciada pelos participantes entra em foco no *debriefing*, caracterizado por ser um momento de comunicação com foco na reflexão, *feedback* e autoanálise do participante (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021d; PRESADO et al., 2018). O desenvolvimento de uma simulação, de acordo com as padronizações propostas e descritas na literatura científica, inclui a realização do *debriefing*, o qual pode ser delineado por meio de modelos estruturados (INACSL STANDARDS

COMMITTEE et al., 2021d). No cenário elaborado, o modelo “*The Diamond*” foi o escolhido para a realização do *debriefing*, considerando sua proposta em três fases consecutivas, sendo, respectivamente, a descritiva, analítica e aplicativa, as quais possibilitaram uma abordagem ampla das discussões sobre as ações de apoio aos enlutados desenvolvidas na simulação (JAYE; THOMAS; REEDY, 2015).

O *debriefing* torna-se um espaço para valorização das habilidades, atitudes e conhecimentos trabalhados durante a simulação, com a busca pela compreensão de opiniões, sentimentos e vivências experienciados (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021d; PRESADO et al., 2018). Sua realização é proposta sob a mediação de um facilitador responsável pelo cenário, que discutirá com os participantes as ações realizadas durante a simulação e suas implicações na prática assistencial prestada (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021d). Alguns autores elencam o *debriefing* como uma possibilidade para o desenvolvimento de competências que poderão ser levadas para a formação profissional nos diversos contextos de atuação (HERRON et al., 2019; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021d; KUNST; MITCHELL; JOHNSTON, 2017; LESTANDER; LEHTO; ENGSTROM, 2016; PRESADO et al., 2018).

A colaboração entre todos os participantes da simulação no *debriefing* oportuniza a construção de conhecimentos e reflexões mais amplas relacionadas à prática simulada, favorecendo o reconhecimento de individualidades e potencialidades dos participantes da simulação frente as perspectivas vivenciadas na atividade (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021d; PRESADO et al., 2018). O *debriefing* também é um momento de suporte e compreensão, considerando os objetivos e resultados esperados para a simulação, principalmente frente às decisões tomadas (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021d).

O caso simulado esteve voltado para uma vivência de luto por suicídio no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS), especificamente em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A história construída esteve ligada ao luto pelo suicídio de Bruno, um jovem de 22 anos por suicídio. Os cuidados de posvenção a serem desenvolvidos foram voltados a dona Marta, mãe de Bruno, tendo o início proposto três dias após a morte. O cenário, com aproximadamente 20 minutos de duração, enfocava a construção de vínculo e apoio inicial à dona Marta, representando uma realidade de apoio inicial frente às necessidades vivenciadas.

Destaca-se que a encenadora do caso simulada foi devidamente instruída e preparada para revelar as necessidades e experiências comumente identificadas entre enlutados por suicídio. Características comumente descritas na literatura científica sobre a vivência do luto

por suicídio como a culpa, estigmatização, distanciamento com a pessoa que se matou, rejeição, vergonha, raiva, menor cuidado consigo mesmo e maior risco suicida foram abordadas no cenário (BERARDELLI et al., 2020; KÔLVES et al., 2020; PITMAN et al., 2018). Para o caso, o profissional da saúde responsável pela realização do apoio inicial apresentou autonomia para a abordagem do cuidado a ser realizado, embasado, principalmente, pelos materiais de estudo prévio disponibilizados para o desenvolvimento e participação na simulação clínica. Estudos reforçam a necessidade do preparo prévio de um participante para a realização de uma atividade simulada, por meio do fornecimento de materiais e recursos que possibilitem a aproximação com o que se é esperado dentre os objetivos e resultados esperados (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a; NASCIMENTO et al., 2020).

Pesquisas sobre intervenções realizadas com pessoas que vivenciaram o luto por suicídio ressaltam a importância da busca por ajuda profissional qualificada para o enfrentamento da perda, entretanto, destacam a dificuldade do recebimento de apoio (LINDE et al., 2017). O desenvolvimento de estratégias de posvenção não é de competência restrita a uma única classe profissional, portanto, a realização de ações que proporcionem a identificação de necessidades e o acolhimento dos sobreviventes enlutados por suicídio podem ser desempenhados, de maneira interdisciplinar, por diversos profissionais da área da saúde, sendo a formação e capacitação para a atuação um aspecto diferencial para o cuidado (ROSS; KÔLVES; DE LEO, 2019).

Quando realizada precocemente, de forma rápida e ativa, a posvenção apresenta resultados positivos, com destaque para a melhora no bem-estar e redução de sintomas relacionados a este processo (ANDRIESSEN et al., 2019a; ANDRIESSEN et al., 2019b; BARTONE et al., 2019). Alguns estudos evidenciam a necessidade de se iniciar o desenvolvimento de ações de posvenção logo nas primeiras semanas após a morte por suicídio, seguindo de forma contínua a curto, médio e longo prazo (BEAUTRAIS, 2004). As ações de apoio a enlutados por suicídio precisam compor planejamentos mais amplos e longitudinais, visto que a posvenção se constitui como uma vertente de prevenção do suicídio (ANTONIASSI; RODACOSKI; FIGEL, 2019; SILVA; VEDANA, 2019). Dessa forma, a escolha pelo desenvolvimento do cenário com o objetivo de apoio imediato, após três dias da morte do Bruno, reforça a necessidade de se trabalhar a posvenção de forma rápida, com foco no acolhimento daqueles que ficaram, algo que se fundamenta pelos resultados positivos analisados na literatura associados ao desenvolvimento imediato e não tardio dessas ações (MAPLE et al., 2019).

Nesse cenário destaca-se a importância da atuação em rede, sendo a Atenção Primária em Saúde (APS) uma porta de entrada nas abordagens junto à população, em especial, na realização de visitas domiciliares, sendo esse um momento favorável para proposição do cuidado, principalmente no que se refere à posvenção (WAINWRIGHT et al., 2020). Considerando a atuação em rede e as especificidades da APS no contexto Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se que, para além da assistência prestada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o trabalho relacionado à prevenção e posvenção do suicídio se faz presente nos diversos serviços de atendimento da rede, principalmente naqueles em que o contato junto à população é próximo, como nas Unidades Básicas de Saúde (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017). Dessa forma, a formação de recursos humanos para este nível de atenção tem potencial para o fortalecimento de ações voltadas ao cuidado em saúde mental, incluindo o apoio aos enlutados, por meio de uma atuação das equipes que apresentam proximidade e acolhimento junto à população.

A escassez de abordagens relacionadas à posvenção, bem como o desenvolvimento de estratégias inovadoras e com potencial educativo e formador para o trabalho de apoio a enlutados por suicídio em serviços considerados como porta de entrada da atenção em saúde no país reforçam essa escolha (RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019; WILLIAMS et al., 2017). Assim, a opção pelo desenvolvimento de uma atividade simulada no contexto da Atenção Primária em Saúde, em uma visita domiciliar, foi pautada em um olhar amplo acerca da literatura científica e de lacunas presentes neste meio. Vale destacar que o conteúdo trabalhado no cenário sobre apoio inicial aos enlutados pode ser adaptado para vivências em outros setores e contextos de saúde, conforme as demandas e necessidades de cada serviço.

Por apresentar características que corroboram com processos de ensino-aprendizagem, a simulação de alta fidelidade tem se caracterizado como um importante elo nas abordagens teórico-práticas de diversas temáticas na área da saúde (ASSIS et al., 2021; DOCHERTY et al., 2018; LA CERRA et al., 2019). Dentre os ganhos percebidos por meio da simulação, destacam-se aspectos positivos e fortalecedores relacionados à aprendizagem dos participantes, com destaque para a comunicação, satisfação, segurança entre paciente-profissional, inovação, trabalho em equipe e valorização do processo de aprendizagem, pautados em conhecimento e pensamento crítico (HERRON et al., 2019; NEGRI et al., 2017; PRESADO et al., 2018).

Dentre os aspectos positivos salienta-se também a possibilidade de desenvolvimento do presente cenário em ambos formatos, presencial e virtual. Por se tratar de uma atividade simulada com participação de um paciente simulado, a sua proposição pode ser adaptada, sem ocorrer significativas perdas em seu desenvolvimento, sendo o atendimento realizado por meio

de uma teleconsulta. A proposição do cenário sobre posvenção em formato virtual emergiu como uma possibilidade frente às limitações impostas pela pandemia de COVID-19. Ao longo dos últimos anos, diversos estudos voltados para a área da simulação clínica reforçaram o uso da telessimulação em saúde como uma estratégia educacional viável e possível de realização, ampliando as fronteiras do ensino (DUBÉ et al., 2020; JIMÉNEZ-RODRÍGUEZ et al., 2020; SANTOS et al., 2020).

A carência de estudos brasileiros sobre posvenção e métodos criativos e inovadores para o ensino dessa temática também ressaltam a necessidade de aprofundamento nas discussões e nos conhecimentos com foco no apoio a enlutados por suicídio (RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019). Mesmo com destaque para as vantagens presentes em formações profissionais envolvendo a simulação clínica, as lacunas científicas são extensas, algo que pode ser evidenciado pelos poucos estudos que abordam a prevenção do suicídio e a simulação, e por não terem sido encontrados na literatura trabalhos que descrevem o desenvolvimento de simulação de alta fidelidade com foco na posvenção (RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019).

7.2 Etapa 2: Validação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre a posvenção

A etapa de validação do cenário simulado permite a análise da concordância do cenário em relação aos seus itens, considerando objetivos e resultados propostos para simulação, favorecendo aspectos voltados para a qualidade da atividade simulada (POLIT; BECK, 2006). A validação corrobora para que o cenário construído se aproxime de aspectos vivenciados na realidade sobre os cuidados voltados ao luto por suicídio, com destaque para necessidades e evidências científicas, de modo a embasar os processos de formação de recursos humanos em saúde por meio de materiais cientificamente fundamentados, validados, atrelados à prática profissional, capazes de promover uma educação por métodos participativos e interativos (ECHEVARRIA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANISKI, 2019).

No presente estudo, a validação foi realizada com juízes especialistas, os quais foram selecionados a partir de critérios de seleção previamente descritos (JASPER, 1994). A participação de juízes com especialidades em posvenção e simulação de alta fidelidade possibilitou uma avaliação ampla do cenário, considerando as especificidades de cada área. Ao analisar a literatura científica, é possível identificar lacunas no que se refere ao desenvolvimento e validação de cenários simulados sobre temáticas que envolvem a simulação clínica e a saúde mental (ASSIS et al., 2021), dessa forma, os achados obtidos podem fornecer panoramas para estudos futuros que trabalhem com a participação de juízes.

Em relação aos resultados da validação, o ponto de corte definido para o IVC do estudo foi de 0,80 (80%), valor apontado na literatura científica como um parâmetro para a análise da concordância do cenário em relação aos seus itens (POLIT; BECK, 2006; POLIT; BECK, 2019). O valor de 0,80 também foi utilizado como parâmetro na realização da validação de cenários clínicos na área da saúde em estudos recentes (ALMEIDA et al., 2021; NEGRI et al., 2019; ROCHA et al., 2021). Na análise realizada, todos os itens do cenário foram avaliados positivamente pelos juízes especialistas, obtendo valores acima do ponto de corte definido.

Considerando a possibilidade de aprimoramento dos itens do cenário, algumas sugestões foram apontadas pelos juízes especialistas, sendo a maioria foi acatada, mesmo nos casos em que o IVC obtido atingiu o valor de parâmetro. Dentre as modificações propostas estiveram pequenas alterações na descrição do público-alvo do cenário, recursos físicos e materiais, na avaliação de itens do ECOE e menção do modelo de *debriefing* utilizado. A revisão dos itens mencionados resultou em uma versão final do cenário, de modo a favorecer o apoio inicial realizado por profissionais e estudantes da área da saúde a enlutados por suicídio, a partir da opinião e sugestões dos especialistas.

Em relação ao teste de *Gwet*, foi utilizada a estatística AC1 (*first-order agreement coefficient*), que analisa a concordância das respostas elencadas pelos juízes da etapa de validação (MATOS, 2014). A confiabilidade geral do cenário está inserida no intervalo definido como de satisfatório a bom (AC1 = 0,640; IC: 0,515;0,764; $p < 0,0001$), fator esse que indica concordância nas respostas dos juízes especialistas, reforçando a confiabilidade da análise (FLEISS; LEVIN; PAIK, 2003). A opção pela utilização do *Gwet* foi determinada pelas pesquisadoras por se tratar de uma medida reconhecida na literatura científica por sua robustez, especialmente em estudos que contam com a participação de dois ou mais juízes, considerando análises em escalas de classificação que apresentem duas ou mais categorias (MATOS, 2014).

7.3 Etapa 3: Avaliação do cenário de simulação de alta fidelidade sobre a posvenção

A utilização da simulação clínica nos processos de formação e capacitação profissional, a partir do desenvolvimento de um cenário de alta fidelidade com foco na posvenção reforça as possibilidades e dinamismo presentes no ensino em saúde (COSTA et al., 2020; DANIEL et al., 2021). Estudos ressaltam que a simulação clínica apresenta potencial para favorecer o desenvolvimento de atitudes, habilidades e competências dos participantes, em abordagens relacionadas à saúde mental, e mais especificamente, sobre temáticas relacionadas à morte, conteúdo retratado no cenário de posvenção (ABAJAS-BUSTILLO et al., 2020; WILLIAMS et al., 2017).

O participante que vivencia o cenário simulado, na atuação ou observação do caso, tem a oportunidade de desenvolver e construir, individualmente e em grupo, conhecimentos teórico-práticos sobre a posvenção, a partir de variadas perspectivas. Essa é uma característica que faz parte dos trabalhos que utilizam a simulação clínica, uma vez que os benefícios analisados nessa estratégia são descritos na literatura científica e reforçam a importância de se avaliarem as práticas simuladas, a fim de obter resultados sobre sua efetividade em processos de formação para além do ensino tradicional (ASSIS et al., 2021; DANIEL et al., 2021).

Nesta pesquisa, a simulação clínica sobre a posvenção foi realizada por meio da telessimulação, devido às restrições e limitações da pandemia de COVID-19. Dessa forma, a avaliação do cenário simulado foi desenvolvida virtualmente com quatro grupos e esteve inserida nas atividades de duas edições do “Curso de Formação para a Posvenção: Telessimulação para o Apoio Inicial a Enlutados por Suicídio”. A avaliação de cenários simulados constitui uma importante estratégia para compreensão de aspectos relacionados à simulação desenvolvida, especialmente, no que se refere às formas de aprendizagem desenvolvidas, participação, motivações, confiança, satisfação, além de compreensão do público-alvo em relação à vivência do cenário elaborado (COSTA et al., 2020).

A avaliação foi proposta por meio de instrumentos validados para a língua portuguesa com abordagem de vários aspectos, incluindo o desenvolvimento do cenário, as práticas em simulação, plano de simulação, satisfação e autoconfiança na aprendizagem com a simulação e a experiência vivenciada pelo participante no *debriefing*. Os achados obtidos por meio desses instrumentos fornecem ao pesquisador resultados que podem fundamentar o aprimoramento, bem como fomentar novas discussões frente à temática trabalhada por meio da simulação clínica.

Os dados sociodemográficos da etapa de avaliação destacaram que a maioria dos participantes foi do gênero feminino, com média de idade de 32,8 anos, cor branca, com companheiro(a) e procedente da região sudeste do Brasil. No que se refere à formação acadêmica, destacou-se a participação de profissionais da área de psicologia e enfermagem. Esses achados dialogam com os resultados de estudos anteriores que realizaram a avaliação de cenários simulados na área da saúde, mas com abordagens distintas que não se relacionaram com as temáticas de suicídio ou o luto (ALMEIDA et al., 2016a; ALMEIDA et al., 2016b; ALMEIDA et al., 2021; SANTOS et al., 2021; REIS et al., 2020).

Em relação à formação acadêmica, ressalta-se que o desenvolvimento de um cenário voltado para a temática de saúde mental é de interesse para diversos profissionais. Uma revisão sistemática relacionada ao modo como profissionais da saúde lidam com o suicídio em diversos

contextos de atuação evidenciou a importância do ensino para a temática unida a existência e fortalecimento de políticas públicas para essa atuação (STOPPA; WANDERBROOKE; AZEVÊDO, 2020).

A maior parte dos participantes da simulação clínica relatou apresentar contato prévio com a posvenção, apesar da literatura indicar que a temática ainda é pouco abordada no processo de formação e capacitação profissional (DANTAS, 2019; RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019). Em contraponto, os resultados demonstraram que a maior parte dos participantes não apresentava contato prévio com a temática de simulação de alta fidelidade (71,2%), sendo a vivência do cenário sobre a posvenção a primeira experiência.

O uso da simulação clínica assegura o desenvolvimento de uma vivência em um ambiente realista com a possibilidade de aprendizagem pautada em ética e segurança (MIRANDA; MAZZO; JUNIOR, 2018). Pesquisa anterior sobre a simulação clínica identificou que pouco mais da metade dos participantes (50,5%) relatou não apresentar experiência prévia com o ensino baseado em simulação (ALMEIDA, 2016). Apesar de ter seu potencial de desenvolvimento reconhecido em diversos contextos de formação, principalmente na área da saúde, a simulação clínica ainda não é utilizada amplamente de forma integrada em processos de formação (seja na graduação ou pós-graduação), questões essas que podem justificar a aproximação com a estratégia pela minoria dos participantes do estudo (MELO et al., 2020; MIRANDA et al., 2020).

A utilização do ambiente virtual para o desenvolvimento da telessimulação também foi um dos pontos analisados. Todos os participantes da atividade simulada responderam ter acesso à *Internet* e a maioria relatou não ter apresentado problemas de conexão. Esse aspecto se destaca visto que a telessimulação foi realizada em um período de restrições relacionadas à vivência da pandemia da COVID-19, momento esse que oportunizou a estruturação e o desenvolvimento de propostas de ensino que considerassem os contextos virtuais.

Durante a pandemia do COVID-19, a utilização dos meios virtuais cresceu e evidenciou dificuldades em relação ao acesso a esses serviços. De acordo com dados do Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC.br), em 2020, o Brasil contava com mais de 150 milhões de usuários com acesso à *Internet* (CETIC.br, 2021). No período da pandemia foi identificado aumento do desenvolvimento de atividades online, entretanto, esse crescimento foi seguido por desigualdades, uma vez que a qualidade do acesso e aproveitamento não se mostrou igualitária em todos os públicos e classes sociais (BRAGA; BRESCIA; DANTAS, 2021; CETIC.br, 2021;).

Na área da saúde, a telessimulação foi vista como uma possibilidade para a continuidade no ensino, para que os processos de formação não fossem interrompidos (DUBÉ et al., 2020; JIMÉNEZ-RODRÍGUEZ et al., 2020; MARTINS et al., 2022; RIEGEL et al., 2021). Assim, os resultados obtidos a partir das respostas dos participantes nos instrumentos de avaliação podem corroborar para melhor compreensão de como um cenário de simulação de alta fidelidade desenvolvido por meio de telessimulação foi compreendido e vivenciado pelos participantes.

7.3.1 Satisfação e autoconfiança com a aprendizagem promovida pela simulação

Os resultados da Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning* demonstraram que os participantes apresentaram altas médias nas respostas referentes às dimensões de Satisfação com a Aprendizagem Atual e Autoconfiança na Aprendizagem (em ambas às dimensões os valores de média estiveram próximos ao limite máximo possível de ser obtido na escala). Entretanto, a dimensão de Satisfação apresentou média superior e menor desvio-padrão em relação à da Autoconfiança. Esses achados são compatíveis com a literatura científica, visto que o desenvolvimento da simulação clínica tem sido associado com questões de satisfação e autoconfiança com a aprendizagem para o participante, especialmente em casos de uso de pacientes simulados (COSTA et al., 2020; FRANZON et al., 2020; REIS et al., 2020; SANTOS et al., 2021).

A vivência da simulação clínica pode despertar diversos sentimentos e sensações nos participantes, mas, destaca-se que a presença de satisfação e de autoconfiança proporciona um processo de ensino-aprendizagem mais efetivo. Estudos que demonstram resultados positivos relacionados às dimensões de satisfação e autoconfiança podem fornecer subsídios e justificar a utilização da simulação em mais cenários de aprendizagem, incluindo na área de saúde mental (ALMEIDA et al., 2015b; MESKA et al., 2018).

Almeida et al. (2015b, p. 1008) definem a satisfação como “[...] um sentimento de prazer ou de desapontamento resultante da comparação do desempenho esperado pelo produto (ou resultado) em relação às expectativas da pessoa; ou como o estado de composição afetiva e cognitiva, em relação à experiência”. Na aprendizagem, resultados relacionados à satisfação do participante em relação à simulação clínica propiciam achados que podem fundamentar aprimoramentos em atividades simuladas, especialmente na construção e no desenvolvimento do cenário com foco no alcance dos objetivos e resultados esperados (BERGAMASCO; MURAKAMI; CRUZ, 2018; SANTOS et al., 2021).

À autoconfiança é considerada “[...] a convicção de que a pessoa tem de ser capaz de fazer ou realizar algo; refere-se à competência pessoal do indivíduo em atingir seus próprios

objetivos” (ALMEIDA et al., 2015b, p. 1008). O desenvolvimento da autoconfiança na aprendizagem é associado à obtenção de sucesso, habilidades e competências em relação ao cuidado em saúde ofertado, assim como construção de conhecimento (BERGAMASCO; MURAKAMI; CRUZ, 2018; NEGRI et al., 2021). O participante necessita de autoconfiança para sua atuação na prática simulada, e conseqüentemente, para posterior prática profissional (SANTOS et al., 2021).

Na dimensão de Autoconfiança na Aprendizagem, destacou-se uma maior variação nas respostas obtidas no item 13, o qual abordou a responsabilidade do professor nos processos sobre a aprendizagem relacionada à simulação. Apesar da maioria dos participantes concordar com o item, cerca de 32% responderam estar indecisos quanto à afirmativa. A facilitação da atividade simulada é elencada como um dos critérios necessários para o desenvolvimento de uma simulação clínica, por isso, deve ser realizada por um profissional preparado, que apresente as habilidades suficientes para o suporte e condução das atividades com foco nos objetivos e resultados esperados (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021e). Apesar da autoconfiança se relacionar diretamente com questões e convicções do participante, o facilitador apresenta papel significativo, sendo essa uma troca que beneficia e engaja a construção de conhecimentos, atitudes e habilidades de forma conjunta entre os envolvidos na aprendizagem (COSTA et al., 2020; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021e).

Em relação aos testes de associação, o escore total da dimensão Satisfação com a Aprendizagem Atual apresentou redução relativa de 51,65% nos casos em que os participantes da simulação apresentaram dificuldades de acesso à *Internet*. Essa redução relativa também foi evidenciada na média da pontuação do escore total da Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning* (14,88%).

A realização da simulação de alta fidelidade permeia pela possibilidade de desenvolvimento de uma vivência que se aproxima da realidade (PRESADO et al., 2018), e no caso do cenário de posvenção, foi realizada por meio da telessimulação. Dificuldades de acesso à *Internet* no contexto de atividades mediadas pelo ambiente virtual, com uso de computadores, geram alterações com impactos no desenvolvimento das ações de ensino esperadas (BRAGA; BRESCIA; DANTAS, 2021; CETIC.br, 2021). Nesse contexto, a satisfação com a aprendizagem se relaciona com a possibilidade de vivenciar o método de ensino trabalhado, bem como os materiais e recursos ofertados pelo facilitador durante a simulação, aspecto esse que pode ter sido prejudicado pelas dificuldades de conexão dos participantes (BERGAMASCO; MURAKAMI; CRUZ, 2018; BRESCIA; DANTAS, 2021; SANTOS et al., 2021).

A dimensão Satisfação com a Aprendizagem Atual também apresentou redução relativa nos casos em que os participantes tiveram contato prévio com conteúdos de posvenção (58,74%). O cenário proposto no presente estudo é uma abordagem inicial sobre a posvenção, com a proposição de ações iniciais de apoio a um sobrevivente enlutado por suicídio. Logo, participantes que já apresentavam contato prévio, principalmente em casos que os conhecimentos sobre a temática já são mais aprofundados, podem não ter alcançado à satisfação de interesse durante sua participação na telessimulação no contexto elaborado, sendo a Atenção Primária em Saúde. Esse aspecto reforça a necessidade de desenvolvimento de novas propostas de cenário que possam abranger os cuidados da posvenção de forma longitudinal, a curto, médio e longo prazo (RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019).

7.3.2 Avaliação do *Design* da Simulação: apoio, *feedback*/reflexão, objetivos e informações, realismo e resolução de problemas

Na avaliação proposta, o *design* da simulação clínica também foi analisado pelos participantes por meio da Escala do *Design* da Simulação. Nas respostas da subescala de concordância (grau de concordância atribuído a cada afirmação dos fatores) e na subescala de importância (avaliação de cada item com base em quão importante este é para o respondente), respectivamente, as maiores médias avaliadas em relação ao limite máximo possível de ser obtido foram no fator de realismo.

No desenvolvimento da simulação de alta fidelidade, a incorporação do realismo é aspecto fundamental para a proposição de uma atividade que se aproxime da realidade e forneça subsídios suficientes para os participantes experienciarem a situação proposta (CAREY; ROSSLER, 2022; PRESADO et al., 2018). As médias obtidas para concordância e importância ficaram acima de 95%, achado compatível com outro estudo que analisou concordância acima de 87% (BRASIL et al., 2018). Dessa forma, compreende-se que fatores, situações e variáveis presentes na vida real estiveram incorporados ao cenário desenvolvido.

A fidelidade relaciona-se com o realismo, envolvendo aspectos que podem ser vistos em questões físicas, ambientais, psicológicas e conceituais do cenário construído (GENEROSO JUNIOR; BRANDÃO, 2020). Assim, o realismo na simulação permite o aumento da credibilidade em relação à vivência do caso proposto (CAREY; ROSSLER, 2022). Uma simulação clínica pode ter seu realismo reforçado pela utilização de recursos tecnológicos, entretanto, a efetividade do ensino não pode ser garantida apenas pela mediação da tecnologia (ALMEIDA et al., 2015a; GENEROSO JUNIOR; BRANDÃO, 2020).

Ainda em relação do *design* da simulação, observou-se que na subescala de concordância a menor média avaliada foi no fator de apoio, enquanto na subescala de importância no fator de resolução de problemas. Apesar de apresentar a menor média na subescala de concordância, os itens do fator de apoio obtiveram a maioria das respostas elencadas como concordo e concordo totalmente. O apoio na simulação perpassa por aspectos de reconhecimento e suporte dos participantes frente às necessidades identificadas e vivenciadas em uma simulação (COSTA et al., 2020). Estudos reforçam que o apoio ofertado na simulação pode favorecer o preparo dos participantes, os processos de ensino-aprendizagem, além de ser um aspecto importante na relação entre facilitadores e participantes (BERGAMASCO; MURAKAMI; CRUZ, 2018; COSTA et al., 2020).

Outro aspecto avaliado foi a resolução de problemas que obteve as menores médias referentes à importância, destacando que os participantes consideraram o fator com menor destaque em relação ao *design* da simulação. A realização da simulação clínica propicia um espaço de aprendizagem centrado nos participantes, entretanto, estressores e desafios podem ser encontrados. Dentre esses, os participantes podem se ver frente à necessidade de realizar tomadas de decisões e de trabalhar a resolutividade de problemas, aspectos esses que estarão presentes nas abordagens de cuidado e assistência, principalmente nas abordagens junto a sobreviventes enlutados por suicídio (COSTA et al., 2020; GENEROSO JUNIOR; BRANDÃO, 2020). Por essa razão, o cenário deve ser elaborado para o sucesso do objetivo proposto, considerando a complexidade e competências dos participantes (GENEROSO JUNIOR; BRANDÃO, 2020).

Os achados obtidos reforçam que os elementos presentes no *design* da simulação sobre a posvenção apresentaram boa estruturação, correspondendo aos objetivos e resultados esperados. Vale ressaltar que o *design* faz parte de critérios propostos para as boas práticas em simulação na área da saúde e se relaciona com a efetividade da experiência a ser vivenciada pelos participantes (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a).

Nos resultados dos testes de associação, foi analisado que o aumento de um ponto nos escores do fator de Objetivos e Informações resultaram em aumento relativo de 12,37% na média do escore total da dimensão Satisfação com a Aprendizagem Atual, de 3,07% na média do escore total da dimensão Autoconfiança na Aprendizagem e de 2,29% no escore total da Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*. Estudos demonstram que o desenvolvimento de uma simulação clínica perpassa, principalmente, pelo estabelecimento de objetivos claros e resultados mensuráveis, desde a construção do cenário (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a). A compreensão dos objetivos e informações

presentes na simulação por parte dos participantes proporciona maior entendimento frente à vivência da situação-problema do caso clínico, bem como de todas as etapas da simulação, o que oportuniza melhores avaliações frente à autoconfiança e satisfação na aprendizagem (COSTA et al., 2020; FRANZON et al., 2020; REIS et al., 2020; SANTOS et al., 2021).

Além disso, para cada aumento de um ponto no escore do fator Realismo espera-se um aumento relativo de 13,58% na média do escore total do fator Aprendizagem Ativa e um aumento relativo de 14,29% na média do escore total do fator Aprendendo e Fazendo Conexões. O cenário de posvenção teve sua construção proposta para uma vivência realista do apoio inicial a ser realizado junto a um sobrevivente enlutado por suicídio, buscando considerar as orientações e princípios esperados para a simulação de alta fidelidade (ALINIER, 2011; FABRI et al., 2017; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a; KANEKO; LOPES, 2019; NEGRI et al., 2019).

Dessa forma, todo o desenvolvimento do cenário objetivou a vivência de uma experiência que considerasse especificidades do luto por suicídio para que a aprendizagem do participante fosse valorizada e destacada de modo ativo, desde a construção realizada, perpassando pelo preparo dos envolvidos até o desenvolvimento do caso sobre a posvenção (BERARDELLI et al., 2020; KÔLVES et al., 2020; PITMAN et al., 2018).

Ao vivenciar uma situação de aprendizagem com realismo, o participante experiencia um situação-problema que se aproxima do cuidado a ser realizado, podendo construir seu conhecimento e ter oportunidades de aprendizagem, ou na significação ou no processamento da vivência por meio da simulação (CAREY; ROSSLER, 2022; PRESADO et al., 2018). Esses aspectos são reforçados, principalmente, pelo *debriefing* que proporciona a reflexão frente à teoria e à realidade (NASCIMENTO et al., 2020).

Os participantes que apresentaram dificuldades de acesso à *Internet* tiveram uma redução relativa significativa na média da pontuação do escore total do fator Resolução de Problemas (56,62%). Esse fator se relaciona diretamente com a participação ativa do participante em todas as etapas propostas na atividade simulada, sendo um dos itens que devem compor a simulação desde a construção do cenário (GENEROSO JUNIOR; BRANDÃO, 2020; OLIVEIRA et al., 2018). Logo, a dificuldade no acesso à *Internet* dos participantes criou barreiras para a vivência completa da telessimulação, com impactos na compreensão de objetivos, do desenvolvimento do caso simulado e até mesmo da reflexão frente ao *debriefing*, impactando assim o processo de solução de problemas relacionados ao apoio inicial a enlutados por suicídio por parte do participante.

Junto a isso, os participantes com formação acadêmica em psicologia apresentaram uma redução relativa de 53,39% na média da pontuação do escore total do fator Resolução de Problemas, em relação aos participantes com formação acadêmica em enfermagem. O cenário desenvolvido foi proposto por pesquisadoras da área da enfermagem, mas contou com um objetivo geral e abordagem de um público-alvo amplo, incluindo estudantes e profissionais da saúde que apresentaram formação prévia na área saúde mental.

Apesar de abordar aspectos amplos do apoio inicial a enlutados por suicídio, vale a consideração de que especificidades da atuação de psicólogos podem não ter sido destacadas nos objetivos traçados, aspecto esse que não gerou identificação com atitudes e habilidades da profissão, gerando impactos em questões e envolvendo a resolução de problemas, a qual pode não ter sido vivenciada de forma satisfatória por esse público. Assim, ressalta-se a necessidade do desenvolvimento de ações de formação e capacitação profissional, bem como fortalecimento de políticas públicas que fundamentem a atuação sobre a posvenção, de modo a considerar as especificidades das diversas categorias profissionais, de acordo com suas competências para a atuação no cuidado em saúde relacionado às temáticas de suicídio e luto por suicídio (RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019; STOPPA; WANDERBROOKE; AZEVÊDO, 2020).

7.3.3 Avaliação da experiência com o *debriefing*

A prática do *debriefing* no cenário foi avaliada pelos participantes por meio da Escala de Experiência com o *Debriefing*. Considerado um dos principais momentos da simulação, o *debriefing* do cenário apresentou tempo de duração estimado de 40 minutos, sendo conduzido pelos facilitadores da simulação de modo a promover a reflexão entre os participantes. Por meio do *debriefing*, as práticas desenvolvidas na simulação são ressaltadas, considerando as que foram assertivas e aquelas que podem ser aprimoradas para a prática clínica (ALMEIDA et al., 2016b; INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021d; PRESADO et al., 2018).

Diversos modelos de *debriefing* são descritos na literatura, aspecto esse que tem favorecido a escolha de uma proposta que esteja em consonância com o cenário desenvolvido (NASCIMENTO et al., 2020). Para o presente estudo, modelo escolhido foi o “*The Diamond*” (JAYE; THOMAS; REEDY, 2015), por oportunizar o momento do *debriefing* permeado por fases (descritiva, analítica e aplicativa) por meio de perguntas direcionadoras para todos os participantes da simulação. O papel do facilitador nessa construção se torna vital, visto que o mesmo realiza a condução do momento de *debriefing* com foco em evidenciar olhares, habilidades não técnicas e conhecimentos possíveis de serem aplicados na prática futura (JAYE; THOMAS; REEDY, 2015).

Em relação às respostas do instrumento de *debriefing*, as maiores médias para as subescalas de concordância e importância foram identificadas, respectivamente, no fator orientação apropriada do professor, enquanto as menores médias estiveram no fator aprendendo e fazendo conexões. Apesar de apresentar as menores médias, o fator aprendendo e fazendo conexões foi bem avaliado pelos participantes, com destaque para o item 12, “O *debriefing* ajudou-me a fazer conexões entre teoria e situações da vida real”, em que aproximadamente 93,0% dos participantes concordaram totalmente com a afirmação. Em relação ao fator orientação apropriada do professor, destacam-se os itens 19 e 20 que abordam a avaliação construtiva da atividade simulada durante o *debriefing*, bem como o fornecimento de orientações adequadas pelo professor, os quais obtiveram todas as respostas entre concordo e concordo muito.

O desenvolvimento de uma simulação com abordagem de questões voltadas ao suicídio e luto por suicídio pode suscitar diversos pensamentos e sentimentos por parte dos participantes, aspecto esse que também ocorre na prática profissional (STORINO et al., 2018). Estudos demonstram que as atitudes dos profissionais em saúde em relação ao comportamento suicida têm influência direta no cuidado a ser prestado (NORTON, 2017; STORINO et al., 2018), entretanto, pouco é retratado sobre a vivência do luto por suicídio por parte dos profissionais da saúde (CAUSER et al., 2019; RYTTERSTROM et al., 2020). Vale destacar que apesar de discussões complexas, as reflexões no *debriefing* são realizadas em ambiente seguro, orientado e acompanhado por facilitadores, favorecendo a construção do conhecimento sobre a abordagem do suicídio e luto (KLIPPEL et al., 2020).

Dessa forma, o reconhecimento do fator orientação apropriada do professor reforça a importância da participação do facilitador no *debriefing*, sendo sua atuação vital para a construção de conhecimento, suporte e reflexões nesse momento. Além disso, ressalta-se que é por meio do *debriefing* que o participante tem a possibilidade de analisar mais ativamente seus pensamentos e sentimentos, fator esse que obteve menores médias nas análises.

De acordo com Nascimento et al. (2020, p. 6), “Independente do estilo de *debriefing* adotado, uma sessão de reflexão organizada em fases, com objetivos de aprendizagem claros e precisos, configura tarefa extremamente difícil [...] pelo desafio de lidar com o inesperado, converter dificuldades em realizações e alcançar o aprendizado significativo”. Apesar de o *debriefing* ser um momento de aprendizagem, muitos participantes podem não se conectar às discussões realizadas ou até mesmo apresentar visões diferentes referentes ao desenvolvimento da simulação clínica. A falta de conforto e até mesmo a vivência de sentimentos que não foram

resolvidos podem influenciar negativamente a experiência do participante em relação ao *debriefing*.

Outro aspecto a ser mencionado neste estudo foi a realização de um *debriefing* em formato virtual, por meio da telessimulação. McCoy et al. (2017) reforçam que a telessimulação pode ser utilizada para o desenvolvimento do *debriefing*, com estudos já abordando questões sobre o *teledebriefing*, mediado pelo uso de recursos tecnológicos e audiovisuais (AHMED et al., 2014). Apesar dos avanços nessa área, a realização do *debriefing* ainda está associada à vivência da simulação clínica presencial, comumente realizado em formato oral ou oral relacionada à prática videoassistida (NASCIMENTO et al., 2020).

Em relação aos testes de associação, para cada aumento de um ponto no escore do fator Orientação Adequada do Professor espera-se um aumento relativo de 4,62% na média do escore total da *Escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning*. A orientação adequada do professor na simulação clínica fornece subsídios para o desenvolvimento do participante na simulação clínica (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021e). Portanto, participantes que se sentiram orientados pelo facilitador, durante a atividade simulada, apresentaram melhores médias relacionadas à satisfação e à autoconfiança na aprendizagem.

A simulação clínica oportuniza que o participante relacione conhecimentos prévios e atuais sobre as temáticas desenvolvidas, promovendo um efeito de impacto longitudinal em relação à construção de conhecimento e aprendizagem. Um recente estudo aponta que a simulação clínica proporcionou para os participantes um melhor desempenho cognitivo, a longo prazo, em comparação a outros métodos de ensino (ARAÚJO et al., 2021).

Apesar dessa análise, no presente estudo os participantes que tiveram contato prévio com conteúdos sobre a posvenção apresentaram uma redução relativa de 26,94% na média da pontuação do escore total do fator Aprendendo e Fazendo Conexões. Vale destacar que o contato prévio com a temática de posvenção pela maioria dos participantes pode interferir na experiência no cenário voltado para o apoio inicial, especialmente no que se refere à aprendizagem e às conexões, uma vez que os conhecimentos já existentes podem não ser totalmente abordados, respondidos e discutidos durante o *debriefing* da simulação.

7.3.4 Avaliação sobre práticas educativas da simulação

O último instrumento de avaliação do estudo foi o Questionário de Práticas Educativas. O questionário apresenta a característica de avaliar processos de aprendizagem e as percepções dos participantes, aspecto esse relevante na compreensão do desenvolvimento da simulação clínica sobre a posvenção. Nas respostas da subescala de concordância e importância, a maior

média foi avaliada no fator altas expectativas. A menor média nas subescalas foi identificada no fator aprendizagem ativa.

As altas expectativas em relação à simulação clínica foram descritas no instrumento pelos itens 15 e 16, por meio do entendimento dos participantes frente aos objetivos da simulação. Em ambos os itens, mais de 70,0% dos participantes mencionaram concordar totalmente com as afirmações, ou seja, concordaram que os objetivos foram claros e de fácil compreensão, sendo comunicados pelo professor, durante a experiência simulada. Os achados do presente estudo convergem com resultados vistos em outro estudo sobre a temática em que a simulação foi responsável por gerar altas expectativas em mais de 60,0% dos participantes (COSTA, 2014).

Além disso, o cenário de posvenção apresentou uma característica diferente, sendo realizado totalmente em formato virtual, o que pode gerar novas expectativas ao participante em relação à proposta. O ensino baseado em simulação é comumente conceituado como uma estratégia inovadora e que difere dos métodos tradicionais, aspecto esse que pode reforçar as altas expectativas frente à vivência simulada, uma vez que a maioria dos participantes da avaliação não apresentava contato prévio com a simulação de alta fidelidade (COSTA et al., 2020).

No fator Aprendizagem Ativa, destacaram-se as respostas do item 2, “Eu participei ativamente da sessão de *debriefing* após a simulação”. Apesar de a maioria dos participantes ressaltarem concordar com o item, 14,5% (n = 08) discordaram e 5,5% (n = 03) discordaram totalmente da afirmação. Durante a simulação clínica, o incentivo à aprendizagem ativa é um dos fatores a serem observados e promovidos pelo facilitador da atividade, principalmente no que se refere ao desenvolvimento do *debriefing* (ALMEIDA et al., 2016b). Adultos tendem a apresentar melhor aproveitamento na aprendizagem quando participam de forma ativa e engajada nos processos de ensino propostos (FANNING; GABA, 2007). Logo, o participante pode vivenciar as diversas etapas da simulação, entretanto, a participação ativa na sessão de *debriefing* se destaca como crucial para a construção do conhecimento na atividade simulada (BORTOLATO-MAJOR et al., 2021; FANNING; GABA, 2007).

O instrumento de práticas educativas também apresenta questões voltadas para a colaboração e maneiras diferentes de aprendizagem. Estudos anteriores evidenciaram que a valorização da simulação clínica se relaciona com práticas educativas que proporcionem o desenvolvimento de atividades colaborativas entre os participantes, bem como da oportunidade de aprender de formas diferentes (SANTOS; SESTELO; ALELUIA, 2021).

No cenário de posvenção, a atuação frente ao apoio inicial ao enlutado por suicídio foi realizada por dois participantes, instigando nesse processo a colaboração entre os envolvidos para o alcance do objetivo proposto. De acordo com Santos, Sestelo e Aleluia (2021, p. 37), a colaboração na simulação clínica se estabelece como “[...] um fator que permite uma aprendizagem através da oportunidade de trabalhar uns com os outros para resolver os mais diversos problemas que ocorreriam na realidade”. Em relação às maneiras diferentes de aprendizagem, destaca-se que as médias obtidas para concordância e importância foram próximas ao valor máximo, ressaltando assim que a telessimulação desenvolvida ofereceu possibilidades de se apreender a temática de apoio inicial a enlutados por suicídio, aspecto esse também analisado em estudo anterior (SANTOS; SESTELO; ALELUIA, 2021).

A aprendizagem ativa foi analisada nas associações. Para cada aumento de um ponto no escore do fator de Aprendizagem Ativa, observou-se um aumento relativo de 6,53% na média do escore total da dimensão Satisfação com a Aprendizagem Atual. A participação de forma ativa na simulação de alta fidelidade se relaciona com uma vivência única de aprendizagem, pela inserção em um cenário que simula a realidade do cuidado, com isso, o participante tem maiores oportunidades de desenvolvimento pessoal, com ganhos de satisfação em relação à construção de conhecimento realizada. Esses aspectos podem ser reforçados na participação ativa no *debriefing* (BORTOLATO-MAJOR et al., 2021; FANNING; GABA, 2007).

7.4 Avaliação do desenvolvimento de um curso de formação sobre a posvenção

Dentre outros resultados obtidos no presente estudo ressaltam-se os achados relacionados ao desenvolvimento do curso em que foi proposta a avaliação do cenário. Nas respostas dos participantes encaminhadas ao sistema Apolo, principalmente em relação a aspectos voltados ao conteúdo, avaliação, pessoal, apoio online e realização da proposta, o curso foi positivamente avaliado. Questões voltadas para o desenvolvimento de raciocínio lógico, resolução de problemas, tomada de decisão e construção de conhecimentos teórico-práticos para a atuação frente à posvenção também obtiveram bons resultados na avaliação. Além disso, a maioria dos participantes referiu recomendar o curso para outras pessoas.

Estudos recentes relacionados à simulação clínica também realizaram a avaliação de cenários simulados por meio de atividades de formação propostas em cursos, aspecto esse visto como uma possibilidade para a aproximação do público-alvo com o cenário (REIS et al., 2020; SANTOS et al., 2021). Não foram encontrados na literatura achados específicos sobre o desenvolvimento dos cursos relacionados à avaliação da simulação clínica, incluindo uma avaliação mais ampla das atividades realizadas, questão essa que pode ser explorada para

obtenção de retornos referentes à vivência dos participantes, principalmente com foco na área da saúde mental.

Por meio do curso sobre posvenção, os participantes tiveram acesso a diversos recursos e materiais voltados para o seu processo de formação em relação às temáticas de apoio aos sobreviventes enlutados por suicídio, simulação clínica a até mesmo de abordagens específicas sobre a telessimulação. Alguns desses materiais foram elaborados exclusivamente com foco na formação proposta para a simulação clínica sobre posvenção. A oferta de materiais e os recursos embasados na literatura científica para formação e capacitação profissional dos participantes são de suma importância para a qualificação da simulação realizada, visto que o cenário simulado deve ser vivenciado com a responsabilidade esperada para uma atuação na vida real (INACSL STANDARDS COMMITTEE et al., 2021a; NASCIMENTO et al., 2020; PRESADO et al., 2018).

Os resultados das avaliações dos participantes sobre o curso reforçaram aspectos descritos na literatura científica em relação à posvenção, especialmente das dificuldades de se obterem formações específicas sobre a temática. A aproximação de profissionais da saúde com questões voltadas ao suicídio, incluindo a prevenção e a posvenção, ainda são escassas e muitas vezes pouco abordadas em processos de formação, desde os cursos de graduação até em atividades que têm como foco a área de saúde mental (DANTAS, 2019; RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019).

Scavacini (2018) destaca que um dos maiores desafios relacionados às abordagens sobre prevenção e posvenção do suicídio está na conscientização e identificação da população sobre a temática, na mudança de atitudes, promoção de cuidado qualificado, absorção da demanda de cuidado, entre outros aspectos. Assim, a sensibilização dos profissionais da área da saúde, o investimento em pesquisas sobre a temática e a “[...] consolidação do termo posvenção e a capacitação para o desenvolvimento de atividades relacionadas ao luto por suicídio” (SCAVACINI, 2018, p. 240), permeiam entre algumas das estratégias a serem desenvolvidas.

Em relação aos achados sobre o desenvolvimento da telessimulação obtidos por parte do *checklist* de análise, foi possível observar que todos os momentos de realização das atividades simuladas foram bem avaliados pelos analisadores. Alguns estressores e dificultadores foram vivenciados nas atividades virtuais, mas foram resolvidos mediante o trabalho realizado pelas frentes de trabalho que formaram a comissão organizadora do curso. A atividade simulada proposta no formato virtual oferece desafios, pois ocorre mediada por uso de recursos, em sua grande maioria tecnológicos, tornando-se possível a ocorrência de

interferências que podem comprometer o desenvolvimento da simulação (BRAGA; BRESCIA; DANTAS, 2021).

Nesse formato a participação dos envolvidos na atividade é de grande importância e favorece o desenvolvimento da simulação de forma mais efetiva. Esse aspecto é reforçado em estudos sobre a simulação clínica que destacam a necessidade de inserção e engajamento dos participantes nas diversas fases da atividade, em especial, nos momentos de discussão e reflexão, como o *debriefing* (BORTOLATO-MAJOR et al., 2021; FANNING; GABA, 2007).

A simulação clínica proposta por meio da alta fidelidade apresenta potencial para a construção de conhecimento por parte do participante, possibilitando o aprimoramento de atitudes, conhecimentos e habilidades que poderão ser utilizados na formação e capacitação profissional em saúde (ALMEIDA et al., 2016a). Por essa razão, a sua utilização nos diversos contextos de ensino tem ganhado força ao longo dos últimos anos, propiciando aprimoramentos e novas chances de avaliação das práticas realizadas, para que o cuidado seja efetivado e forneça retornos para a população. Ressalta-se que a simulação clínica pode ser explorada por diversas áreas da saúde, sendo necessários aprofundamentos, na área da saúde mental, que ainda carecem de significativos estudos sobre a temática, em especial nas abordagens sobre posvenção.

8 CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo a construção, validação e avaliação de um cenário de simulação de alta fidelidade sobre a temática de apoio inicial prestado a enlutados por suicídio. Trata-se de um estudo metodológico desenvolvido em três etapas que teve como produto final um cenário, na íntegra, validado e avaliado para o desenvolvimento da simulação clínica na formação de diferentes categorias profissionais para atuação na posvenção.

Na primeira etapa, o cenário foi construído a partir de um roteiro elaborado para a pesquisa e seu conteúdo foi embasado em literatura científica nacional e internacional sobre as temáticas de simulação de alta fidelidade e posvenção, sendo intitulado de “Apoio inicial ao enlutado por suicídio (Posvenção)”. O cenário foi estruturado em: objetivo da simulação, *prebriefing*, prática simulada, Exame Clínico Objetivo Estruturado e *debriefing*.

Na segunda etapa, a validação do cenário foi realizada virtualmente por 10 juízes especialistas selecionados a partir de critérios definidos para a pesquisa. Os juízes apresentaram expertise nas temáticas de simulação de alta fidelidade e posvenção. As respostas das avaliações da validação foram analisadas por meio de testes estatísticos, incluindo o Índice de Validade de Conteúdo e a estatística *First-Order Agreement Coefficient* (AC1) de *Gwet*. Os resultados obtidos foram considerados significantes e indicaram a concordância, bem como confiabilidade da concordância entre as respostas dos juízes, tanto na análise geral como nas temáticas específicas do cenário. A partir dessa etapa, a versão validada do cenário foi disponibilizada para avaliação junto ao público-alvo.

Na terceira etapa, o cenário construído e validado foi aplicado e avaliado por estudantes e profissionais da área da saúde, virtualmente, por meio de telessimulação. A avaliação do cenário foi proposta e inserida nas atividades de um curso de formação sobre a posvenção, desenvolvido em duas edições. Para a avaliação foram aplicados quatro instrumentos, sendo o Questionário de Práticas Educativas, a Escala do *Design* da Simulação, a Escala *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning* e a Escala de Experiência com o *Debriefing*. Os participantes avaliaram positivamente o plano de simulação, a satisfação e autoconfiança na

aprendizagem e o *debriefing* desenvolvido a partir do modelo “*The Diamond*”. A simulação de alta fidelidade foi considerada como uma prática educativa efetiva e de potencial para a formação inicial sobre a temática de posvenção.

A partir dos testes de associação das variáveis do estudo foram obtidos desfechos que corroboraram com a avaliação do desenvolvimento da simulação de alta fidelidade sobre a posvenção no formato de telessimulação. Os resultados demonstram que participantes que apresentaram dificuldades de acesso à *Internet* tiveram reduções nas pontuações relacionadas à satisfação e à autoconfiança na aprendizagem realizada por meio da simulação. O contato prévio com a temática de posvenção também foi um aspecto relacionado com redução nas pontuações de satisfação com a aprendizagem no estudo.

Em relação ao *design* da simulação, destacou-se a importância da estruturação de objetivos e informações claras para o desenvolvimento da simulação de alta fidelidade, questões essas que também se relacionam com melhores pontuações em dimensões relacionadas à satisfação e à autoconfiança do participante. O realismo proporcionado pelo cenário esteve associado com a aprendizagem ativa e com os processos de aprender e fazer conexões dos participantes. A dificuldade de acesso à *Internet* e a formação acadêmica em psicologia estiveram associados a reduções no fator de problemas, item esse que compõe o *design* da simulação.

Os resultados das associações do *debriefing* realizado ressaltaram a importância da participação do professor (facilitador) da simulação, especialmente em processos de satisfação e autoconfiança com a aprendizagem. Entretanto, o contato prévio com a temática de posvenção esteve relacionado a reduções nas pontuações relacionadas ao fator de aprendizagem e conexões que faz parte das avaliações relacionadas ao *debriefing*. Para as práticas educativas da simulação, os testes evidenciaram associações entre que a aprendizagem ativa e satisfação com o ensino promovido pelo desenvolvimento da atividade simulada sobre a posvenção.

A construção, validação e avaliação de um cenário simulado sobre a posvenção visam contribuir para o aprimoramento da formação de recursos humanos em saúde para o apoio inicial a enlutados por suicídio. A promoção de um curso de formação sobre a temática também evidencia possibilidades e estratégias que podem ser utilizadas combinadas ao desenvolvimento da prática simulada.

Assim, o aprofundamento de estudos que envolvem a abordagem da posvenção por meio de embasamento teórico-científico tem potencial para aprimorar processos de ensino-aprendizagem na área de saúde mental que envolvam e reconheçam questões sobre a vivência do luto por suicídio e a importância do cuidado junto aos enlutados. Desse modo, essa proposta

pode embasar futuras iniciativas no campo da pesquisa e da prática clínica que possam favorecer e divulgar a temática de posvenção ao nível nacional e internacional.

O desenvolvimento deste estudo fortalece as construções científicas sobre o apoio aos sobreviventes enlutados, conscientizando as discussões sobre a posvenção, principalmente ao considerar as dificuldades e desafios presentes na assistência em saúde mental prestadas por profissionais de saúde, que destacam a sensação de despreparo, de dificuldade em resolutividade e tomada de decisão no cuidado a ser prestado envolvendo questões do suicídio, sendo questões que podem ser trabalhadas e aprimoradas por meio da simulação clínica.

Os significados positivos presentes na simulação de alta fidelidade e a possibilidade de elaboração de um cenário que se aproxime da realidade vivenciada na prática clínica e nos cuidados prestados junto aos enlutados possibilita que a temática da posvenção possa ser trabalhada de forma efetiva na formação de recursos humanos em saúde por meio da educação baseada em simulação. Dessa forma, o cenário elaborado, validado e avaliado se destaca por ser um produto inédito, acessível e com potencial inovador para contribuir nos processos de melhoria do cuidado em saúde sobre o apoio a enlutados por suicídio.

9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresentou limitações que serão apresentadas de acordo com às três etapas do trabalho. Em relação à construção do cenário, o roteiro utilizado não apresentou validação prévia com juízes especialistas, embora tenha sido elaborado pela autora em conjunto com pesquisadores especialistas. O conteúdo do cenário não foi baseado em um estudo específico e sistematizado de revisão de literatura, porém foi fundamentado na literatura científica nacional e internacional. O cenário elaborado é uma produção inédita que necessitará de atualizações periódicas em seu conteúdo, de acordo com os avanços científicos sobre as temáticas de posvenção e simulação clínica.

Na etapa de validação, as buscas dos juízes especialistas foram realizadas apenas na plataforma Lattes, sem a utilização de outros métodos de busca, o que restringiu a seleção de pesquisadores brasileiros que apresentavam currículo cadastrado no sistema. Após a finalização da validação do cenário, testes da simulação foram realizados com membros do grupo de pesquisa no qual a autora do estudo faz parte, entretanto indica-se o desenvolvimento de testagens mais amplas com o público-alvo da atividade simulada.

Na etapa de avaliação, as limitações estiveram relacionadas com o desenvolvimento do cenário de simulação no formato virtual, principalmente por dificuldades de acesso à *Internet*. Por estar vinculada à realização de um curso de formação, a participação na etapa de avaliação não apresentou a adesão desejada, sendo obtido um número de participantes inferior à amostra definida no método do estudo ($n = 100$). Em relação à participação na pesquisa em formato virtual, destaca-se que a não obrigatoriedade de responder aos itens dos instrumentos de coleta de dados gerou lacunas na obtenção de respostas dos participantes.

10 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA E ESTUDOS FUTUROS

O presente estudo oferece subsídios para instituições de ensino (cursos de graduação e pós-graduação) e saúde (educação continuada, entre outros) em relação à abordagem da posvenção, temática essa ainda pouco reconhecida nos processos de formação de recursos humanos em saúde. Assim espera-se que o desenvolvimento do presente cenário possa oportunizar a construção de novas simulações que abordem o apoio a sobreviventes enlutados por suicídio em outros contextos de cuidado e até mesmo considerando a realização de ações e intervenções de posvenção a médio e longo prazo.

Logo, espera-se que estudos futuros possam promover a avaliação dos efeitos do uso da simulação clínica na formação profissional para melhor compreensão da aplicação desse cenário. Também se sugere a realização da avaliação da simulação por meio dos instrumentos descritos no estudo no formato presencial, fornecendo dados que podem ser comparados com os achados obtidos na presente pesquisa em que a telessimulação foi avaliada. O estudo também proporciona resultados que podem ser aprofundados em futuras pesquisas na área de simulação clínica em saúde mental, incluindo as abordagens sobre a validação do roteiro utilizado na simulação e também a validação do cenário em outros países, considerando sua fundamentação em literatura internacional.

REFERÊNCIAS

ABAJAS-BUSTILLO, R. et al. Using high-fidelity simulation to introduce communication skills about end-of-life to novice nursing students. **Healthcare (Basel)**, v. 29, n 8, p. 1-15, 2020. DOI: 10.3390/healthcare8030238

AHMED, R. et al. Teledebriefing: connecting learners to faculty members. **Clinical Teacher**, v. 11, p. 270-273, 2014.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011.

ALINIER, G. Developing high-fidelity health care simulation scenarios: a guide for educators and professionals. **Simulation & Gaming**, v. 42, n. 1, p. 9-26, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1046878109355683>

ALMEIDA, R. G. S. **Simulação clínica: validação de instrumentos de ensino-aprendizagem para a língua portuguesa**. 2016. 140 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25012017-165059/pt-br.php>

ALMEIDA, R. G. S. et al. Validação para a língua portuguesa do Educational Practices Questionnaire (Student Version). **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 390-396, 2016a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600054>

ALMEIDA, R. G. S. et al. Validação para a língua portuguesa da Simulation Design Scale. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 934-940, 2015a. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500004570014>

ALMEIDA, R. G. S. et al. Validação para a língua portuguesa da escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1007-1013, 2015b. DOI: 10.1590/0104-1169.0472.2643

ALMEIDA, R. G. S. et al. Validação para a língua portuguesa da Debriefing Experience Scale. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 705–711, 2016b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400705

ALMEIDA, A. O. et al. Development, validation and application of clinical simulation scenarios for assessment of stomatherapy specialists. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, e20200360, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0360>

ALVES, M. G. et al. Construção e validação de exame clínico objetivo estruturado (OSCE) sobre ressuscitação cardiopulmonar. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, n. 23, p. 1-9, 2019. DOI: 10.5935/1415-2762.20190105

ANDRIESSEN, K. Can postvention be prevention?. **Crisis**, n. 30, p. 43-47, 2009. DOI: 10.1027/0227-5910.30.1.43

ANDRIESSEN, K. et al. Current postvention research and priorities for the future: results of a survey. **Crisis**, v. 38, n. 3, p. 202–206, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000459>

ANDRIESSEN, K. et al. Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 1, p. 1–15, 2019a. DOI: 10.1186/s12888-019-2020-z

ANDRIESSEN, K. et al. Suicide postvention service models and guidelines 2014–2019: A Systematic Review. **Frontiers in Psychology**, v. 10, n. 2677, p. 1-22, 2019b. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02677>

ANDRIESSEN, K.; KRYSINSKA, K.; GRAD, O. T. **Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support**. 1. ed. Boston: Hogrefe & Huber Pub, 2017. 423 p.

ANTONIASSI, R. P. N.; RODACOSKI, G. C.; FIGEL, F. C. Propostas de ações do comitê de prevenção e posvenção do suicídio em uma Secretaria Municipal de Saúde. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. 2, p. 11-25, 2019.

ARAÚJO, M. S. et al. Efeito da simulação clínica na retenção do conhecimento de estudantes de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. 1-8, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO000955>

ASSIS, M. S. et al. Simulação em enfermagem: produção do conhecimento da pós-graduação no Brasil de 2011 a 2020. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 30, e20200090, p. 1-17, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0090>

- BARTONE, P. T. Et al. Peer support services for bereaved survivors: a systematic review. **Omega (United States)**, v. 80, n. 1, p. 137–166, 2019. DOI: 10.1177/0030222817728204
- BASTIANI, F. et al. Gaussian Markov random field spatial models in GAMLSS. **Journal of Applied Statistics**, v. 45, n. 1, p.168-186, 2018. DOI: 10.1080/02664763.2016.1269728
- BEAUTRAIS, A. L. Suicide Postvention: support for families Whānau and significant others after a suicide. **Christchurch School of Medicine & Health Sciences**, p. 1-19, 2004.
- BELLINI, S. et al. Depression, hopelessness, and complicated grief in survivors of suicide. **Frontiers in Psychology**, v. 9, p. 1–6, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5852099/pdf/fpsyg-09-00198.pdf>
- BERARDELLI, I. et al. Making sense of the unique pain of survivors: a psychoeducational approach for suicide bereavement. **Frontiers in Psychology**, v. 11, p. 1–8, 2020. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01244
- BERGAMASCO, E. C.; MURAKAMI, B. M; CRUZ, D. A. L. M. Uso da Escala de Satisfação dos Estudantes e Autoconfiança com a Aprendizagem (ESEAA) e da Escala do Design da Simulação (EDS) no ensino de enfermagem: relato de experiência. **Revista Científica - Scientia Medica**, v. 28, n. 3, 2018. DOI: 10.15448/1980-6108.2018.3.31036
- BERTOLOTE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.
- BORTOLATO-MAJOR, C. et al. Debriefing evaluation in nursing clinical simulation: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 788-794, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0103>
- BRAGA, D. S.; BRESCIA, A. T.; DANTAS, D. M. P. Access and use of technological devices and internet in higher education in Minas Gerais. **In SciELO Preprints: Human Sciences**, v. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2571>
- BRANDÃO, C. F. S. **Simulação clínica e habilidades na saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2020.
- BRASIL. **Boletim epidemiológico 33**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, v. 52, 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf

BRASIL. **Lei Nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/113819.htm

BRASIL. **Plataforma Lattes CNPq: sobre a plataforma Lattes.** Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (Online), 2021b. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br>

BRASIL. **Tecnologia auxilia no enfrentamento da COVID-19.** Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SASP), 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/7996>

BRASIL, G. C. et al. Utilização de escalas de design e autoconfiança na avaliação da simulação realística materno-infantil. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 19, 2018. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV18025>

BRAZ, M. S.; FRANCO, M. H. P. Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37 n. 1, 90-105, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>

CAMPOS, R. C.; HOLDEN, R. R.; SANTOS, S. Exposure to suicide in the family: suicide risk and psychache in individuals who have lost a family member by suicide. **Journal of Clinical Psychology**, v. 74, n. 3, p. 407-417, 2018. DOI: 10.1002/jclp.22518

CAREY, J. M.; ROSSLER, K. **The how when why of high fidelity simulation.** In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559313/>

CAUSER, H. et al. What is the experience of practitioners in health, education or social care roles following a death by suicide? A qualitative research synthesis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 7, n. 16, e3293, 2019. DOI: 10.3390/ijerph16183293

CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO (CETIC.br). **Cresce o uso de Internet durante a pandemia e número de usuários no Brasil chega a 152 milhões.** Cetic.br., 2021. Disponível em: <https://cetic.br/pt/pesquisa/domicilios/indicadores/>. Acesso em: 06 junho de 2022.

CEREL, J. et al. How many people are exposed to suicide? Not six. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 49, n. 2, p. 529–534, 2018. DOI: 10.1111/sltb.12450

CICOGNA, J. I. R; HILLESHEIM, D.; HALLAL, A. L. L. C. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 1, p. 1–7, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000218>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Manual de simulação clínica para profissionais de enfermagem**. São Paulo: Acervo Coren, 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>

COOK, F. J. Executive summary and goals and objectives of the U.S. National Postvention Guidelines. **Death Studies**, v. 41, n. 10, p. 622–628, 2017. DOI: 10.1080/07481187.2017.1335546

CORO-MONTANET, G. et al. Protocolo de entrenar actores para escenarios de alta fidelidad en educación médica. **Simulación Clínica**, v. 1, n. 3, p. 144-148, 2019. DOI: 10.35366/RSC193E

COSTA, R. R. et al. Simulação clínica no desempenho cognitivo, satisfação e autoconfiança na aprendizagem: estudo quase-experimental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 1, 2020.

COSTA, R. R. O. **A simulação realística como estratégia de ensino-aprendizagem em enfermagem**. 2014. 116 f Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/19550/1/RaphaelRaniereDeOliveiraCosta DISSERT.pdf>

CREPEAU-HOBSON, M. F., LEECH, N. L. The impact of exposure to peer suicidal self-directed violence on youth suicidal behavior: a critical review of the literature. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 44, n. 1, p. 58-77, 2014. DOI: 10.1111/sltb.12055

DAHDAH, D. F. et al. Revisão sistemática sobre luto e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 1, p. 186-196, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1079>

DANIEL, M. C. et al. Contributions to the teaching process learning the practice of realistic simulariam: an sistematic review. **Research, society and development**, v. 10, n. 14, e303101421956, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.2195>

DANTAS, E. S. O. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, e290303, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290303>

DOCHERTY, A. et al. Enhancing student engagement: innovative strategies for intentional learning. **Journal of Professional Nursing**, v. 34, n. 6, p. 470-474, 2018. DOI: 10.1016/j.profnurs.2018.05.001

DUBÉ, M. et al. COVID-19 pandemic preparation: using simulation for systems-based learning to prepare the largest healthcare workforce and system in Canada. **Advances in Simulation**, v. 18, n. 5, 2020. DOI: 10.1186/s41077-020-00138-w

DURKHEIM, E. **O suicídio – Um estudo sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

DUTRA, K. et al. Vivenciando o suicídio na família: do luto à busca pela superação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2146-2153, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0679>

ECHEVARRIA-GUANILO, M. E.; GONÇALVES, N.; ROMANISKI, P. J. Psychometric properties of measurement instruments: conceptual basis and evaluation methods - Part II. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, e20170311, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-tce-2017-0311>

ENGEL, G. L. Is grief a disease? A challenge for medical research. **Psychosomatic Medicine**, v. 23, p. 18-22, 1961.

FABRI, R. P. et al. Construção de um roteiro teórico-prático para simulação clínica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03218, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016016403218>

FAHEY, R. A.; MATSUBAYASHI, T.; UEDA, M. Tracking the Werther Effect on social media: emotional responses to prominent suicide deaths on twitter and subsequent increases in suicide. **Social Science and Medicine**, v. 219, n. 3, p. 19–29, 2018. DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.10.004

- FANNING, R. M.; GABA, D. M. The role of debriefing in simulation-based learning. **Simulation in Healthcare**, v. 2, n. 2, p. 115-125, 2007. DOI: 10.1097/SIH.0b013e3180315539
- FERGUSON, M. et al. The impact of suicide prevention education programmes for nursing students: a systematic review. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 29, n. 5, p. 756-771, 2020. DOI: 10.1111/inm.12753
- FERREIRA, T. D. G. et al. Assistance related to suicidal behavior at a mobile emergency service: sociodemographic and clinical associated factors. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 33, n. 2, p. 136–142, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.11.012>
- FIGUEIREDO, A. E. B. Crise suicida: avaliação e manejo [resenhas]. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3633-3634, 2018.
- FLEISS, J.; LEVIN, B.; PAIK, M. **Statistical methods for rates & proportions**. 3 ed. New York: Wiley & Sons, 2003.
- FRANZON, J. C. et al. Implications of the clinical practice in simulated activities: student satisfaction and self-confidence. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. 1–7, 2020. DOI: 10.5935/1415-2762.20200003
- FREUD, S. **Luto e Melancolia**. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 245-263.
- FREUND, R. J.; WILSON, W. J.; SA, P. **Regression analysis – statistical modeling of a response variable**. San Diego: Elsevier, Inc., 2006.
- FUKUMITSU, K. O. **Sobreviventes enlutados por suicídio: cuidados e intervenções**. 1 ed. São Paulo: Summus, 2019.
- FUKUMITSU, K. O.; KOVÁCS, M. J. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. **Psico**, v. 47, n. 1, p. 3, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.1.19651>
- GARBUIO, D. C. et al. Clinical simulation in nursing: experience report on the construction of a scenario. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 10, n. 8, p. 3149-55, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i8a11388p3149-3155-2016>
- GARLAND, C. et al. The application of low-fidelity chest tube insertion using remote

telesimulation in training healthcare professionals. **Cureus**, v. 11, n. 12, e6273, 2019. DOI: 10.7759/cureus.6273

GENEROSO JUNIOR, J. R.; BRANDÃO, C. F. S. **Simulação conceitos básicos**. In: NETO, A. S.; FONSECA, A. S.; BRANDÃO, C. F. S. (org). *Simulação Clínica e Habilidades na Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2020, p. 25-31.

GULFI, A. et al. The impact of patient suicide on the professional practice of swiss psychiatrists and psychologists. **Academic Psychiatry**, v. 40, n. 1, p. 13-22, 2016. DOI: 10.1007/s40596-014-0267-8

GURGEL, W. B.; MOCHEL, E. G.; MIRANDA, M. C. Educação para a morte: análise da formação tanatológica dos graduandos de Enfermagem da UFMA. **Cadernos de Pesquisa**, v. 17, n. 2, p. 61-68, 2010.

GWET, K. **Handbook of inter-rater reliability: How to estimate the level of agreement between two or multiple raters**. Gaithersburg: Stataxis Publishing Company Gaithersburg, 2001.

HAWKINS, A.; TREDGETT, K. Use of high-fidelity simulation to improve communication skills regarding death and dying: a qualitative study. **BMJ Support Palliat Care**, v. 6, n 4, p. 474-478, 2016. DOI: 10.1136/bmjspcare-2015-001081

HERRON, E. K. et al. Effect of case study versus video simulation on nursing students' satisfaction, self-confidence, and knowledge: a quasi-experimental study. **Nurse Education Today**, v. 79, p. 129–134, 2019. DOI: 10.1016/j.nedt.2019.05.015

HOFSTRA, E. et al. Effectiveness of suicide prevention interventions: a systematic review and meta-analysis. **General Hospital Psychiatry**, v. 63, p. 127-140, 2020. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2019.04.011

HOSCHL, C. et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. **Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 7, p. 646-59, 2016. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X

INACSL STANDARDS COMMITTEE et al. Healthcare simulation standards of best practice simulation design. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 58, p. 14-21, 2021a. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.009>

INACSL STANDARDS COMMITTEE et al. Healthcare simulation standards of best

practicetm simulation glossary. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 58, p. 57-65, 2021b. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.017>

INACSL STANDARDS COMMITTEE et al. Healthcare simulation standards of best practicetm outcomes and objectives. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 58, p. 40-44, 2021c. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.013>

INACSL STANDARDS COMMITTEE et al. Healthcare simulation standards of best practicetm the debriefing process. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 58, p. 27-32, 2021d. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.011>

INACSL Standards Committee et al. Healthcare simulation standards of best practicetm facilitation. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 58, p. 22-26, 2021e. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.010>

INACSL Standards Committee et al. Healthcare simulation standards of best practicetm prebriefing: preparation and briefing. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 58, p. 9-13 2021f. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.008>

JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 20, n. 4, p. 769-776, 1994. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1994.20040769.x

JAYE, P.; THOMAS, L.; REEDY, G. The Diamond: a structure for simulation debrief. **The Clinical Teacher**, v. 12, n. 3, p. 171-175, 2015. DOI: 10.1111/tct.12300

JIMÉNEZ-RODRÍGUEZ, D. et al. Simulated nursing video consultations: an innovative proposal during covid-19 confinement. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 48, p. 29-37, 2020. DOI: 10.1016/j.ecns.2020.08.004

JORDAN, J. R.; MCINTOSH, J. L. **Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors**. Brunner-Routledge: New York, 2011.

KADDOURA, M. et al. Perceived benefits and challenges of repeated exposure to high fidelity simulation experiences of first degree accelerated bachelor nursing students. **Nurse Education Today**, v. 36, p. 298–303, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.07.014>

KANEKO, R. M. U.; LOPES, M. H. B. M. Realistic health care simulation scenario: what is relevant for its design?. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, e03453, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018015703453>

KIM, J. H. Multicollinearity and misleading statistical results. **Korean Journal of Anesthesiology**, v. 72, n. 6, p. 558–569, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4097/kja.19087>

KLIPPEL, C. et al. Contribuição do debriefing no ensino baseado em simulação. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 14, p. 1-5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.241872>

KÖLVES, K. et al. Suicide and sudden death bereavement in Australia: a longitudinal study of family members over 2 years after death. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 54, n. 1, p. 89-98, 2020. DOI: 10.1177/0004867419882490

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo/FAPESB, 2003.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/SkwBgq7Xm8GLKJpQxmMMpDh/?format=pdf&lang=pt>

KOVÁCS, M. J. Medo da morte. In: KOVÁCS, M. J. **Morte e Desenvolvimento Humano**. 5 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p.14-27.

KREUZ, G.; ANTONIASSI, R. P. N. Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio. **Psicologia em Estudo**, v. 25, e42427, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.42427>

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer (Paulo Menezes, Trad.)**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

KUNST, E. L.; MITCHELL, M.; JOHNSTON, A. N. B. Using simulation to improve the capability of undergraduate nursing students in mental health care. **Nurse Education Today**, v. 50, p. 29–35, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.12.012>

KUTNER, M.; NACHTSHEIM, C.; NETER, J. **Applied linear statistical models**. 4th. Florida: McGraw-Hill Irwin, 2004.

- LA CERRA, C. et al. Effects of high-fidelity simulation based on life-threatening clinical condition scenarios on learning outcomes of undergraduate and postgraduate nursing students: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 9, n. 2, e025306, 2019. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-025306
- LEAUNE, E. et al. The SUPPORT-S protocol study: a postvention program for professionals after patient or user suicide. **Frontiers in Psychology**, v. 5, n. 11, p. 805, 2020. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00805
- LEENAARS, A. A. Lives and deaths: biographical notes on selections from the works of Edwin S. Shneidman. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 40, n. 5, p. 476-91, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.5.476>
- LESTANDER, Ö.; LEHTO, N.; ENGSTRÖM, Å. Nursing students' perceptions of learning after high fidelity simulation: effects of a three-step post-simulation reflection model. **Nurse Education Today**, v. 40, p. 219-24, 2016. DOI: 10.1016/j.nedt.2016.03.011
- LEVINE, J.; SHER, L. How to increase the role of social workers in suicide preventive interventions. **Acta Neuropsychiatrica**, v. 16, p. 1–10, 2020. DOI: 10.1017/neu.2020.11
- LIAW, S. Y. et al. Comparison of virtual patient simulation with mannequin-based simulation for improving clinical performances in assessing and managing clinical deterioration: randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 17, n. 16, e214, 2014. DOI: 10.2196/jmir.3322
- LICHTENTHAL, W. G. et al. Cause of death and the quest for meaning after the loss of a child. **Death Studies**, v. 37, n. 4, p. 311-342, 2013. DOI: 10.1080/07481187.2012.673533
- LINDE, K. et al. Grief interventions for people bereaved by suicide: a systematic review. **PLoS ONE**, v. 12, n. 6, p. 1–20, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0179496.
- LUNA, I. J. O modo de enlutamento na contemporaneidade e o aporte do construcionismo social. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 22, n. 46, p. 20-35, 2013. Disponível em: <https://revistanps.emnuvens.com.br/nps/article/view/111>
- MAPLE, M. et al. Is Exposure to suicide beyond kin associated with risk for suicidal behavior? a systematic review of the evidence. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 47, n. 4, p. 461-474, 2017. DOI: 10.1111/sltb.12308

MAPLE, M. et al. Providing support following exposure to suicide: a mixed method study. **Health & Social Care in the Community**, v. 27, n. 4, p. 965-972, 2019. DOI: 10.1111/hsc.12713

MARTINS, F. S. L. et al. Telessimulação na área da saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 3, p. 1-11, 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e9884.2022>

MATOS, D. A. S. Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional. **Estudos em avaliação educacional**, São Paulo, v. 25, n. 59, p. 298-324, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.18222/eae255920142750>

MCCOY, C. R. et al. Telesimulation: an innovative tool for health professions education. **AEM Education and Training**, v. 1, n. 2, p. 132-136, 2017. DOI: 10.1002/aet2.10015

MCCRAY, G. **Assessing inter-rater agreement for nominal judgement variables**. Paper presented at the Language Testing Forum. Nottingham, November 15-17, 2013.

MELO, M. S. 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. DOI: 10.17696/2318-3691.27.1.2020.1911

MELO, M. C. B. et al. Ensino mediado por técnicas de simulação e treinamento de habilidades de comunicação na área da saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 26, e1805, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20160105>

MELO, M. C. B. et al. **A simulação o ensino da graduação**. In: NETO, A. S.; FONSECA, A. S.; (org). **Simulação Clínica e Habilidades na Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2020, p. 95-101.

MESKA, M. H. et al. Satisfaction and self-confidence of nursing students in simulated scenarios with the use of unpleasant odors: randomized clinical trial. **Revista Científica - Scientia Medica**, v. 28, n. 1, 2018.

MIRANDA, F. B. G.; MAZZO, A.; JUNIOR, G. A. P. Uso da simulação de alta fidelidade no preparo de enfermeiros para o atendimento de urgências e emergências: revisão da literatura. **Revista Científica - Scientia Medica**, v. 1, n. 28, p. 1-9, 2019.

MIRANDA, A. C. et al. **Simulação no ensino da pós-graduação**. In: NETO, A. S.; FONSECA, A. S.; BRANDÃO, C. F. S. (org). *Simulação Clínica e Habilidades na Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2020, p. 103-111.

MIRZA, N. et al. Simulated patient scenario development: a methodological review of validity and reliability reporting. **Nurse Education Today**, v. 85, p. 104222, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104222>

MONTGOMERY, D. C.; PECK, E. A.; VINING, G. G. **Introduction to linear regression analysis**. New York: John, Wiley and Sons, Inc, 2006.

MORAES, S. M. et al. Atitudes relacionadas ao suicídio entre graduandos de enfermagem e fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 6, p. 643–649, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600090>

MUGHAL, S.; AZHAR, Y.; SIDDIQUI, W. J. **Grief Reaction**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020.

MULLER, S. A.; PEREIRA, G.; ZANON, R. B. Estratégias de prevenção e posvenção do suicídio: estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 9, n. 2, p. 6–23, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpi/v9n2/02.pdf>

NASCIMENTO, J. S. G. et al. Pré-simulação, pré-briefing ou briefing na simulação em enfermagem: quais as diferenças?. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 22, n. 60171, p. 1-10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.60171>

NASCIMENTO, J. S. G. et al. Métodos e técnicas de debriefing utilizados em simulação na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, e20190182, p. 1-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190182>

NEGRI, E. C. et al. Construction and validation of simulated scenario for nursing care to colostomy patients. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, e0180199, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE- 2018-0199>

NEGRI, E. C. et al. Simulação clínica com dramatização: ganhos percebidos por estudantes e profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, e2916, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1807.2916>.

NORTON, K. Responding to a suicide death: the role of first responders. **Death Studies**, v. 41, n. 10, p. 639-647, 2017. DOI: 10.1080/07481187.2017.1335550

NUNES, F. et al. O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: Revisão integrativa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 15, n. 15, p. 17–22, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0127>.

OLIVEIRA, S. N. et al. Da teoria à prática, operacionalizando a simulação clínica no ensino de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 1791-1798, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0180>

PADILHA, J. M et al. Clinical virtual simulation in nursing education: randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 21, n. 6, e14155, 2019. DOI: 10.2196/11529

PEREIRA, S. M.; PIRES, E. F. As experiências de perdas e luto na contemporaneidade: um estudo bibliográfico. **Revista Educação**, v.13, n. 1, 2018. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/educacao/article/view/2837>

PITMAN, A. L. et al. The stigma associated with bereavement by suicide and other sudden deaths: a qualitative interview study. **Social Science & Medicine**, v. 198, p. 121-129, 2018. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.12.035

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, v. 29, n. 5, p. 489-97, 2006. DOI: 10.1002/nur.20147

PRESADO, M. H. C. V. et al. Aprender com a simulação de alta fidelidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 51–60, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.23072017>

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos um desafio para a Psicolinguística. **Letras de Hoje**, v. 44, n. 3, p. 86–93, 2009. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/view/5768>

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2021. Disponível em: <https://www.R-project.org/>

REIS, S. N. et al. Conhecimentos, satisfação e autoconfiança em profissionais de saúde: simulação com manequim versus paciente-ator. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, n. 3, e20034, 2020. DOI: 10.12707/RV20034

RIEGEL, F. et al. Desenvolvendo o pensamento crítico no ensino de Enfermagem: um desafio em tempos de pandemia de Covid-19. **Escola Anna Nery**, v. 25, p. 1-5, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0476>

RIGBY, R. A.; STASINOPOULOS, D. M. **The GAMLSS project: a flexible approach to statistical modelling**. In: KLEIN, B.; KOSHOLM, L. (eds.), *New Trends in Statistical Modelling: Proceedings of the 16th International Workshop on Statistical Modelling*, p. 249–256. Odense, Denmark. 2001.

RIGBY, R. A.; STASINOPOULOS, D. M. Generalized additive models for location, scale and shape, (with discussion). **Journal of Applied Statistics**, n. 54, p. 507–554, 2005.

ROCHA, L. A. C. et al. Validação de cenários simulados para estudantes de enfermagem: avaliação e tratamento de Lesão por Pressão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 23, p. 67489, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v23.67489>

ROCHA, P. G.; LIMA, D. M. A. Suicídio: peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. **Psicologia Clínica**, v. 31, n. 2, p. 323-344, 2019. DOI: <https://doi.org/10.33208/PC1980-5438v0031n02A06>

ROSS, V.; KÖLVES, K.; DE LEO, D. Exploring the support needs of people bereaved by suicide: a qualitative study. **OMEGA Journal of Death and Dying**, v. 82, n. 4, p. 632-645, 2019. DOI: 10.1177/0030222819825775

ROSTILA, M.; SAARELA, J.; KAWACHI, I. "The psychological skeleton in the closet": mortality after a sibling's suicide. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 49, n. 6, p. 919-927, 2014. DOI: 10.1007/s00127-013-0780-1

RUCKERT, M. L. T.; FRIZZO, R. P.; RIGOLI, M. M. Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 15, n. 2, p. 85–91, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190013>.

RUTHERFORD-HEMMING, T.; LIOCE, L.; BREYMIER, T. Guidelines and essential elements for prebriefing. **Simulation in healthcare: journal of the Society for Simulation in Healthcare**, v. 14, n. 6, p. 409–414, 2019. DOI: 10.1097/SIH.0000000000000403

RYTTERSTROM, P. et al. Impact of suicide on health professionals in psychiatric care mental healthcare professionals' perceptions of suicide during ongoing psychiatric care and its impacts on their continued care work. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 29, n. 5, p. 982-991, 2020. DOI:10.1111/inm.12738

SALVIAN, M. Multicolinearidade. 2016. In: LCE 5801 Regressão e covariância, 2016, Piracicaba, São Paulo. **Anais [...]**. Piracicaba: ESALQ/USP, 2016.

SAKAMOTO, Y.; ISHIGURO, M.; KITAGAWA, G. **Akaike Information Criterion Statistics**. D. Reidel Publishing Company, 1986.

SANTOS, B. M. et al. Medical education during the covid-19 pandemic: a scoping review. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília , v. 44, supl. 1, e139, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200383>

SANTOS, K. B. et al. Treinamento por simulação para admissão hospitalar de pacientes com COVID-19: avaliação de profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 30, e20200569, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0569>

SANTOS, E. C. N. et al. Paciente simulado versus simulador de alta fidelidade: satisfação, autoconfiança e conhecimento entre estudantes de enfermagem no Brasil. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, e76730, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.76730>

SANTOS, T. A.; SESTELO, M. R.; ALELUIA, I. M. B. Percepção discente sobre a qualidade das práticas educativas em cenário de simulação na graduação médica. **Revista Internacional de Educação e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 27-41, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2594-7907ijhe.v5i1.3109>

SCAVACINI, K. **O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio**. 2018. 742 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-26102018-155834/publico/scavacini_do.pdf

SCAVACINI, K.; CORNEJO, E. R.; CESCO, L. F. Grupo de apoio aos enlutados pelo suicídio: uma experiência de posvenção e suporte social. **Revista M**, v. 4, n. 7, p. 201-214, 2019. DOI: <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.201-214>

SHNEIDMAN, E. **Deaths of man**. New York: Quadrangle. 1973.

SHNEIDMAN, E. **A Commonsense book of death Refections at Ninety of a Lifelong Thanatologist**. Oxford: University Press. 2008.

SILVA, A. C. et al. **Promoção da saúde mental em pandemia e situações de desastres**. 1 ed. Ribeirão Preto: PRCEU USP, p. 1-43, 2020. Disponível em: <https://inspiracao-leps.com.br/wp-content/uploads/2020/12/Cartilha-2020-USP-digital-completa-OK.pdf>

SILVA, A. C.; VEDANA, K. G. G. **Recomendações para planos de posvenção em contextos institucionais e educacionais**. 1 ed. Ribeirão Preto: Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio, p. 1-27, 2019. Disponível em: <https://inspiracao-leps.com.br/wp-content/uploads/2019/10/Recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-Planos-de-Posven%C3%A7%C3%A3o-Educ.pdf>

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e serviços de saúde (Impresso)**, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>

STOPPA, R. G.; WANDERBROOKE, A. C. N. S.; AZEVÊDO, A. V. S. Profissionais de saúde no atendimento ao usuário com comportamento suicida no Brasil: revisão sistemática. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 4, p. 65-80, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.vi.1065>

STORINO, B. D. et al. Attitudes of health professionals toward suicidal behavior. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 369-377, 2018. DOI: 10.1590/1414-462X201800040191

TOO, L. S. et al. Clusters of suicides and suicide attempts: detection, proximity and correlates. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 26, n. 5, p. 491-500, 2017. DOI: 10.1017/S2045796016000391.

TORMAN, V. B. L.; COSTER, R.; RIBOLDI, J. Normality of variables: diagnosis methods and comparison of some nonparametric tests by simulation. **Revista Clinical & Biomedical Research**, v. 32, p. 227-234, 2012.

TREJO-MEJÍA, J. A. et al. Reliability analysis of the objective structured clinical examination using generalizability theory. **Medical Education Online**, v. 18, n. 21, e31650, 2016. DOI: <https://doi.org/10.3402/meo.v21.31650>

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Setembro é o mês de prevenção ao suicídio**. In: Jornal da USP. São Paulo: USP, 2018a. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/setembro-e-o-mes-de-prevencao-ao-suicidio>. Acesso em: 30 abr. 2019.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Suicídio e suas causas são tema do “USP Analisa”**. In: Jornal da USP. São Paulo: USP, 2018b. Disponível em: <https://jornal.usp.br/radio-usp/radioagencia-usp/suicidio-e-suas-causas-sao-tema-do-usp-analisa/>. Acesso em: 30 abr. 2019.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **USP Analisa #28: Docente discute consequências do isolamento social para a saúde mental**. In: Jornal da USP. São Paulo: USP, 2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/podcast/usp-analisa-28-docente-discute-consequencias-do-isolamento-social-para-a-saude-mental/>. Acesso em: 30 abr. 2019.

VATCHEVA, K. P. et al. Multicollinearity in regression analyses conducted in epidemiologic studies. **Epidemiology (Sunnyvale, Calif.)**, vol. 6, n. 2, 2016. DOI:10.4172/2161-1165.1000227

VAZ, R. A.; VAZ, W. M. O processo de individualização dos estudantes universitários como manejo do comportamento suicida. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 14, n. 4, p. 1-12, dez. 2019.

VEDANA, K. G. G.; ZANETTI, A. C. G. Attitudes of nursing students toward to the suicidal behavior. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, e3116, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2842.3116>

VEDANA, K. G. G. et al. Attitudes towards suicidal behaviour and associated factors among nursing professionals: a quantitative study. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 24, n. 9-10, p. 651–659, 2017. DOI: 10.1111/jpm.12413

VEDANA, K. G. G. **Lidando com o luto por suicídio**. 1 ed. Ribeirão Preto: PRCEU USP, p. 1-20, 2018. Disponível em: <https://inspiracao-leps.com.br/wp-content/uploads/2019/08/CARTILHA-LIDANDO-COM-O-LUTO-POR-SUIC%C3%8DDIO.pdf>

VENABLES, W. N.; RIPLEY, B. D. **Modern Applied Statistics with S**. 4 ed. Springer. 2002.

WAINWRIGHT, V. et al. Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: a qualitative study. **British Journal of General Practice**, v. 30, n. 70(691), p. 102-110, 2020. DOI: 10.3399/bjgp20X707849

WILLIAMS, B. et al. Simulation and mental health outcomes: a scoping review. **Advances in Simulation**, v. 2, n. 2, 2017. DOI: 10.1186/s41077-016-0035-9

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental**. São Paulo: Roca, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing suicide: preventing suicide: a global imperative. **WHO/MSD/MER**, p. 1-92, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide in the world: global health estimates. **WHO/MSD/MER**, s. 1, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. **WHO/MSD/MER**, p. 1-40, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

YAMANE, M. T. et al. Simulação realística como ferramenta de ensino na saúde: uma revisão integrativa. **Revista Espaço Para a Saúde**, v. 20, n. 1, p. 87-107, 2019. DOI: 10.22421/15177130-2019v20n1p87

ZALSMAN, G. et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. **Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 7, p. 646-59, 2016. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X

ZISOOK, S.; SHEAR, K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. **World Psychiatry**, n. 8, p. 67-74, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691160/pdf/wpa020067.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro do cenário de simulação de alta fidelidade

Desenvolvido por: Aline Conceição Silva e Laysa Fernanda Silva Pedrollo (Membros do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Prevenção e Posvenção do Suicídio - LEPS EERP/USP).

Supervisão e orientação: Prof^ª. Dr^ª. Kelly Graziani Giaccherro Vedana

Ano: 2020

Título do cenário - Autoria e Contato		
Autores: _____		
Contato (<i>e-mail</i>): _____		
Data da atualização do cenário: __/__/_____		
Título do cenário:	Avaliação sobre o item	Sugestões e comentários
Detalhar título	() adequado () regular () inadequado	
Objetivo geral do cenário (<i>objetivo a ser atingido pelos participantes do cenário simulado:</i>)	Avaliação sobre o item	Sugestões e comentários
Detalhar objetivo(s)	() adequado () regular () inadequado	
Público-alvo do cenário (<i>participantes do cenário:</i>)	Avaliação sobre o item	Sugestões e comentários
Detalhar público-alvo	() adequado () regular () inadequado	
Quantidade de pessoas necessárias para o desenvolvimento do cenário	Avaliação sobre o item	Sugestões e comentários
Detalhar envolvidos	() adequado () regular () inadequado	
Recursos Físicos e Materiais (<i>Nesta seção estão pontuados os itens básicos necessários para realização da simulação</i>)		Sugestões e comentários
Físicos Detalhar recursos	Materiais Detalhar recursos	() adequado () regular () inadequado
Estudo prévio para os participantes e observadores da simulação:	Avaliação sobre o item	Sugestões e comentários
Estes materiais serão disponibilizados pelos coordenadores do cenário, via <i>e-mail</i> , para a leitura/visualização prévia por todos os participantes envolvidos.	() adequado () regular () inadequado	

Detalhar materiais de estudo.			
Tempo de duração (tempo estimado de duração de cada uma das etapas do cenário)		Avaliação sobre o item	Sugestões e comentários
1. <i>Prebriefing</i> (15 minutos); 2. Simulação (20 minutos); 3. <i>Debriefing</i> (40 minutos).		() adequado () regular () inadequado	
<i>Prebriefing (Informações sobre contratos e condução da simulação)</i>		Avaliação sobre o item	Sugestões e comentários
- Detalhar informações		() adequado () regular () inadequado	
<i>Prebriefing (apresentação das orientações básicas do caso simulado – poderão ser lidas e nenhuma das informações deve ser omitida).</i>		Avaliação sobre o item	Sugestões e comentários
Essa será uma simulação com xx paciente simulado (encenador).		() adequado () regular () inadequado	
<i>Instruções para o encenador (instruções que compõem o preparo do encenador para atuar no caso simulado. O preparo deve ser realizado nos dias que antecedem a simulação).</i>		Avaliação sobre o item	Sugestões e comentários
<p><u>Pistas que necessariamente você abordará no caso</u> - Detalhar pistas</p> <p><u>Pistas que você abordará se tiver possibilidades/opportunidade</u> - Detalhar pistas</p> <p><u>Observação:</u> é necessário que o encenador conheça o “Exame Clínico Objetivo Estruturado” (item a seguir) antes da encenação, para que possa programar suas pistas de acordo com o que se espera do cenário.</p>		() adequado () regular () inadequado	
Exame Clínico Objetivo Estruturado (itens a serem considerados na avaliação do desempenho dos participantes do cenário, conforme o(s) objetivo(s) da simulação. Para cada item a seguir, avalie se ação realizada foi executada adequadamente, utilizando as opções de resposta SIM ou NÃO.		Avaliação sobre o item	Sugestões e comentários
Itens avaliados	Avaliação	() adequado () regular () inadequado	
Detalhar itens	() sim () não	() adequado () regular	

		() inadequado	
Debriefing Etapa desenvolvida após o cenário por meio de três fases consecutivas (descritas a seguir). Nesse momento todos os participantes do cenário (participantes e observadores) serão convidados para refletir e dialogar sobre a simulação e experiências, conhecimentos, sentimentos e aprendizados envolvidos na prática simulada, com destaque para aspectos listados e avaliados nos itens do Exame Clínico Objetivo Estruturado.		Avaliação sobre o item	
<i>Fase Descritiva (Evidenciar olhares sobre o que ocorreu no caso, sem julgamentos sobre a performance dos participantes durante a simulação)</i> <ul style="list-style-type: none"> • O que aconteceu durante a realização da simulação (elencar objetivo)? (Questão direcionada aos participantes e observadores do cenário) 		() adequado () regular () inadequado	
<i>Fase Analítica (Evidenciar olhares sobre habilidades não-técnicas envolvidas na simulação que foram importantes para os participantes)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Como se sentiram durante a realização da simulação (elencar objetivo)? Comentem. (Questão direcionada aos participantes e observadores do cenário) • Como realizaram a simulação (elencar objetivo)? (Questão direcionada aos observadores) • Como consideram o seu desempenho no trabalho em grupo durante a simulação (elencar objetivo) (Questão direcionada aos participantes do cenário) • Quais ações positivas foram realizadas na simulação (elencar objetivo)? (Questão direcionada aos participantes e observadores do cenário) 		() adequado () regular () inadequado	
<i>Fase Aplicativa (Evidenciar olhares sobre como os participantes poderão aplicar o conhecimento em sua prática clínica)</i> <ul style="list-style-type: none"> • O que fariam diferente durante uma nova vivência de apoio inicial a uma pessoa enlutada por suicídio? (Questão direcionada aos participantes do cenário) • O que poderão levar dessa experiência, vivenciada da simulação (elencar objetivo), para a sua prática profissional? (Questão 		() adequado () regular () inadequado	

direcionada aos participantes e observadores do cenário)		
Referências	Avaliação sobre o item	Sugestões e comentários
Inserir referências utilizadas na construção do cenário	<input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> inadequado	

Referências

ALINIER, G. Developing high-fidelity health care simulation scenarios: A guide for educators and professionals. **Simulation & Gaming**, v. 42, n. 1, 9-26, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1046878109355683>

FABRI, R. P. et al. Construção de um roteiro teórico-prático para simulação clínica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03218, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016016403218>

INACSL STANDARDS COMMITTEE et al. Healthcare simulation standards of best practice simulation design. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 58, p. 14-21, 2021a. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.009>

INACSL STANDARDS COMMITTEE et al. Healthcare simulation standards of best practice simulation glossary. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 58, p. 57-65, 2021b. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.017>

MELO, M. C. B. et al. Ensino mediado por técnicas de simulação e treinamento de habilidades de comunicação na área da saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 26, e1805, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20160105>

APÊNDICE B – Etapa de Validação: Carta Convite

Carta convite enviada, via *e-mail*, aos juízes especialistas para participação na etapa de validação do cenário de Simulação de Alta Fidelidade “Apoio inicial ao enlutado por suicídio (posvenção)”

Prezado (a) _____,

O Laboratório de Estudos e Pesquisa em Prevenção e Posvenção do Suicídio (LEPS) coordenado pela Profa Dra Kelly Graziani Giacchero Vedana (da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo) está desenvolvendo um projeto de pesquisa que tem como principal objetivo a construção e validação de cenários para prática do ensino simulado na prevenção do suicídio.

Por reconhecimento de sua experiência e potencial contribuição sobre a temática de interesse desse estudo, o(a) senhor(a) está sendo convidado para avaliar os objetivos de aprendizagem, fundamentação teórica, preparo do cenário, desenvolvimento do cenário, *debriefing* e avaliação. Sua colaboração é importante para nós, uma vez que a utilização da prática simulada no processo ensino-aprendizagem de profissionais da saúde tem apresentado papel fundamental em sua formação.

Caso aceite colaborar com nossa pesquisa, enviaremos, via *e-mail*, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para preenchimento pelo *Google Forms*, assim como, o material a ser avaliado e instrumentos para avaliação do cenário de simulação.

Para cumprir o cronograma dessa pesquisa, solicitamos que a partir do recebimento deste material o(a) senhor(a) possa retornar o mesmo no prazo máximo de 30 dias (data – campo a ser preenchido ao envio de cada *e-mail*).

Após o envio das avaliações o(a) senhor(a) receberá certificado do Laboratório de estudos e pesquisa em prevenção e posvenção do suicídio (LEPS) confirmando sua participação na pesquisa como avaliador.

Estamos à disposição para esclarecimentos. Em caso de dúvidas, o(a) senhor(a) pode responder este *e-mail*.

Desde já agradecemos sua disponibilidade e atenção. Estamos certos de que sua colaboração ampliará as possibilidades deste estudo.

Atenciosamente,

Mestranda Laysa Fernanda Silva Pedrollo
Prof^a Dr^a Kelly Graziani Giacchero Vedanna
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

ETAPA DE VALIDAÇÃO – JUÍZES ESPECIALISTAS

Prezado (a) _____,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Simulação de Alta Fidelidade para a formação de profissionais de saúde para a prevenção do suicídio: construção e validação de cenários” desenvolvida pelo Laboratório de Estudos e Pesquisa em Prevenção e Posvenção do Suicídio (LEPS). O objetivo principal da pesquisa é a construção e validação de cenários de simulação de alta fidelidade para formação de profissionais de saúde.

Para validação deste material foram selecionados avaliadores de acordo com requisitos pré-definidos (expertise em saúde mental, comportamento suicida ou ensino simulado). Dessa forma, gostaríamos de convidá-lo para participar desta pesquisa como avaliador (a) do cenário de simulação de acordo com os instrumentos que se encontram em anexo no *e-mail*. A avaliação perpassa por análise dos objetivos de aprendizagem, fundamentação teórica, preparo do cenário, desenvolvimento do cenário, *debriefing* e avaliação. Sua participação não possui despesas mas exigirá cerca de 40 minutos e atenção para leitura e avaliação dos itens do instrumento.

Garantimos que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para validação do cenário de simulação e que não serão divulgados nenhum tipo de informação pessoal, garantindo o sigilo de suas informações. Os riscos de participar dessa pesquisa estão associados a sentimentos de coerção de participação, mas é importante entender que sua participação é livre, sem objeções de terceiros. Você também poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento sem quaisquer tipos de danos. Sua participação é voluntária e sem retorno financeiro. Em caso de eventuais danos relacionados a esta pesquisa, as pesquisadoras responsáveis se comprometem a indenização devida, seguindo as normativas da resolução nº466 de 12 dezembro de 2012. Em relação aos benefícios da participação na pesquisa ressaltamos o aprendizado sobre a temática e colaboração com construção de material para formação profissional.

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa.

Em caso de dúvidas contatar a pesquisadora responsável e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP. :

Coordenadora da Pesquisa: Kelly Graziani Giacchero Vedanna Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP. CEP 14040-902

Telefone: (16) 3315-3408 E-mail: kelly.giacchero@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisas EERP/USP: Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP – Brasil. CEP 14040-902.

Telefone: (16) 3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

Horário de funcionamento: de 2ª à 6ª feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16 h.

Esse documento se apresenta em duas vias, sendo uma via do pesquisador e a outra via pertencente ao participante da pesquisa.

Para aceitar ou recusar participar da pesquisa basta clicar nas opções a seguir: “aceitar” quando declara aceitar de espontânea vontade a participação e “recusar” quando para recusar a participar. É importante compreender que você pode retirar sua participação em qual momento da pesquisa através dos contatos acima.

APÊNDICE D – Questionário sociodemográfico juízes especialistas

Etapa validação: Cenário de Simulação de Alta Fidelidade sobre Posvenção

Olá, avaliador(a)!

Após o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), convidamos o(a) senhor(a) para colaborar na avaliação de nossa pesquisa. Neste formulário o(a) senhor(a) terá acesso a três seções:

- 1) Formulário "Dados de Caracterização do Avaliador";
- 2) Material de apoio com alguns conceitos sobre as temáticas envolvidas na avaliação;
- 3) Formulário "Avaliação do Cenário de Simulação" - deverá ser respondido conforme a sua avaliação.

O tempo médio para responder a avaliação completa é de 40 minutos, e as respostas preenchidas não ficam salvas, por essa razão, é importante que ao final de sua avaliação as suas respostas sejam enviadas. Após a finalização e envio da avaliação, o(a) senhor(a) receberá um certificado do Laboratório de Estudos e Pesquisa em Prevenção e Posvenção do Suicídio (LEPS), via *e-mail*, confirmando sua participação na pesquisa como avaliador. Mais uma vez agradecemos sua colaboração. Boa avaliação!

Endereço de *e-mail*: _____

Data da avaliação: _____

Nome completo: _____

Data de nascimento: _____

Localização geográfica (Cidade/Estado): _____

Formação acadêmica (graduação) _____

Atuação profissional: _____

Tempo de atuação profissional (anos): _____

Apresenta contato com a temática de posvenção? () SIM ou () NÃO

Apresenta contato com a temática de Simulação de Alta Fidelidade (SAF)?

() SIM ou () NÃO

Apresenta interesse em avaliar outros cenários de Simulação de Alta Fidelidade?

() SIM ou () NÃO

Desenvolvido por: Aline Conceição Silva e Laysa Fernanda Silva Pedrollo (Membros do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Prevenção e Posvenção do Suicídio LEPS EERP/USP).

Supervisão e orientação: Prof^ª. Dr^ª. Kelly Graziani Giaccherro Vedana

APÊNDICE E – Leitura de apoio para validação do cenário

Etapa validação: Cenário de Simulação de Alta Fidelidade sobre Posvenção

Antes de iniciar a avaliação do cenário apresentamos alguns conceitos sobre as temáticas de "Posvenção" e "Simulação de Alta Fidelidade". A leitura não é obrigatória, mas complementar. Esperamos que estas informações contribuam para melhor compreensão da temática e do material a ser avaliado.

POSVENÇÃO

A posvenção é caracterizada pelo cuidado, suporte social e individual a ser prestado às pessoas enlutadas por suicídio⁽¹⁾, também chamados de “sobreviventes”, e é considerada como estratégia para prevenção do suicídio. Pode ser desenvolvida por meio de um conjunto de ações⁽²⁾, sendo mais eficaz quando ocorre de forma rápida e ativa⁽³⁾. Em casos em que a posvenção não é realizada o luto pode se tornar prolongado ou complicado, sendo necessário maior suporte para o enfrentamento do processo⁽⁴⁾.

SIMULAÇÃO DE ALTA FIDELIDADE

A simulação é elaborada com base em um cenário previamente construído. A prática simulada é desenvolvida em três momentos, a) *Prebriefing* (Pré-simulação), b) Simulação (Execução, de acordo com o cenário proposto) e c) *Debriefing* (Pós-simulação)⁽⁵⁾

a) *Prebriefing*: Preparo de todos os participantes e contextualização da atividade simulada. Tem como objetivo oferecer orientações e informações básicas necessárias para os participantes visando o desenvolvimento da simulação⁽⁵⁾.

b) Simulação: Momento em que se executa a simulação da prática clínica. Acontece de acordo com as orientações apresentadas na pré-simulação, embasado no cenário construído e sem interferência externa. Prioriza-se a tomada de decisão dos participantes envolvidos⁽⁵⁻⁶⁾.

c) Debriefing: Momento realizado com todos os envolvidos na simulação, em que ocorre reflexão e discussão sobre a experiência vivenciada na simulação de alta fidelidade⁽⁵⁾.

REFERÊNCIAS

1. ANDRIESSEN, K. et al. Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014–2019: A Systematic Review. **Frontiers in Psychology**, v. 10, n. 2677, p. 1-22, 2019b. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02677>.
2. COOK, F. J. Executive summary and goals and objectives of the U.S. National Postvention Guidelines. **Death Studies**, v. 41, n. 10, p. 622–628, 2017. DOI: 10.1080/07481187.2017.1335546.
3. MAPLE, M. et al. Providing support following exposure

to suicide: A mixed method study. **Health Soc Care Community**, v. 27, n. 4, p. 965-972, 2019. DOI: 10.1111/hsc.12713.

4. MUGHAL, S.; AZHAR, Y.; SIDDIQUI, W. J. **Grief Reaction**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020.

4. PRESADO, M. H. C. V. et al. Aprender com a simulação de alta fidelidade. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 51–60, 2018.

5. KUNST, E. L.; MITCHELL, M.; JOHNSTON, A. N. B. Using simulation to improve the capability of undergraduate nursing students in mental health care. **Nurse Education Today**, v. 50, p. 29–35, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.12.012>.

APÊNDICE F – Quadro de modificações propostas

Etapa validação (resultados): Compilado das sugestões e comentários dos juízes especialistas obtidos na etapa de validação do cenário simulado para apoio inicial a enlutados por suicídio.

Desenvolvido por: Laysa Fernanda Silva Pedrollo (Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Prevenção e Posvenção do Suicídio LEPS EERP/USP).

Orientação: Profa. Dra. Kelly Graziani Giacchero Vedana

Quadro - Compilado de sugestões juízes (n = 10) do cenário “Apoio inicial ao enlutado por suicídio” (2021)

Tópicos	Sugestões	N*
Título do cenário	Alteração do título de “apoio inicial” para “acolhimento inicial”.	2
	Substituição do termo “inicial” para “precoce”.	1
Objetivo geral do cenário	Especificar tipo de ação de apoio desenvolvida no cenário (exemplo: psicossocial, no campo afetivo ou social, cognitivo, atitudinal).	2
	Aplicação do cenário em outros contextos além da visita domiciliar.	1
	Acrescentar ao objetivo "Reconhecer sentimentos" e desenvolver ações de apoio.	1
Público-alvo	Rever o público "profissionais da área de educação". Por ser de uma área distinta, talvez seja necessária uma outra abordagem.	4
	Inserir frase que especifique que o público-alvo tenha realizado capacitação prévia.	1
	Incluir outros públicos (profissionais de segurança pública e de assistência, público leigo, em especial, lideranças religiosas que têm um papel fundamental nesta área).	1
	Tornar mais claro quem exatamente irá participar do cenário (por que alunos ou profissionais?).	1
	Encenador talvez não seja o nome mais adequado. Talvez utilizar paciente padronizado (ator). Existe um dicionário em simulação que padroniza essas	1

	definições, seria importante utilizar como referência.	
Número de participantes	Ter três participantes/alunos (para além do paciente/ator) do que dois, porque isso permite que todas as dinâmicas internas de um grupo apareçam e tenham que ser manejadas entre eles- conflito, coesão, cooperação, formação de liderança, maioria, vieses, etc. É claro que dois alunos e um ator já formam a tríade mínima para estabelecer a situação como grupal, mas como os papéis são diferentes e geralmente o ator tem um <i>script</i> a seguir o funcionamento com, no mínimo, 3 alunos é outro.	1
	Tornar claro o porquê de dois participantes como público- alvo (observadores também são público- alvo, pois irão aprender com essa experiência. Encenador talvez não seja o nome mais adequado, pois dá a impressão de falsidade. Talvez intérprete seja mais adequado.	1
	Não está claro o que se compreende por “desenvolver a simulação” para que se possa avaliar a adequação da quantidade de coordenadores.	1
	Na minha experiência apenas participam um colaborador, um participante e um encenador. Percebemos que com dois participantes um espera o outro, e o cenário não flui.	1
Recursos físicos e materiais	Por se tratar de simulação de alta fidelidade sugiro preparar o ambiente o mais próximo do real. Seria importante nos recursos deve-se descrever com mais detalhes quais serão os materiais, objetos e móveis que irão compor o cenário (exemplo: ambiente domiciliar), objetivando atingir o realismo (do ponto de vista estrutural).	3
	Sugiro que a roupa também seja similar à utilizada no campo, principalmente quanto ao uso ou não do jaleco e crachá, isso por conta dos significados não ditos que estes itens apresentam.	1
	Além do laboratório ou sala de aula, esta simulação pode acontecer em uma unidade básica por exemplo, ou em um auditório onde os atores possam ficar na frente do público, para realizar a atividade. Pode ser mais cadeiras. Prancheta ou cadernos é	1

	mais adequado quando fazemos visitas domiciliares.	
	Será necessária, para maior fidedignidade, uma sala de espelho, para permitir a observação com a mínima interferência.	1
	Especificar se o ambiente será iluminado, limpo e organizado ou se será desorganizado com aspecto de sujo, caracterizando desleixo... O ambiente que ocorrerá a visita será uma sala, cozinha ou outro cômodo.	1
Estudo prévio	Incluir mais referências para estudo e consulta prévia.	1
	Aula expositiva e materiais impressos são mais fáceis de serem integrados pelos participantes da simulação e podem ser consultados a qualquer momento. Importante acrescentar outros textos sobre o tema do luto e da posvenção.	1
	Acredito que as referências bibliográficas devem conter mais de um autor que disserte sobre o tema.	2
	Especificar com quanto tempo prévio irá disponibilizar esse material, pois a depender dessa ação poderá ter efeitos no rendimento dos participantes no cenário.	
Tempo de duração	Otimizar o tempo. Talvez reduzir um pouco de tempo em cada etapa. Embora a temática seja complexa, cenários com tempo superior a 50 minutos podem parecer cansativos e proporcionar inquietação e desvio da atenção.	1
	Sugiro que o tempo do item 2, simulação, seja uma indicação, mas não rigidamente estabelecido, para permitir o fechamento da atuação em um momento propício.	1
	Que tal usar palavras em português, como preparação, simulação e compartilhamento? Tenho dúvidas se 20 minutos são suficientes para isso.	1
	Tempo maior para o <i>prebriefing</i> e simulação (sugestão: 20 e 30 minutos respectivamente).	1
	Para a simulação, sugiro tempo entre 25 e 30 minutos.	1
	O <i>prebriefing</i> geralmente é conduzido de forma objetiva e precisa, portanto a duração pode ser ainda	1

	menor do que a descrita, a depender da complexidade da situação.	
<i>Prebriefing</i> (contratos e condução)	Poderia deixar este ponto para uma adaptação diante de um cenário desconhecido para o aluno/profissional (casa, paciente, contexto real, imprevistos) e treinar esse manejo. Deve considerar que essa etapa da simulação deve ser breve e objetiva.	2
	A depender da quantidade de observadores que vocês tiverem, sugiro colocar como um dos itens do contrato verbal a proibição específica de gravação de áudio e vídeo da dinâmica.	1
	Não é necessário manter os itens de passagem de plantão, prontuário e prescrição medicamentosa, visto que se trata de uma visita domiciliar.	1
	Discutir nesse momento também a importância de se observar os próprios sentimentos, durante a simulação.	1
<i>Prebriefing</i> (apresentação das orientações básicas do caso)	Sugiro padronizar o termo paciente padronizado /ator / encenador. Neste cenário entra o aluno e o profissional da área da saúde? Recomendo: Você é profissional da unidade básica de saúde e foi requisitado pela equipe para realizar uma visita domiciliar (continua a frase).	1
	Caso o paciente tenha alguma comorbidade ou condição preexistente que potencialmente altere a avaliação de risco dessa pessoa (como depressão, por exemplo), talvez fosse interessante incluir no enunciado.	1
	Mudaria a descrição sobre a limitação do tempo, justificando a volta à unidade de saúde para participação de uma reunião. Limitar o tempo apenas para uma questão didática.	1
	No objetivo constam profissionais da área da educação. Não sou especialista na área de saúde mental, mas se esse cenário for adequado para esse tipo de profissional desenvolver, lembrar de colocá-lo no texto que será lido.	1
	Padronizar a palavra encenador (paciente padronizado).	1

Instruções para encenador	Inserir mais frases para o encenador ou treinar antes.	1
	Falar sobre sintomas fisiológicos como sono e apetite que são muito importantes nesse momento.	1
ECOE**	Considerar um item "Parcial" e ou "observações/comentários". Por ser um cenário que se trabalham aspectos da comunicação/atitudinais, é importante que sejam avaliados o quão adequada foi a intervenção/condução em cada questão do <i>checklist</i> . Além disso, sugiro a inserção de uma coluna de "Avaliação global". A partir dos comentários/observações, se pode bonificar ou despontuar o estudante.	2
	Poderia ser interessante ter um campo de sugestão de melhoria, caso a resposta seja não.	1
ECOE 1	Possibilitar espaço de expressão da pessoa enlutada sobre sentimentos, emoções, experiências e necessidades, respeitando o ritmo e o tempo da pessoa.	1
ECOE 2	Esta questão mistura muitas reações completamente diferentes. Um aluno pode lidar muito bem com a solidão e culpa demonstrada, mas ter sido bastante inepto ao lidar com a raiva ou reação de aniversário, por exemplo. Sugiro a partir de um cabeçalho único separar cada resposta para avaliação com sim/não. Seria algo do tipo: Dialogar adequadamente sobre especificidades do luto por suicídio que podem gerar sofrimento: culpa ()sim () não raiva () sim () não.	1
	Incluir parcialmente. Incluir a questão da complexidade do fenômeno do suicídio. Realizar psicoeducação sobre as especificidades do luto.	1
ECOE 3	Incluir parcialmente.	1
ECOE 4	Rede de apoio formal e informal.	1
	Acho que seria interessante separar lugares e pessoas. São tipos de ajuda bem diferentes. Ao	1

ECOIE 5	misturar os dois conceitos, pode-se perder esse nível de análise.	
	Sempre lembrando que pode ser que o enlutado pode preferir se isolar, e não há nada de errado com isso. E, com frequência, o isolamento se dá pela inadequação da rede de apoio em acolher a dor do luto.	1
ECOIE 6	Basta avaliar a presença de comportamento suicida. *Os alunos terão aula sobre isso? Pois, é muito complexo para poder avaliar em 20 minutos.	1
	Comportamentos atuais ou prévios.	1
ECOIE 7	Lembrando que ela pode oscilar, que não há regras para a maneira com que vive e expressa sua dor e seu luto.	
	Importante frisar que as atividades do cotidiano serão diferentes pela ausência de quem morreu. Esse item não pode ser mandatório, pois o enlutado pode se sentir pressionado.	1
	Incentivar a pessoa a realizar o autocuidado, porém a morte do ente querido é muito recente para incentivar que se façam as atividades do cotidiano, isso soa muito senso comum. O enlutado pode sentir isso como uma desqualificação de seus sentimentos.	1
ECOIE 8	Explicar o motivo desta orientação.	1
	Isso é muito relativo, pois haverá situações na vida real em que a pessoa enlutada é a única que poderá tomar certas decisões. E o que seriam decisões impactantes ou drásticas? É difícil ter uma noção disso já num primeiro encontro. Talvez, o melhor seja orientá-la a buscar ajuda de alguém, caso ela necessite tomar tais decisões. (Para conversar, trocar ideias, ou mesmo designar a tarefa).	1
ECOIE 9	Talvez fosse interessante incluir o comportamento almejado e não só o que deve ser evitado, do contrário o aluno pode pensar "ok, eu não devo fazer isso, mas faço o que no lugar?".	1

	Há que se ter cuidado com os itens anteriores que podem ser interpretados como um roteiro a ser cumprido pelo abordador e pelo enlutado, que se não seguir as recomendações, pode ser tratado de uma forma negativa pelos profissionais que o acolheram.	1
ECOIE 10	Sem sugestões de juízes.	-
Debriefing fase descritiva	Não sei se o referencial teórico escolhido se limita à orientação inserida. Porém, é importante também que nessa fase inicial se questione sobre o que era o caso e o que o estudante realizou do início ao fim do cenário. Isso pode nos auxiliar na identificação de possíveis intervenções. Em algumas situações, os estudantes executam algumas ações inadequadas por não ter compreendido muito bem a situação. Ex.: o que era o cenário? O que você fez (do início ao fim)? Além disso, esse questionamento já auxilia na introdução da fase analítica.	1
	Acho que seria interessante também levantar além do que sentiram (tanto emocionalmente como fisicamente), o que estava passando pela cabeça deles durante o acolhimento inicial, o que pensaram. Isso em conjunto permite possivelmente acessar crenças e preconceitos arraigados com relação à lida de enlutados por suicídio e também de sobreviventes de tentativas e ressignificá-los.	1
Debriefing fase analítica	Cabe também a realização de uma breve síntese (pode ser a leitura do <i>checklist</i> pelo instrutor.	1
	Incluir qual foi o maior desafio apresentado pela situação para cada um individualmente (seria uma questão direcionada aos participantes do cenário). Falar sobre desafios, ao invés de dificuldades, erros ou mudanças necessárias permite acessar processos mais internos dos alunos dentro de uma ótica mais propositiva/positiva.	1
	Compartilhamento talvez seja uma palavra mais adequada a esta etapa.	1
	Na segunda questão, “O que fariam diferente.” também deveria ser direcionada aos observadores.	1

Debriefing fase aplicativa	Quais as dificuldades experimentadas? (Participantes e observadores).	1
Referências	Gosto bastante do formato de <i>debriefing</i> sugerido pela professora Verónica Rita Dias Coutinho. Se pertinente, podem consultar alguns dos seus trabalhos.	1
	Verificar se existem pessoas enlutadas entre os participantes, se há memórias traumáticas ou disparadoras, quais recursos emocionais (técnicas de regulação, <i>Mindfulness</i> , etc.) ou outros recursos poderão acessar (serviços de saúde, apoio acadêmico/comunitário, CVV, etc), pois as simulações costumam mobilizar muitos sentimentos, lembranças e cenas. Talvez a finalização da simulação possa incluir como padrão um fechamento específico (contato e apoio compartilhado aplicado em alguma técnica de relaxamento, contenção, etc.).	1
	Incluir o livro do Worden, “Aconselhamento do luto e terapia do luto - um manual para profissionais da saúde mental”, que tem um capítulo só sobre luto complicado e outro só sobre tipos especiais de perda, entre elas o suicídio. E também o livro do Botega “Crise suicida: avaliação e manejo”. Todos também são materiais excelentes, propositivos, claros e concisos e que estão em português. Há também no coursera um curso de "Psychological first aid" da Johns Hopkins que é muito bom e traz várias simulações. Por ser vídeo é bem mais acessível. Ele pode ser visto gratuitamente como aluno ouvinte.	1
	Sinto falta da inserção de outras referências sobre luto por suicídio no Brasil e sua posvenção. Tem muita publicação interessante que ampliaria o contexto deste importante instrumento de preparação para profissionais.	1
	Sugiro capítulo sobre o luto dos sobreviventes, que está como cap. V no livro “Suicídio e os desafios para a Psicologia” (p. 59-64). https://site.cfp.org.br/wp-	1

	<u>content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf</u>	
--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora. **Nota:** *N: número de vezes que a alteração foi sugerida e /ou comentada;
**ECO: Exame Clínico Objetivo Estruturado.

APÊNDICE G - Cronograma do curso de formação sobre a posvenção

Curso: Formação para a posvenção: telessimulação para o apoio inicial a enlutados por suicídio

Edição: Primeira

Realização: Agosto de 2021

Período	Tipo da Atividade	Metodologia	Carga Horária
De 09/08/21 a 22/08/21	Boas-vindas aos participantes e apresentação do curso (temáticas, dinâmica e avaliação) e tecnologias que serão utilizadas (<i>Google Classroom</i> e <i>Google Meet</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Vídeo de boas-vindas; - Manual do Participante; - Informações gerais sobre o curso; <p><i>*Esta atividade será disponibilizada na plataforma Google Classroom, para acesso em horário flexível, de acordo com a disponibilidade do participante.</i></p>	01 hora
	Apresentação, em vídeo, sobre as temáticas a serem desenvolvidas no curso.	<ul style="list-style-type: none"> - Vídeo educativo sobre simulação de alta fidelidade e telessimulação; - <i>Podcast</i> educativo sobre luto, luto e pandemia; - Material educativo sobre posvenção e assistência em saúde; - Cartilha educativa “Lidando com o luto por suicídio”; - <i>Podcast</i> “Setembro é o mês da prevenção do suicídio”; <p>Acesso a materiais complementares como artigos e materiais educativos sobre telessimulação em saúde e a temática de assistência em posvenção.</p> <p><i>*Esta atividade será disponibilizada na plataforma Google Classroom, para acesso em horário flexível, de acordo com a disponibilidade do participante.</i></p>	08 horas

	Troca e registro de experiências e aprendizados com os participantes	Mural colaborativo e perguntas norteadoras dispostas em fóruns de participação. <i>*Esta atividade será disponibilizada na plataforma Google Classroom, para acesso em horário flexível, de acordo com a disponibilidade do participante.</i>	04 horas
09/08/21 e 15/08/21	Acolhimento de dúvidas	Período destinado para o envio de dúvidas pelos participantes via <i>Google Forms</i> . A partir deste material, será construído material educativo para discussão em um momento específico. <i>*Esta atividade será disponibilizada na plataforma Google Classroom, para acesso em horário flexível, de acordo com a disponibilidade do participante.</i>	02 horas
15/08/21 a 23/08/21	Apresentação de respostas para as principais dúvidas.	- Disponibilização de vídeo-resposta para dúvidas enviadas via formulário sobre a temática - Artigos e <i>guidelines</i> de material complementar. <i>*Esta atividade será disponibilizada na plataforma Google Classroom, para acesso em horário flexível, de acordo com a disponibilidade do participante.</i>	02 horas
<i>Turma 1:</i> Data: 23/08/21 Horário: 18-20 horas	Atividade Simulada: Telessimulação sobre acolhimento inicial a enlutados por suicídio	Prática de simulação de alta fidelidade sobre o acolhimento inicial a enlutados por suicídio via <i>Google Meet</i> ;	

<p><i>Turma 2:</i> Data: 30/08/21 Horário: 18-20 horas</p>		<p>Aplicação de questionários para pesquisa científica de avaliação da atividade simulada através do <i>Google Forms</i>. A atividade foi aprovada pelo CEP/EERP-USP.</p> <p><i>*Esta atividade será realizada em tempo real em data e horário predeterminado e será realizada através da plataforma Google Meet. Horário: 18 às 20 horas.</i></p>	<p>02 horas cada turma</p>
<p>24/08/21 a 30/08/21</p>	<p>Avaliação do conteúdo</p>	<p>Via <i>Google Forms</i>.</p> <p><i>*Esta atividade será disponibilizada na plataforma Google Classroom, para acesso em horário flexível, de acordo com a disponibilidade do participante.</i></p>	<p>50 minutos</p>
<p>24/08/21 a 30/08/21</p>	<p>Encerramento</p>	<p>Vídeo de agradecimento</p> <p><i>*Esta atividade será disponibilizada na plataforma Google Classroom, para acesso em horário flexível, de acordo com a disponibilidade do participante.</i></p>	<p>10 minutos</p>
<p>Carga Horária (CH) Total:</p>			<p>20 horas</p>

Fonte: Elaborado pela autora

APÊNDICE H - Cronograma do curso de formação sobre a posvenção

Curso: Formação para a posvenção: telessimulação para o apoio inicial a enlutados por suicídio

Edição: Segunda

Realização: Outubro de 2021

Período	Tipo da Atividade	Metodologia	Carga Horária
De 04/10/21 a 25/10/21	Boas-vindas aos participantes e apresentação do curso (temáticas, dinâmica e avaliação) e tecnologias que serão utilizadas (<i>Google Classroom</i> e <i>Google Meet</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Vídeo de boas-vindas; - Manual do Participante; - Informações gerais sobre o curso; <p><i>*Esta atividade será disponibilizada na plataforma Google Classroom, para acesso em horário flexível, de acordo com a disponibilidade do participante.</i></p>	01 hora
	Apresentação, em vídeo, sobre as temáticas a serem desenvolvidas no curso.	<ul style="list-style-type: none"> - Vídeo educativo sobre simulação de alta fidelidade e telessimulação; - <i>Podcast</i> educativo sobre luto, luto e pandemia; - Material educativo sobre posvenção e assistência em saúde; - Cartilha educativa “Lidando com o luto por suicídio”; - <i>Podcast</i> “Setembro é o mês da prevenção do suicídio”; <p>Acesso a materiais complementares como artigos e materiais educativos sobre telessimulação em saúde e a temática de assistência em posvenção.</p> <p><i>*Esta atividade será disponibilizada na plataforma Google Classroom, para acesso em horário flexível, de acordo com a disponibilidade do participante.</i></p>	08 horas

	Troca e registro de experiências e aprendizados com os participantes	Mural colaborativo e perguntas norteadoras dispostas em fóruns de participação <i>*Esta atividade será disponibilizada na plataforma Google Classroom, para acesso em horário flexível, de acordo com a disponibilidade do participante.</i>	04 horas
04/10/21 e 14/10/21	Acolhimento de dúvidas	Período destinado para o envio de dúvidas pelos participantes via <i>Google Forms</i> . A partir deste material, será construído material educativo para discussão em um momento específico. <i>*Esta atividade será disponibilizada na plataforma Google Classroom, para acesso em horário flexível, de acordo com a disponibilidade do participante.</i>	02 horas
18/10/21 a 22/10/21	Apresentação de respostas para as principais dúvidas.	- Disponibilização de vídeo-resposta para dúvidas enviadas via formulário sobre a temática - Artigos e <i>guidelines</i> de material complementar. <i>*Esta atividade será disponibilizada na plataforma Google Classroom, para acesso em horário flexível, de acordo com a disponibilidade do participante.</i>	02 horas
<i>Turma 1:</i> Data: 26/10/21 Horário: 18-20 horas	Atividade Simulada: Telessimulação sobre acolhimento inicial a enlutados por suicídio	Prática de simulação de alta fidelidade sobre o acolhimento inicial a enlutados por suicídio via <i>Google Meet</i> ; Aplicação de questionários para pesquisa científica de avaliação da atividade simulada através do <i>Google Forms</i> . A atividade foi aprovada pelo CEP/EERP-USP.	02 horas cada turma
<i>Turma 2:</i> Data: 27/10/21 Horário: 18-20 horas			

		<i>*Esta atividade será realizada em tempo real em data e horário predeterminados e será realizada através da plataforma Google Meet. Horário: 18 às 20 horas.</i>	
22/10/21 a 29/10/21	Avaliação do conteúdo	Via Google Forms. <i>*Esta atividade será disponibilizada na plataforma Google Classroom, para acesso em horário flexível, de acordo com a disponibilidade do participante.</i>	50 minutos
28/10/21 a 29/10/21	Encerramento	Vídeo de agradecimento <i>*Esta atividade será disponibilizada na plataforma Google Classroom, para acesso em horário flexível, de acordo com a disponibilidade do participante.</i>	10 minutos
Carga Horária (CH) Total:			20 horas

Fonte: Elaborado pela autora

APÊNDICE I - Planejamento e informações gerais primeira edição do curso

Curso CEPS EERP/USP

A seguir, seguem descritas as atividades desenvolvidas em cada uma das frentes de desenvolvimento da 1ª Edição do curso de “Formação para a Posvenção: Telessimulação para o apoio inicial a enlutados por suicídio”, o qual foi realizado de 09/08/2021 a 31/08/2021.

*Versão atualizada em: 22/08/2021

FRENTE ADMINISTRATIVA Responsáveis: Isabela Martin e Amanda Vanzela (pós-graduação) Apoio: Aline Conceição e Laysa Pedrollo (pós-graduação)			
	Atividade desenvolvida	Prazo	Responsável
1	Encontro de apresentação da frente para membros	10/05/2021	Aline e Laysa
2	Envio do projeto da segunda edição do curso para aprovação do Apolo/CCEX EERP	31/05/2021	Aline, Amanda, Isabela e Laysa
3	Aprovação projeto Apolo/CCEX EERP	01/06/2021	CCEX USP
4	Retomada do projeto aprovado e nova discussão da proposta com a comissão organizadora do curso (definição de prazos e atividades a serem desenvolvidas)	05/07/2021	Toda a Comissão Organizadora do curso
5	Reunião com professora Kelly para discussão da organização e desenvolvimento do curso	16/07/2021	Aline, Kelly e Laysa
6	Definição das matrículas (sorteio dos inscritos) Via sistema Apolo - sorteio automático, se necessário	21/07/2021	CCEX USP
7	Confirmação dos documentos comprobatórios solicitados aos inscritos no curso	30/07/2021	Laysa e Isabela
8	Confirmação dos <i>e-mails</i> (domínio Gmail) dos inscritos no curso para inserção <i>Google Classroom</i>	05/08/2021	Laysa
9	Confirmação da frequência dos participantes para envio dos certificados	15/09/2021	Laysa e Isabela

FRENTE DIVULGAÇÃO

Responsáveis: Camila Matias e Bruna Marques (pós-graduação)

Membros: Comitê de Divulgação do CEPS EERP/USP Apoio: Aline Conceição e Laysa Pedrollo (pós-graduação)			
	Atividade desenvolvida	Prazo	Responsável
1	Encontro de apresentação da frente para membros	01/06/2021	Aline e Laysa
2	Apresentação da proposta do curso para criação de identidade visual da primeira edição	07/06/2021	Aline, Bruna, Camila e Laysa
3	Criação das artes para divulgação do curso	15/06/2021	Comitê de Divulgação
4	<p>Divulgação das artes e informações referentes à nova edição do curso nas redes sociais dos grupos CEPS e LEPS (cronograma do curso, dados e orientações para inscrição)</p> <p><i>Proposta textual para artes de divulgação</i></p> <p>Data (30/06): Vem aí a “2ª Edição do Curso de Formação para Posvenção do CEPS”. Em breve mais informações sobre as inscrições, fiquem ligadinhos nas nossas redes sociais virtuais!</p> <p>Artes: boas-vindas e cronograma do curso</p> <p>Local divulgação: Redes sociais, <i>e-mail</i> Comunica USP e demais grupos nas redes</p> <p>Data (06/07): Lembrete! "As inscrições para o curso começam em breve, fique ligado em nossas redes e não perca!"</p> <p>Artes: alerta/lembrete e cronograma do curso</p> <p>Local divulgação: Redes sociais</p> <p>Data (09/07): Abertura das inscrições: "Ei, as inscrições do curso estão abertas, vem com a gente"</p> <p>Artes: divulgação <i>link</i> das inscrições, cronograma, orientações sobre passo a passo das inscrições no sistema Apolo USP</p> <p>Local divulgação: Redes sociais</p>	30/06/2021 a 09/07/2021	Comitê de Divulgação
5	Apoio na elaboração, diagramação e edição de vídeos e materiais educativos para o curso	07/08/2021	Comitê de Divulgação

FRENTE FORMAÇÃO DE RECURSOS E MATERIAIS

Responsáveis: Bruna Marques e Isadora Manfrinato (pós-graduação)

Membros: Daniele Nogueira (enfermeira)

Apoio: Aline Conceição (pós-graduação), Isabela Martin (enfermeira), Laysa Pedrollo

(pós-graduação)			
	Atividade desenvolvida	Prazo	Responsável
1	Encontro de apresentação da frente para membros	20/06/2021	Aline e Laysa
2	Definição dos materiais educativos a serem utilizados na formação do curso Exemplo: cartilhas, manuais, vídeos, atividades, formulários, roteiros, entre outros	30/06/2021	Todos os membros
3	Construção de roteiros de atividades, manuais e materiais educativos a serem utilizados e desenvolvidos na formação do curso	20/07/2021	Todos os membros
4	Inserção dos materiais do curso no sistema <i>Google Classroom</i> para a primeira edição (criação, ajustes, alimentação do sistema) Temas: Simulação Clínica, Telessimulação, Posvenção, Luto por Suicídio, entre outros	01/08/2021	Laysa
5	Estruturação e revisão dos módulos do <i>Google Classroom</i> Módulo: Boas-vindas Módulo: Manuais e orientações Módulo atividade: Primeira questão norteadora Módulo: Materiais para formação do participante Módulo atividade: Segunda questão norteadora Módulo: Orientações para a telessimulação Módulo: Dúvidas Módulo: Avaliação	07/08/2021	Laysa e Bruna
6	Elaboração da avaliação final do curso	15/08/2021	Aline, Isabela e Laysa
7	Abertura do <i>Google Classroom</i> e inserção dos participantes selecionados para o curso	08/08/2021	Laysa
8	Desenvolvimento da telessimulação	Dia 1: 23/08/2021 Dia 2: 30/08/2021	Comissão Organizadora do Curso
9	Disponibilização da avaliação final do curso para os participantes no <i>Google Classroom</i>	23/08/2021	Laysa, Aline e Isabela

FRENTE RELACIONAMENTO PESSOAL

Responsáveis: Amanda Vanzela e Maraina Dias (pós-graduação)

Membros: Lenniara Pereira (pós-graduação) Apoio: Aline Conceição, e Laysa Pedrollo (pós-graduação)			
	Atividade desenvolvida	Prazo	Responsável
1	Encontro de apresentação da frente para membros	20/06/2021	Aline e Laysa
2	Construção dos formulários e das perguntas norteadoras do curso para a segunda edição	20/07/2021	Todos os membros
3	Construção do fórum de dúvidas do curso	25/07/2021	Todos os membros
4	Acompanhamento do <i>e-mail</i> do curso - Respostas para dúvidas de participantes - Envio de orientações, lembretes e informações do curso (de acordo com modelos de mensagens pré-construídos)	Durante toda a edição do curso	Laysa e Aline
5	Acompanhamento, contabilização da presença e envio de respostas aos participantes do curso que participarem das atividades (questões norteadoras) disponibilizadas no <i>Google Classroom</i> Questão Norteadora	Durante o curso	Todos os membros
6	Envio das respostas para os participantes referentes às dúvidas encaminhadas pelo “Fórum de Dúvidas” - via <i>e-mail</i>	14/08/2021 a 23/08/2021	Laysa
7	Divisão dos inscritos em grupos de 35 alunos, sendo a turma 1 (1 ao 35) e turma 2 (36 ao 70). Após divisão, divulgação das datas de participação na atividade de telessimulação para cada grupo	13/08/2021	Laysa
8	Organização e realização de encontro com participantes interessados em participar da atividade simulada como profissionais da saúde (orientações, explicações e definições da participação)	15/08/2021	Laysa

FRENTE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA Responsáveis: Camila Matias (pós-graduação) Membros: Larissa Amaral (pós-graduação) e Maria Isabella (graduação) Apoio: Aline Conceição e Laysa Pedrollo (pós-graduação)			
	Atividade desenvolvida	Prazo	Responsável
1	Encontro de apresentação da frente para membros	20/06/2021	Aline e Laysa

2	Construção do formulário de pesquisa no programa <i>SurveyMonkey</i>	15/07/2021	Todos os membros
3	Teste inicial do formulário no programa <i>SurveyMonkey</i>	20/07/2021	Laysa e Larissa
4	Revisão dos <i>slides</i> de orientações sobre a participação na pesquisa (apresentado no dia da telessimulação para os participantes) <i>Obs: durante a apresentação das orientações, não serão respondidas questões que poderão influenciar na resposta dos participantes.</i>	02/08/2021	Aline, Larissa, Maria Isabella
5	Acompanhamento da coleta de dados virtual no programa <i>SurveyMonkey</i>	Dia 1: 23/08/2021 Dia 2: 30/08/2021	Laysa
6	Compilação das respostas obtidas na coleta de dados, digitação e armazenamento dos dados para posterior análise estatística	Após 31/08/2021	Laysa

FRENTE PREPARAÇÃO DA TELESSIMULAÇÃO			
Responsáveis: Débora Góes e Maraina Dias (pós-graduação)			
Membros: Larissa Amaral (pós-graduação) e Maria Isabella (graduação)			
Apoio: Aline Conceição. e Laysa Pedrollo (pós-graduação)			
	Atividade desenvolvida	Prazo	Responsável
1	Elaboração do esboço do roteiro de “Preparo dos Pacientes Simulados” para o curso	10/06/2021	Laysa
2	Encontro de apresentação da frente para membros	20/06/2021	Aline e Laysa
3	Convite e definição de duas pessoas para o preparo do papel de paciente simulado da atividade de telessimulação <i>Interessadas: Débora (principal) e Maraina (apoio)</i>	30/06/2021	Laysa
4	Refinamento e definição do material de “Preparo dos Pacientes Simulados” para o curso	20/07/2021	Todos os membros
5	Estudo e preparo das pacientes simuladas de acordo com materiais elaborados	De 01/07/2021 a 23/08/2021	Débora e Maraina

6	Revisão do preparo de aspectos físicos, psicológicos e visuais do paciente simulado	15/08/2021	Aline, Débora, Laysa e Maraina
7	Realização de testagem prévia do cenário com as pacientes simuladas com retomada das instruções e roteiro, Exame Clínico Objetivo Estruturado e apresentação do caso.	15/08/2021	Aline, Débora, Larissa, Laysa e Maraina
8	Revisão e atualização dos materiais e ferramentas utilizados nas atividades de telessimulação (<i>slides</i> , roteiros, formulários, entre outros)	16/08/2021	Aline, Amanda, Larissa, Laysa e Maria Isabella
9	Desenvolvimento da telessimulação com participação das pacientes simuladas (principal e apoio), com a atividade sendo coordenada de acordo com a frente Telessimulação (descrição abaixo)	Dia 1: 23/08/2021 Dia 2: 30/08/2021	Aline, Débora, Larissa, Laysa e Maraina

FRENTE DESENVOLVIMENTO DA TELESSIMULAÇÃO

Responsáveis: Aline Conceição e Laysa Pedrollo (pós-graduação)

Apoio: Membros da Comissão Organizadora do Curso

Ministrantes: Laysa Pedrollo e Kelly Vedana (docente EERP/USP)

Datas*: 23/08/2021 (turma 1) e 30/08/2021 (turma 2) - 18 hs às 20 hs

*as atividades propostas serão realizadas nos dois dias de telessimulação

	Atividade desenvolvida	Responsável
1	Organização do planejamento e desenvolvimento das atividades telessimuladas junto à professora Kelly	Laysa
2	Revisão final dos materiais e ferramentas a serem utilizadas no desenvolvimento da telessimulação <i>Ex: Formulário SurveyMonkey, Google Classroom, Google Meet, Slides e E-mail.</i>	Aline, Débora, Larissa, Laysa e Maria Isabella
3	Definição de observadores da telessimulação (membros da comissão organizadora que realizarão análises das atividades desenvolvidas de acordo com roteiro preestabelecido) (04 pessoas)	Isadora, Larissa, Lennira e Vitória
4	Abertura da atividade de telessimulação (01 pessoa) <i>Atividades: boas-vindas, recados e avisos iniciais, apresentação das responsáveis pela atividade - acompanhar via roteiro elaborado para este momento</i>	Maria Isabella

5	Criação e divulgação da lista de presença da atividade ao final do encontro via <i>chat</i> do <i>Google Meet</i> (01 pessoa)	Aline
6	<p>Explicação da atividade simulada para os participantes após abertura</p> <p><i>Pontos a serem abordados brevemente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - O que é a telessimulação? - Cuidados éticos da atividade; - Apresentação inicial (contextualização do cenário); - Apresentação participantes e observadores participar da simulação; - Explicação de orientações para o desenvolvimento da atividade telessimulada; - Retirada de dúvidas. 	Laysa e Kelly
7	Preparo e desenvolvimento da atividade simulada (duração aproximada de 20 minutos)	Participantes do curso, paciente simulada (Débora), observadores e membros da comissão organizadora
8	Finalização da atividade simulada e início do <i>debriefing</i> (duração aproximada de 40 minutos) desenvolvido e mediado por facilitadoras	Laysa e Kelly
9	<p>Apresentação da frente de pesquisa vinculada ao desenvolvimento da telessimulação com convite aos participantes</p> <p><i>Atividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicação de informações referentes à pesquisa; - Apresentação do TCLE; - Apresentação do <i>Survey Monkey</i>; - Disponibilização de QR Code e formulário para envio de possíveis dúvidas à comissão organizadora; - Acompanhamento de dúvidas no <i>chat</i> e <i>e-mail</i>. 	Aline, Camila, Isadora e Laysa
10	<p>Finalização das atividades do dia</p> <p><i>Atividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Agradecimentos finais; - Avisos finais do curso; - Encerramento. 	Laysa e Kelly

Fonte: Elaborado pela autora

APÊNDICE J - Planejamento e informações gerais segunda edição do curso

Curso CEPS EERP/USP

A seguir, seguem descritas as atividades desenvolvidas em cada uma das frentes de desenvolvimento da 2ª Edição do curso de “Formação para a Posvenção: Telessimulação para o apoio inicial a enlutados por suicídio”, o qual foi realizado de 04/10/2021 a 29/10/2021.

*Versão atualizada em: 26/09/2021

FRENTE ADMINISTRATIVA Responsáveis: Isabela Martin (enfermeira) Apoio: Aline Conceição e Laysa Pedrollo (pós-graduação)			
	Atividade desenvolvida	Prazo	Responsável
1	Envio do projeto da segunda edição do curso para aprovação do Apolo/CCEX EERP	01/09/2021	Aline, Laysa e Isabela
2	Aprovação projeto Apolo/CCEX EERP	13/09/2021	CCEX USP
3	Retomada do projeto aprovado e nova discussão da proposta com a comissão organizadora do curso (definição de prazos e atividades a serem desenvolvidos)	22/09/2021	Toda a Comissão Organizadora do curso
4	Definição das matrículas (sorteio dos inscritos) Via sistema Apolo - sorteio automático, se necessário	24/09/2021	CCEX USP
5	Confirmação dos documentos comprobatórios solicitados aos inscritos no curso	24/09/2021	Laysa e Isabela
6	Confirmação dos <i>e-mails</i> (domínio Gmail) dos inscritos no curso para inserção <i>Google Classroom</i>	30/09/2021	Laysa
8	Confirmação da frequência dos participantes para envio dos certificados	05/11/2021	Laysa e Isabela

FRENTE DIVULGAÇÃO Responsáveis: Camila Matias e Bruna Marques (pós-graduação) Membros: Comitê de Divulgação do CEPS EERP/USP Apoio: Aline Conceição e Laysa Pedrollo (pós-graduação)			
	Atividade desenvolvida	Prazo	Responsável
1	Apresentação da proposta do curso para criação de identidade visual da segunda edição	20/08/2021	Aline, Bruna, Camila e Laysa

2	Criação das artes para divulgação do curso	05/09/2021	Bruna e Camila
3	<p>Divulgação das artes e informações referentes à nova edição do curso nas redes sociais dos grupos CEPS e LEPS (cronograma do curso, dados e orientações para inscrição)</p> <p><i>Proposta textual para artes de divulgação</i></p> <p>Data (09/09): Vem aí a “2ª Edição do Curso de Formação para Posvenção do CEPS”. Em breve mais informações sobre as inscrições, fiquem ligadinhos nas nossas redes sociais virtuais!</p> <p>Artes: Boas-vindas e cronograma do curso</p> <p>Local divulgação: Redes sociais, <i>e-mail</i> Comunica USP e demais grupos nas redes</p> <p>Data (14/09): Lembrete! "As inscrições para o curso começam em 7 dias, fique ligado em nossas redes e não perca!"</p> <p>Artes: alerta/lembrete e cronograma do curso</p> <p>Local divulgação: Redes sociais</p> <p>Data (15/09): Abertura das inscrições: "Ei, as inscrições do curso estão abertas, vem com a gente"</p> <p>Artes: divulgação <i>link</i> das inscrições, cronograma, orientações sobre passo a passo das inscrições no sistema Apolo USP</p> <p>Local divulgação: Redes sociais</p>	09/09/2021 a 15/09/2021	Bruna e Camila
4	Apoio na elaboração e edição de vídeos e materiais educativos para o curso	01/10/2021	Bruna e Camila

FRENTE FORMAÇÃO DE RECURSOS E MATERIAIS Responsáveis: Bruna Marques e Isadora Manfrinato (pós-graduação) Membros: Daniele Nogueira (enfermeira) Apoio: Aline Conceição e Laysa Pedrollo (pós-graduação)			
	Atividade desenvolvida	Prazo	Responsável
1	Revisão de todos os materiais de formação do curso já utilizados na primeira edição, para a atualização necessária para a segunda edição Exemplo: cartilhas, manuais, vídeos, atividades, formulários, roteiros, entre outros	25/09/2021	Todos os membros
2	Inserção dos materiais do curso no sistema <i>Google Classroom</i> para a segunda edição (criação, ajustes,	30/09/2021	Laysa

	alimentação do sistema)		
3	Revisão dos módulos do <i>Google Classroom</i> Módulo: Boas-vindas Módulo: Manuais e orientações Módulo atividade: Primeira questão norteadora Módulo: Materiais para formação do participante Módulo atividade: Segunda questão norteadora Módulo: Orientações para a telessimulação Módulo: Dúvidas Módulo: Avaliação	01/10/2021	Laysa e Bruna
4	Abertura do <i>Google Classroom</i> e inserção dos participantes selecionados para o curso	03/10/2021	Laysa
5	Desenvolvimento da telessimulação	Dia 1: 26/10/2021 Dia 2: 27/10/2021	Comissão Organizadora do Curso
6	Disponibilização da avaliação final do curso para os participantes no <i>Google Classroom</i>	19/10/2021	Laysa, Aline e Isa

FRENTE RELACIONAMENTO PESSOAL

Responsáveis: Amanda Vanzela e Lenniara Pereira (pós-graduação)

Membros: Daniele Nogueira (enfermeira), Maria Isabella e Vitória Voipe (graduação)

Apoio: Aline Conceição, Maraina Dias e Laysa Pedrollo (pós-graduação)

	Atividade desenvolvida	Prazo	Responsável
1	Atualização dos formulários e das perguntas norteadoras do curso para a segunda edição	25/09/2021	Todos os membros
2	Atualização do fórum de dúvidas do curso	25/09/2021	Laysa e Maraina
3	Acompanhamento do <i>e-mail</i> do curso - Respostas para dúvidas de participantes - Envio de orientações, lembretes e informações do curso (de acordo com modelos de mensagens pré-construídos)	Durante toda a edição do curso	Laysa e Aline
4	Acompanhamento, contabilização da presença e envio de respostas aos participantes do curso que participarem das atividades (questões norteadoras) disponibilizadas no <i>Google Classroom</i> Questão Norteadora	Durante o curso	Amanda, Lenniara, Maria e Vitória

5	Envio das respostas para os participantes referentes às dúvidas encaminhadas pelo “Fórum de Dúvidas” - via e-mail	15/10/2021 a 29/10/2021	Laysa e Maraina
6	Divisão dos inscritos em grupos de 35 alunos, sendo a turma 1 (1 ao 35) e turma 2 (36 ao 70). Após divisão, divulgação das datas de participação na atividade de telessimulação para cada grupo	16/10/2021	Laysa
7	Organização e realização de encontro com participantes interessados em participar da atividade simulada como profissionais da saúde (orientações, explicações e definições da participação)	16/10/2021	Laysa

FRENTE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA			
Responsáveis: Camila Matias (pós-graduação)			
Membros: Larissa Amaral (pós-graduação) e Maria Isabella (graduação)			
Apoio: Aline Conceição e Laysa Pedrollo (pós-graduação)			
	Atividade desenvolvida	Prazo	Responsável
1	Atualização do formulário de pesquisa no programa <i>SurveyMonkey</i>	10/10/2021	Laysa
2	Teste inicial do formulário no programa <i>SurveyMonkey</i>	15/10/2021	Laysa e Larissa
3	Revisão dos <i>slides</i> de orientações sobre a participação na pesquisa (apresentado no dia da telessimulação para os participantes) <i>Obs: durante a apresentação das orientações, não serão respondidas questões que poderão influenciar na resposta dos participantes.</i>	15/10/2021	Aline, Larissa, Maria Isabella
4	Acompanhamento da coleta de dados virtual no programa <i>SurveyMonkey</i>	Dia 1: 26/10/2021 Dia 2: 27/10/2021	Laysa
5	Compilação das respostas obtidas na coleta de dados, digitação e armazenamento dos dados para posterior análise estatística	Após 01/11/2021	Laysa

FRENTE PREPARAÇÃO DA TELESSIMULAÇÃO			
Responsáveis: Débora Góes e Maraina Dias (pós-graduação)			

Membros: Larissa Amaral (pós-graduação) e Maria Isabella (graduação) Apoio: Aline Conceição. e Laysa Pedrollo (pós-graduação)			
	Atividade desenvolvida	Prazo	Responsável
1	Convite e definição de duas pessoas para o preparo do papel de paciente simulado da atividade de telessimulação <i>Interessadas: Débora (principal) e Maraina (apoio)</i>	04/10/2021	Laysa
2	Retomada do preparo de pacientes simulados: revisão do preparo de aspectos físicos, psicológicos e visuais do paciente simulado	10/10/2021	Aline, Débora, Laysa e Maraina
3	Realização de testagem prévia do cenário com as pacientes simuladas com retomada das instruções e roteiro, Exame Clínico Objetivo Estruturado e apresentação do caso.	20/10/2021	Aline, Débora, Larissa, Laysa e Maraina
4	Revisão e atualização dos materiais e ferramentas utilizadas nas atividades de telessimulação (<i>slides</i> , roteiros, formulários, entre outros)	25/10/2021	Aline, Amanda, Larissa, Laysa e Maria Isabella
5	Desenvolvimento da telessimulação com participação das pacientes simuladas (principal e apoio), com a atividade sendo coordenada de acordo com a frente de telessimulação (descrição abaixo)	Dia 1: 26/10/2021 Dia 2: 27/10/2021	Aline, Débora, Larissa, Laysa e Maraina

FRENTE DESENVOLVIMENTO DA TELESSIMULAÇÃO Responsáveis: Aline Conceição e Laysa Pedrollo (pós-graduação) Apoio: Membros da Comissão Organizadora do Curso Ministrantes: Laysa Pedrollo e Kelly Vedana (docente EERP/USP)		
Datas*: 26/10/2021(turma 1) e 27/10/2021 (turma 2) - 18 hs às 20 hs <i>*as atividades propostas serão realizadas nos dois dias de telessimulação</i>		
	Atividade desenvolvida	Responsável
1	Organização do planejamento e desenvolvimento das atividades telessimuladas junto à professora Kelly	Laysa

2	<p>Revisão final dos materiais e ferramentas a serem utilizados no desenvolvimento da telessimulação <i>Ex: Formulário SurveyMonkey, Google Classroom, Google Meet, Slides e E-mail.</i></p>	Aline, Débora, Larissa, Laysa e Maria Isabella
3	<p>Definição de observadores da telessimulação (membros da comissão organizadora que realizarão análises das atividades desenvolvidas de acordo com roteiro preestabelecido) (02 pessoas)</p>	Amanda Vanzela e Larissa
4	<p>Abertura da atividade de telessimulação (02 pessoas) <i>Atividades: boas-vindas, recados e avisos iniciais, apresentação das responsáveis pela atividade - acompanhar via roteiro elaborado para este momento</i></p>	Amanda Oliveira e Maria Isabella
5	<p>Criação e divulgação da lista de presença da atividade ao final do encontro via chat do <i>Google Meet</i> (01 pessoa)</p>	Aline
6	<p>Explicação da atividade simulada para os participantes após abertura</p> <p><i>Pontos a serem abordados brevemente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - O que é a telessimulação? - Cuidados éticos da atividade; - Apresentação inicial (contextualização do cenário); - Apresentação dos participantes e observadores para participar da simulação; - Explicação de orientações para o desenvolvimento da atividade telessimulada; - Retirada de dúvidas. 	Laysa e Kelly
7	<p>Preparo e desenvolvimento da atividade simulada (duração aproximada de 20 minutos)</p>	Participantes do curso, paciente simulada (Débora), observadores e membros da comissão organizadora
8	<p>Finalização da atividade simulada e início do <i>debriefing</i> (duração aproximada de 40 minutos) desenvolvido e mediado por facilitadoras</p>	Laysa e Kelly
9	<p>Apresentação da frente de pesquisa vinculada ao desenvolvimento da telessimulação com convite aos participantes</p> <p><i>Atividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicação de informações referentes à pesquisa; 	Aline, Camila, Isadora e Laysa

	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação do TCLE;- Apresentação do <i>Survey Monkey</i>;- Disponibilização de QR Code e formulário para envio de possíveis dúvidas à comissão organizadora;- Acompanhamento de dúvidas no <i>chat</i> e <i>e-mail</i>.	
10	<p style="text-align: center;">Finalização das atividades do dia</p> <p style="text-align: center;"><i>Atividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Agradecimentos finais;- Avisos finais do curso;- Encerramento.	Laysa e Kelly

Fonte: Elaborado pela autora

APÊNDICE K - Avaliação final do curso

Curso formação para a posvenção - CEPS EERP/USP

Nome completo (obrigatório):

Turma: () 1 - 23/08 () 2 - 30/08

Observação para o facilitador: esse é apenas um modelo da avaliação, as respostas corretas estão sinalizadas em negrito.

1. De acordo com a Lei 13.819 de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção à Automutilação e ao Suicídio, é um de seus objetivos (Art. 3, inciso V): “abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial”. Pensando na fragilidade da compreensão sobre posvenção pela sociedade e pelos profissionais de saúde, identifique necessidades primordiais para o cuidado ampliado aos familiares e às pessoas próximas às vítimas de suicídio:

I - Ações de conscientização e popularização do saber científico sobre a posvenção, com o objetivo de desmistificar e aproximar a população do tema.

II - Elaboração de um plano nacional de prevenção e posvenção com objetivos, metas, prazos, ações definidas e grupos responsáveis envolvidos.

III - Formação de recursos humanos em saúde para oferecimento de assistência adequada em posvenção e organização de ações.

IV - Fortalecimento do papel do Sistema Único de Saúde (SUS) também em ações de posvenção.

Indique as alternativas corretas:

A) I, II e III.

B) I, III e IV.

C) III e IV.

D) Todas as alternativas.

***Justificativa:** No cenário brasileiro, as ações de posvenção ainda são timidamente descritas e abordadas, algo que reflete, principalmente, na pouca compreensão sobre a temática, não só pela população geral, mas também entre os profissionais da saúde. Destaca-se, ainda, a carência de um plano nacional de prevenção com objetivos, metas, prazos, ações definidas e grupos responsáveis envolvidos.*

2. A atenção às necessidades emocionais dos sobreviventes enlutados precisa ser valorizada e garantida, durante todo o processo de acompanhamento profissional e enlutamento. Considerando alguns dos principais direitos dos sobreviventes enlutados, identifique nas questões abaixo uma das ações que não é indicada para o cuidado a ser realizado junto a um sobrevivente enlutado por suicídio:

- A) Colaborar na elaboração e suporte no processo de luto, considerando e respeitando as necessidades individuais e contextuais;
- B) Fornecer informações verídicas sobre a morte por suicídio e a garantia de participação dos processos e rituais pós-morte (ex: preparação do funeral), conforme necessidades percebidas pelo enlutado;
- C) Realizar todas as atividades pelo sobrevivente enlutado sem questioná-lo sobre como quer ser ajudado, pois, o luto é um momento em que a pessoa não consegue ter autonomia sobre suas decisões e em relação às possibilidades de apoio e ajuda;**
- D) Colaborar na resignificação da relação com a pessoa que morreu, sem abrandar sentimentos, sensações e reações.

***Justificativa:** Dentre os direitos dos enlutados está ter sua autonomia respeitada, com a possibilidade de apoio e ajuda, de forma colaborativa por outras pessoas próximas. Não é necessário realizar todas as atividades pela pessoa enlutada, mas sim buscar maneiras de desenvolver atividades com ela, conforme necessário e/ou solicitado.*

3. Dentre os principais cuidados imediatos de posvenção estão os processos de comunicação ou suporte iniciais sobre o conhecimento da morte do ente querido. Considerando os cuidados imediatos, podemos destacar:

- I - Integração de diferentes dispositivos da rede e diferentes profissionais ou pessoas interessadas em colaborar com demandas ligadas à posvenção.
- II - Acolhimento dos sentimentos, dúvidas e reações das pessoas enlutadas, de forma a favorecer e promover um ambiente mais estável, calmo e tranquilo, possibilitando a vivência e elaboração do luto.
- III - Disponibilização e divulgação de instituições de apoio emocional e assistencial, aumento do suporte social, a comunicação e divulgação da morte por suicídio e apoio para a assistência às necessidades iniciais da situação.
- IV - Identificação da rede de apoio de qualidade e vinculação segura com os profissionais de saúde, possibilitando e favorecendo a resignificação da perda.

Analise as afirmativas acima e selecione a opção CORRETA:

- A) I, II e III estão corretas;
- B) I, II e IV estão corretas;
- C) I e II estão corretas;
- D) Todas as alternativas estão corretas.**

***Justificativa:** Dentre os principais cuidados imediatos de posvenção estão os processos de comunicação ou suporte iniciais sobre o conhecimento da morte do ente querido. Nesse sentido, as principais ações estão relacionadas ao acolhimento das reações, sentimentos e emoções, notificação e assistência prática. A função principal dos cuidados imediatos é colaborar no acolhimento do saber da morte e organização das ações essenciais a esse período.*

4. Os cuidados em posvenção, a curto prazo, estão relacionados com a identificação e compreensão do contexto da perda, fortalecimento de vínculos, atividades de vida, autocuidado, autopreservação e vinculação com profissionais e serviços de saúde para acompanhamentos subsequentes dos enlutados. Selecione os principais cuidados a curto prazo para a posvenção.

- A) Garantir serviços de suporte
- B) Colaborar na compreensão de sentimentos, dúvidas e reações
- C) Avaliar e monitorar comportamento suicida e/ou de comportamentos imitativos
- D) Incentivar ações cotidianas de autocuidado
- E) Fortalecimento da rede de apoio
- F) Inserção em grupos de suporte
- G) Assistência profissional especializada em saúde mental

Resposta: Colocar como caixa de seleção, todas as alternativas estão corretas

Justificativa: *Dentre os cuidados estão a avaliação inicial da pessoa enlutada, identificação e fortalecimento da rede de apoio (familiares, pessoas queridas, organizações sociais), suporte aos sentimentos e questionamentos relacionados ao enlutamento por suicídio, identificar necessidades socioeconômicas, vinculação a outros serviços adicionais, restauração do equilíbrio de atividades diárias e de autocuidado, e em especial, a vinculação segura de suporte de equipe em saúde.*

5. Os cuidados em posvenção, a longo prazo, estão relacionados às ações de ressignificação e reconstrução do mundo interno e externo do sobrevivente enlutado, frente à perda por suicídio. Identifique a opção que não engloba cuidados a longo prazo na posvenção.

- A) Revisar, avaliar e refletir a resposta frente às intervenções e ao acolhimento prestado aos enlutados, de forma a reconhecer aspectos que foram positivos nessa construção, bem como pensar em questões que poderão ser trabalhadas de outras maneiras.
- B) Organizar e realizar ações, intervenções e atividades educativas com foco no público geral, de modo a abordar questões que envolvem a prevenção da violência autoinfligida (prevenção e posvenção) e promoção da saúde mental.
- C) Buscar por intervenções apoiadas por pesquisas e abordagens para o cuidado com base em teorias e práticas aceitas tem melhores chances de obter bons resultados.
- D) Os principais cuidados de posvenção devem acontecer a curto prazo, visto que o suporte a longo prazo já não se relaciona com a posvenção, pois, muitas vezes não apresenta efeitos benéficos em relação à vivência do luto por suicídio.**

Justificativa: *Os cuidados a longo prazo estão relacionados às ações de ressignificação e reconstrução do mundo interno e externo do sobrevivente enlutado, frente à perda por suicídio. Dessa forma, é importante ressaltar a continuidade das atividades de posvenção, em um trabalho desenvolvido considerando redes de apoio e suporte unidas ao trabalho desenvolvido por profissionais da área da saúde.*

6. Dentre as ações de posvenção estão a disponibilidade e divulgação de instituições de apoio emocional e assistencial, aumento do suporte social e a comunicação e divulgação da morte por suicídio. Sobre a comunicação de uma morte por suicídio selecione a opção correta:

- A) Importante relacionar a morte com um evento único que possa justificar a ocorrência do fenômeno.
- B) Descrever métodos e os impactos do suicídio de forma a conscientizar a sociedade.
- C) Divulgar de forma respeitosa, relacionando a multifatorialidade da morte por suicídio e a necessidade de busca de suporte para o sofrimento emocional. Importante momento para divulgação de informações para redução de estigmas sobre o comportamento.**
- D) Promover memoriais e despedidas com enfoque na valorização da pessoa e da morte por suicídio.

Justificativa: Dentre as ações estão a disponibilidade e divulgação de instituições de apoio emocional e assistencial, aumento do suporte social e a comunicação e divulgação da morte por suicídio. A comunicação e divulgação da morte por suicídio são importantes momentos para redução de efeitos negativos e promoção da educação em saúde. A comunicação deve ser realizada de forma direta, sem julgamentos ou exposição da vítima, sem simplificar a causalidade da morte. Também é recomendável incluir informações sobre a prevenção e sobre estratégias e fontes de suporte emocional e social.

Para as próximas questões, se aproxime e atente ao caso clínico a seguir:

Júlio, 18 anos, gênero masculino, estudante de Geografia, reside em Estado diferente dos pais e família. Perdeu o amigo universitário por suicídio há duas semanas e procurou a Unidade de Saúde por indicação de ação inicial de posvenção, como divulgação de recursos de suporte. Você, profissional de saúde da unidade, está realizando o acolhimento de Júlio.

7. Júlio refere tristeza pela perda do amigo universitário. Diz que não era tão próximo do colega, mas que a morte por suicídio o deixou assustado. Refere medo de que ele também possa morrer por suicídio, mesmo não tendo histórico progresso ou comportamento suicida atual. Assinale a alternativa que apresenta a intervenção adequada junto a Júlio.

- A) No caso de Júlio não é necessário realizar ações de posvenção, pois o jovem refere não ser próximo da vítima por suicídio e não ter histórico ou comportamento suicida atual.
- B) Como é uma temática e comportamento complexo é importante referenciar, de imediato, Júlio para o serviço especializado em saúde mental.
- C) A posvenção é uma atividade específica das instituições em que a morte por suicídio ocorre. No caso de Júlio, é importante referenciá-lo para busca de suporte somente na Universidade.
- D) Júlio refere sentimentos comuns do enlutamento por suicídio. É importante realizar acolhimento emocional e vincular o jovem ao serviço de saúde, se possível,**

em atividades realizadas na unidade. O acompanhamento na unidade também pode ser uma das opções para a continuidade do cuidado, dessa forma, os profissionais de saúde da unidade podem se manter mais próximos do jovem, realizando, conforme possível, avaliações sobre seu estado emocional, sobre riscos em relação ao comportamento suicida e também sobre questões que envolvem a elaboração da perda.

***Justificativa:** Uma pesquisa norte-americana apontou que uma única morte por suicídio afeta mais de 130 pessoas. Essa pesquisa confrontou estimativas anteriores que elencavam que cerca de seis pessoas eram impactadas a cada óbito por suicídio (Cerel et al., 2018). Mesmo não tendo contato direto com a vítima, uma morte por suicídio tem impacto importante em pessoas que podem ter sentimentos de identificação. É importante o acolhimento dos sentimentos e dúvidas sobre o comportamento suicida, como uma ferramenta de psicoeducação e possibilidade de cuidado emocional.*

8. Durante o acolhimento de Júlio, este negou histórico ou comportamento suicida atual, porém expressa medo de também vivenciar suicídio futuro. Além de avaliar o risco de suicídio, é importante compreender o medo de vivência de suicídio expresso por Júlio como:

- A) O medo de vivenciar o suicídio indica que Júlio possui sofrimento emocional e risco de suicídio.
- B) Como Júlio não possui histórico ou comportamento suicida atual, o medo de vivenciar o suicídio está associado ao impacto da morte, mas passa com o tempo.
- C) O medo de vivenciar o suicídio pode estar relacionado à identificação por características comuns entre os dois jovens. O medo deve ser acolhido e visto como importante momento de psicoeducação e vinculação ao serviço de saúde.**
- D) O medo de vivenciar o suicídio demonstra que Júlio apresenta características de fragilidade e fraqueza. Dessa forma é importante conversar com Júlio sobre a necessidade de ser forte e seguir a vida.

***Justificativa:** Um aspecto relevante se relaciona com os efeitos de contágio e/ou imitativos (conhecidos também como Efeito Werther), os quais se caracterizam pela identificação e possibilidade de apresentação de comportamentos e características semelhantes aos vivenciados em uma morte por suicídio (Fukumitsu, 2019; Moretto et al., 2017). “O que acontece é que a modalidade de enfrentamento às adversidades foi aprendida; logo, se tenho alguém próximo de mim que se matou, abre-se a possibilidade de eu pensar em suicídio quando estiver em situação de vulnerabilidade e intenso sofrimento” (Fukumitsu, 2019, p. 78)”.*

9) Júlio é um jovem estudante, residindo em Estado diferente da família, mas pontuou ser integrante de uma comunidade universitária. Considerando que na avaliação de risco suicida o profissional identifique risco baixo, é importante que o profissional de saúde:

- A) Auxilie Júlio a identificar laços sociais de qualidade e de maior proximidade, além de outros fatores protetivos e serviços de suporte na própria instituição onde**

estuda (acolhimento estudantil, assistência social) e no município. Ofereça também serviços de acolhimento emocional e vinculação à unidade de saúde.

- B) Dialogue com Júlio sobre a responsabilidade sobre a própria vida e que o suicídio é um ato contra a religião, tendo uma punição eterna.
- C) Peça para que Júlio procure por sua família e amigos, de modo que eles se responsabilizem por seu cuidado emocional.
- D) Oriente Júlio a buscar atendimento ou suporte na instituição onde estudam, ou na família, pois a unidade de saúde básica não tem como prerrogativa realizar atendimentos em saúde mental.

***Justificativa:** No momento inicial tem-se a identificação de vínculos de qualidade para o apoio social. Posteriormente, é importante colaborar para o fortalecimento desses vínculos, que podem ser familiares, pessoas queridas, grupos sociais de que os enlutados fazem parte, entre outras possibilidades. Todo trabalho é realizado respeitando as vivências e necessidades dos enlutados. É importante favorecer as habilidades sociais da pessoa para evitar o isolamento, a violação de direitos e para favorecer que consiga expressar suas necessidades e a forma como espera ser ajudada.*

10. Após o atendimento de Júlio, a equipe de saúde destaca que outros jovens procuraram por informações de acolhimento na unidade de saúde. Nesse caso, assinale a alternativa que menciona qual a conduta CORRETA a ser realizada:

- A) Orientar para que a equipe deixe a demanda fluir e que os estudantes e profissionais da Universidade não apareçam, caso sintam necessidade de suporte.
- B) Orientar para que a equipe peça aos próximos jovens e profissionais da Universidade para que procurem o serviço de atenção especializada em saúde mental.
- C) Discutir com a equipe sobre a sobrecarga da unidade de saúde e a impossibilidade de acolher tais demandas.
- D) Discutir com a equipe a possibilidade de ações integradas e organizadas entre a Universidade e outros dispositivos da rede de saúde e assistência, de forma a identificar possíveis casos com maior risco, além de oferecer informação e acolhimento à comunidade acadêmica.**

***Justificativa:** Para uma resposta mais assertiva e ampla é importante a integração de diferentes dispositivos da rede e diferentes profissionais ou pessoas interessadas em colaborar com demandas ligadas à posvenção. Entretanto, é importante que a resposta tenha uma coordenação organizada. Esse processo é facilitado na existência de protocolos municipais, estaduais e nacionais, inclusive com a atualização e formação de recursos humanos (saúde, assistência, líderes religiosos, agentes funerários, outras autoridades, entre outros atores sociais importantes para a posvenção) de forma prévia.*

APÊNDICE L - Roteiro de preparo de pacientes simulados

Cenário de Simulação de Alta Fidelidade: “Apoio inicial ao enlutado por suicídio (Posvenção)”

Elaborado por: Laysa Fernanda Silva Pedrollo

Revisado por: Aline Conceição Silva, Débora Tatiane Goes Silva, Larissa Castelo do Amaral, Maria Isabella Alves Paterna e Vitória Alexandrina Volpe

Orientação: Profa. Dra. Kelly Graziani Giacchero Vedana

Finalizado em: 13/08/2021

Última edição: 25/01/2022

APRESENTAÇÃO DO MATERIAL

Objetivo: Preparar o paciente simulado para a participação na atividade simulada a ser desenvolvida no cenário “Apoio inicial ao enlutado por suicídio - Posvenção”.

Número de pacientes simulados a serem preparados: 02 (paciente simulado principal, escalado para a atividade simulada e o paciente simulado de apoio que ficará no auxílio do preparo e/ou substituição na atividade, se necessário).

Tempo mínimo estimado de preparo: 15 dias

PRINCIPAIS PONTOS A SEREM ABORDADOS NO MATERIAL

Este é um material complementar desenvolvido com o objetivo de auxiliar o preparo do paciente simulado que atuará na telessimulação do cenário sobre posvenção. O roteiro é composto por itens que complementam o cenário desenvolvido, uma vez que apresenta aprofundamentos em relação ao caso proposto.

Neste material, você encontrará:

- **Descrição detalhada da história da paciente simulada:** de forma a complementar a apresentação realizada no cenário nos itens “Prebriefing” e “Instruções para o paciente simulado”. Nesse sentido, esta descrição contextualiza e aproxima a paciente simulada do caso a ser desenvolvido, com especificidades, aprofundamentos sobre a temática de luto por suicídio e dicas relacionadas ao preparo;
- **Objetivo do cenário:** descrição do que se é esperado para o desenvolvimento do cenário;
- **Preparo proposto para a paciente simulada:** descrição detalhada sobre como é desenvolvido o preparo, pontos importantes desse processo e descrição das atividades

realizadas pela equipe da etapa de simulação (responsável por desenvolver a atividade no curso);

- **Exame Clínico Objetivo Estruturado (ECOIE):** descrição detalhada do ECOIE proposto para o cenário, de forma que o paciente simulado possa se aproximar dos itens que serão analisados durante a simulação, realizando um preparo direcionado às questões propostas. Esse processo é importante, pois fornece subsídios ao paciente simulado para lidar com situações que possam surgir ao longo da interação com os participantes da simulação;
- **Informações gerais sobre o contexto da simulação:** neste item é realizado um aprofundamento referente às informações de preparo para a simulação, com destaque para aspectos físicos, psicológicos e da vivência virtual (telessimulação) que se relacionam com a vivência do paciente simulado na atividade;
- **Ações e intervenções esperadas para o desenvolvimento da simulação:** neste item é proposto um quadro que sintetiza possibilidades de ações e intervenções a serem realizadas no momento da simulação, de forma a auxiliar o paciente simulado em seu preparo;
- **Detalhamento das ações esperadas para a paciente simulada:** neste item é proposto um detalhamento das ações e intervenções descritas no quadro anterior, com definição do foco de cada momento da simulação, o que se é esperado do paciente simulado e dos participantes, duração, descrição de frases e ações que podem ser realizadas. Também são destacadas neste item observações importantes para o preparo do paciente simulado.

CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO DE SIMULAÇÃO SOBRE POSVENÇÃO

O cenário simulado da atividade foi construído em formato de template (roteiro), baseado na literatura científica sobre as temáticas de simulação clínica, e com isso contém itens que se dividem em duas seções, sendo a de planejamento da simulação e a de desenvolvimento da simulação. Em seu preparo, o paciente simulado deve se aproximar de cada um dos itens do cenário, junto ao roteiro de preparo, de forma a compreender toda a construção para a realização de sua participação no caso que será desenvolvido.

A seguir, apresentamos de forma sintética os itens contidos no cenário “**Apoio inicial ao enlutado por suicídio (Posvenção)**” nas duas seções, com uma breve descrição em relação a cada um deles:

A seção de planejamento do cenário envolve 8 itens, sendo:

1. **Título:** Nome proposto para o cenário construído;
2. **Autoria:** Nome do(s) responsável(is) pela construção do cenário;

3. Objetivo geral: Objetivo a ser atingido pelos participantes da atividade simulada por meio do cenário construído;

4. Público-alvo: Descrição dos participantes indicados a participar da atividade simulada realizada por meio do cenário construído;

5. Número de participantes: Descrição da quantidade de pessoas envolvidas no desenvolvimento do cenário, incluindo o detalhamento do número de participantes da simulação (integrante(s) do público-alvo convidado(s) a participar da atividade simulada), número de paciente(s) simulado(s) (convidado(s) externo(s) que assumirão o papel da pessoa atendida no cenário), número de facilitadores (equipe coordenadora responsável(is) pelo desenvolvimento da atividade simulada) e menção aos observadores (demais participantes, integrantes do público-alvo que vivenciarão a atividade simulada, de forma crítica, com foco na observação das ações desenvolvidas);

6. Recursos físicos e recursos materiais: Descrição completa de todos os itens necessários para realização da atividade simulada realizada por meio do cenário construído, com foco na representação fidedigna da realidade no ambiente simulado;

7. Estudo prévio para os participantes e observadores: Detalhamento de materiais de estudo indicados e disponibilizados pelos facilitadores do cenário, via e-mail, para o preparo prévio para participação na atividade simulada realizada por meio do cenário construído;

8. Tempo de duração: Tempo estimado para a duração de cada uma das etapas de desenvolvimento da atividade simulada realizada por meio do cenário construído, incluindo: *Prebriefing* (15 minutos), *Simulação* (20 minutos) e *Debriefing* (40 minutos);

A seção de desenvolvimento do cenário envolve 5 itens, sendo:

1. Prebriefing: Descrição e detalhamento de informações importantes que deverão ser transmitidas para todos os participantes da atividade simulada realizada por meio do cenário construído, com enfoque para a apresentação e leitura de contratos, orientações básicas do caso simulado (nenhuma informação deve ser omitida nesta apresentação) e aspectos relacionados à condução da simulação. Nesse momento, são realizados o convite e a preparação (de forma separada do restante do grupo, em outro ambiente) do(s) participante(s) que têm interesse em vivenciar a atividade simulada;

2. Instruções para o paciente simulado: Descrição e detalhamento de instruções que compõem o preparo do(s) paciente(s) simulado(s) para atuar(em) na atividade simulada realizada por meio do cenário construído. O preparo deve ser realizado nos dias que antecedem a simulação, com o auxílio dos facilitadores da simulação;

3. Exame Clínico Objetivo Estruturado (ECO): Descrição de itens a serem considerados na avaliação do desempenho dos participantes da atividade simulada (integrantes do público-alvo), conforme o(s) objetivo(s) da simulação. A escrita de cada um dos objetivos propostos no ECOE deve ser clara e em concordância com os demais itens do cenário, destacados no template. Um membro da equipe organizadora da atividade simulada deverá ficar responsável pela realização desta avaliação, desenvolvida concomitantemente à simulação, por meio do preenchimento dos itens propostos utilizando as opções de resposta SIM (quando a ação foi executada adequadamente) e NÃO (quando a ação não foi realizada ou realizada de forma inadequada). O responsável por esta atividade também poderá tecer comentários e sugestões em sua avaliação que poderão ser abordados na etapa de discussão do *debriefing*;

4. Debriefing: Etapa desenvolvida após a finalização da atividade simulada realizada por meio do cenário do estudo. Sua execução é proposta por meio de três fases consecutivas: fase descritiva, analítica e aplicativa. Nesse momento todos os participantes do cenário (participante(s) da simulação, observadores e paciente(s) simulado(s)) serão convidados para refletir e dialogar sobre a simulação e experiências, conhecimentos, sentimentos e aprendizados envolvidos na prática simulada, com destaque para aspectos listados e avaliados nos itens do Exame Clínico Objetivo Estruturado. Na fase descritiva, busca-se evidenciar como os participantes se sentiram em relação à atividade simulada; na fase analítica ocorrem o destaque para as ações positivas desenvolvidas na atividade simulada, a possibilidade de mudanças e as reflexões sobre o desempenho do trabalho realizado na simulação; na fase aplicativa, ocorre o destaque para os impactos da experiência frente à atividade simulada para a prática profissional.

5. Referências: Descrição de referências atualizadas e utilizadas para construção do cenário (artigos originais, artigos de revisão e *guidelines*, com publicação inferior a cinco anos).

CONTEXTUALIZANDO O PREPARO DO PACIENTE SIMULADO

O paciente simulado é peça-chave para o desenvolvimento de uma simulação, visto que é o responsável pela interação com os participantes, tendo assim papel fundamental para que o ambiente de realismo seja mantido durante toda a construção. O preparo de um paciente simulado caminha para além da leitura rápida de roteiros e compreensão do cenário, visto que para proporcionar o realismo, principalmente na Simulação de Alta Fidelidade, é preciso conhecer do que se trata a proposta de ensino-aprendizagem, quais as etapas inseridas no processo de construção e execução de um cenário simulado, implementação dos aspectos físicos, psicológicos e conceituais necessários para a simulação, bem como a identificação de possíveis lacunas que possam existir no roteiro para a simulação.

Além disso, vale ressaltar que algumas atividades simuladas já têm utilizado atores para o papel do paciente simulado, e dessas participações, tem sido destacada a importância do preparo prévio da pessoa que realizará a encenação da simulação. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de toda uma organização prévia para que o preparo possa abarcar todos os aspectos mencionados acima. O preparo não ocorre individualmente, principalmente, pois, existe toda uma equipe de apoio para que o realismo esperado para a simulação seja alcançado.

Ao considerar esses aspectos, o processo de preparo da paciente simulada para essa atividade tem sido baseado em achados recentes da literatura científica que orientam o preparo de pacientes simulados para as atividades de simulação. Para a proposta, serão convidadas duas integrantes do grupo de pesquisa LEPS EERP/USP para a participação como paciente simulada.

As duas pessoas convidadas serão membros do grupo com experiência prévia no desenvolvimento de simulações, especialmente, no que se refere a ter vivenciado pelo menos uma vez o papel de paciente simulada e/ou desenvolver projetos na área de simulação clínica. O preparo com duas participantes de forma conjunta foi definido a fim de evitar contratempos relacionados à participação no dia do desenvolvimento, de modo que uma das convidadas será a paciente simulada principal (escalada para participar da atividade) e a segunda convidada ficará como apoio (escalada como substituta, em casos de contratempos e/ou intercorrências). Para auxiliar no desenvolvimento de todo esse preparo, foi estabelecida uma equipe responsável pelo acompanhamento e apoio à etapa de simulação.

DESCRIÇÃO DETALHADA DA HISTÓRIA DA PACIENTE SIMULADA

Objetivo do cenário: Desenvolver ações de apoio inicial à pessoa enlutada por suicídio durante uma telessimulação.

Você será Marta, 44 anos, mãe de Bruno (22 anos) que morreu por suicídio há 3 dias. Você é casada, mas o seu esposo trabalha fora durante todo o dia, por essa razão não se encontrará em casa durante o atendimento. Não tem outros filhos. Trabalha em casa, é artesã (não é responsável pela renda principal da casa) e vende seus produtos em uma feirinha do bairro. Durante muito tempo, você frequentou o grupo de artesanato da unidade de saúde, onde se aproximou de algumas vizinhas que se tornaram amigas. Essas vizinhas também trabalham com artesanato, por isso, sempre costumavam se encontrar em casa para conversar, durante a tarde. Com a pandemia esses encontros se reduziram, mas sempre que possível vocês se comunicam por telefone. Desde a morte do seu filho, elas entraram em contato e desejaram apoio. Sua família é pequena e não mora na mesma cidade, por isso, o contato com eles se mantém, na maioria das vezes por telefone. Você gosta de ficar em casa e assistir à TV (filmes e séries),

além de cozinhar, algo que costumava fazer com Bruno. Nos últimos meses, você não tem saído para fazer atividades fora de seu domicílio, principalmente, por conta das restrições da pandemia de Covid-19. Desde que você mora no bairro, há mais de 10 anos, você realiza acompanhamentos na unidade de saúde.

A morte por suicídio de Bruno não ocorreu em seu domicílio. Você e seu esposo ficaram sabendo o que aconteceu por meio de um conhecido da família, que entrou em contato após ter encontrado Bruno já sem vida em um viaduto que fica localizado nas mediações do bairro em que vocês moram. Você não chegou a visualizar o corpo no local, pois acharam melhor que você não vivenciasse de perto o que aconteceu. Após a morte do seu filho, todos do bairro ficaram sabendo do ocorrido.

A enfermeira(o) da unidade de saúde preocupada com a situação fez um contato breve, após saber sobre a morte de seu filho e disse que gostaria de realizar uma conversa em outro momento, você concordou. Considerando as restrições da pandemia, a unidade agendou um teleatendimento, o qual será representado na simulação a ser desenvolvida. Todas as informações prévias de agendamento do atendimento foram realizadas, portanto, a simulação começará diretamente no atendimento.

Este atendimento será iniciado assim que você for inserida na sala virtual em que será realizada toda a simulação (já entrará na sala com o início do atendimento). A interação deverá ter como foco as suas vivências do processo de luto por suicídio, portanto, caso questionamentos mais aprofundados sobre outras pessoas e vivências que não estejam pontuados nas instruções sejam feitos, você deverá falar frases que possibilitem o retorno dos participantes para a proposta de atendimento sobre o apoio inicial ao enlutado por suicídio (ex.: questionamentos muito detalhados sobre o marido e até mesmo algumas questões sobre o filho não são o foco da atividade, portanto deverão ser remanejadas para a sua vivência, caso abordadas pelos participantes).

Dessa forma, durante o atendimento é esperado que você apresente algumas pistas para os participantes. As “**Pistas que necessariamente você abordará no caso**” retratam os pontos que são vitais e necessários para o desenvolvimento do cenário. As “**Pistas que você abordará se tiver possibilidade/opportunidade**”, trata-se de pontos que poderão ser falados, se durante o apoio inicial for oportunizado esta abordagem.

Vale ressaltar que o luto por suicídio compreende uma vivência complexa por parte do enlutado, que pode experimentar diversos sentimentos, sensações e dificuldades (ver frases preparatórias abaixo). Todo o processo do luto é único e individual, por isso, você deverá destacar aquilo que está sentindo em relação a todo esse processo. Lembre-se de que serão

abordadas questões do seu dia a dia, que agora encontra-se alterado pela morte do seu filho. O luto não apresenta tempo para se finalizar e pode ser vivenciado de diversas formas por cada pessoa.

Durante o atendimento, os alunos representarão dois profissionais de saúde da unidade de saúde que deverão desenvolver ações iniciais de acolhimento e apoio a você, com foco em um processo de acompanhamento subsequente. Eles também serão convidados a avaliar as suas necessidades iniciais e tomar as condutas imediatas necessárias para o caso de acordo com a interação realizada. Durante o cenário não é necessário que os participantes planejem integralmente este plano terapêutico, mas que realizem todo o apoio inicial possível para o caso apresentado.

A atividade de simulação não sofrerá a intervenção de pessoas externas ao cenário, e será finalizada pelos facilitadores da simulação quando ao menos uma pessoa da equipe de saúde finalizar o atendimento ou ao final do tempo máximo de execução. É necessário que você se mantenha atenta ao diálogo estabelecido durante toda a atividade, pois auxiliará no processo de alcance dos objetivos esperados (pontuados no ECOE). Vale destacar que, nos itens detalhados a seguir, estão pontuadas as ações esperadas para a realização de toda a atividade simulada que será desenvolvida em aproximadamente 20 minutos, e também frases que se adaptam a cada período realizado, de forma que você poderá se preparar para cada etapa.

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O CONTEXTO DA SIMULAÇÃO

Preparo físico da paciente simulada: deverá realizar produção prévia (conforme possível), para que visualmente se assemelhe a dona Marta de 44 anos, retratada no caso. Poderá utilizar produtos (ex.: maquiagem) e/ou adereços (ex: roupas e acessórios) que facilitem o processo de caracterização.

Preparo físico do ambiente simulado: deverá ser preparado com o uso de objetos comuns que compõem um ambiente doméstico (sala de estar) a depender do contexto regional e da possibilidade de aparecerem em tela. Alguns objetos que podem aparecer em cena: cadeiras, almofadas, rádio ou televisão, copos, livros, canetas, objetos decorativos, entre outros.

Preparo de pacientes simulados: para a atividade está previsto o preparo de dois pacientes simulados, considerando: 1) paciente escalada para realizar a atividade simulada e 2) paciente que ficará no apoio, auxiliando as etapas de preparo e sendo substituta principal, em caso de imprevistos na atividade.

Preparo para a vivência virtual: por se tratar de um atendimento virtual, imprevistos podem ocorrer. Fica orientado o uso de um computador para o desenvolvimento do cenário, mas em caso de dificuldades, o celular poderá ser utilizado. Dessa forma, previamente ao início da simulação, os facilitadores da atividade entrarão em contato com a paciente simulada para realização de testes de rede, imagem e som. Em caso de dificuldades na realização da consulta (queda de rede, problemas de áudio e vídeo), os facilitadores realizarão o intermédio da situação, orientando os participantes do cenário a aguardarem possível retorno. Durante esse período, os facilitadores também manterão contato com a paciente simulada via WhatsApp para organização do retorno à tela. Caso não ocorra a possibilidade de retorno da paciente simulada, será reorganizado o início da atividade, considerando o que foi desenvolvido e com a participação da segunda paciente simulada na cena (previamente preparada).

Exame Clínico Objetivo Estruturado (ECO): Para o desenvolvimento do caso simulado no cenário, é necessário que você conheça os itens do “**Exame Clínico Objetivo Estruturado**”, os quais são detalhados a seguir:

1. Possibilitar espaços de fala e escuta à pessoa enlutada para o reconhecimento e expressão de seus sentimentos, experiências e necessidades, em seu ritmo e tempo.
2. Dialogar sobre especificidades do luto por suicídio que podem gerar sofrimento (*como, por exemplo: culpa, raiva, negação, questionamentos, solidão, falta de escuta, vergonha, dificuldade em abordar o ocorrido, reações de aniversário e explicações reducionistas sobre o suicídio*).
3. Encorajar a pessoa enlutada a expressar a necessidade de ajuda e a forma como deseja ser ajudada.
4. Identificar se a pessoa enlutada possui apoio e suporte para vivência do luto, como, por exemplo, rede(s) de apoio (considerando o contexto da pandemia).
5. Orientar a pessoa enlutada a buscar lugares e pessoas que lhe façam sentir segura e protegida, fortalecendo essas relações de apoio, a fim de evitar o isolamento devido ao luto (*como, por exemplo, familiares, amigos, grupos, grupos de apoio, entre outros, considerando o contexto da pandemia*).
6. Avaliar presença de comportamento suicida e/ou de comportamentos imitativos na pessoa enlutada.
7. Incentivar a pessoa enlutada para realizar o autocuidado e atividades do cotidiano, por meio da manutenção de uma rotina saudável que promova o bem-estar.

8. Orientar a pessoa enlutada a evitar tomar decisões impactantes ou drásticas, durante o período do luto.
9. Evitar dizer para a pessoa o que ela precisa fazer, falar ou como deve se sentir.
10. Desenvolver a escuta empática e sem julgamento, durante todo o apoio inicial à pessoa enlutada.

DESENVOLVIMENTO DA SIMULAÇÃO: PREPARO COMPLETO DO PACIENTE SIMULADO

Ações e intervenções esperadas para o desenvolvimento da simulação

A seguir, apresentamos o Quadro 1, no qual estão descritas as **ações e intervenções esperadas para o desenvolvimento da simulação**, tanto para o paciente simulado, como para os participantes da atividade. Esse quadro contribui por apresentar uma síntese do que é esperado para toda a atividade, complementado pelo item de detalhamento das ações, no qual são apresentados exemplos de falas, frases e ações a serem realizadas.

Quadro 1 – Descrição das ações e intervenções da simulação sobre apoio inicial a enlutados por suicídio

Ações e intervenções esperadas para o desenvolvimento da simulação *Observação: Apesar da delimitação de tempo e programação detalhada, esses aspectos podem ser flexibilizados conforme o desenvolvimento da simulação		
Tempo Sugerido*	Ações esperadas do paciente simulado	Intervenções esperadas dos participantes
Momento 1 1-3 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ● Acesso à sala virtual para teleatendimento por meio de <i>link</i> previamente enviado pelos facilitadores; ● Apresentação inicial (bom dia, boa tarde) e agradecimento à equipe pelo acolhimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Apresentação pessoal dos enfermeiros; ● Breves esclarecimentos sobre desenvolvimento da teleatendimento, sigilo e aspectos éticos; ● Acolhimento inicial referente à perda de dona Marta, com abordagem do nome do filho.
Momento 2 3-10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ● Expressão de sentimentos, experiências e necessidades relacionadas à morte e ao período de luto por suicídio (de acordo com roteiro); ● Relato breve sobre a vivência com o filho, que viu algumas mensagens, mas não acreditou existir o desejo real de morrer; ● Expressão do desejo de 	<ul style="list-style-type: none"> ● Questionamento sobre como dona Marta está se sentindo (sentimentos, experiências e necessidades). ● Dialogar com dona Marta sobre especificidades do luto por suicídio; ● Encorajar dona Marta a expressar a necessidade de ajuda e a forma como deseja ser ajudada;

	sumir/desaparecer, mas sem apresentação de comportamento suicida.	<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar presença de comportamento suicida e/ou de comportamentos imitativos em dona Marta.
Momento 3 10 - 15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ● Abordagem de questões relacionadas às rede(s) de apoio e ajuda (ver frases abaixo); ● Falar sobre problemas relacionados ao seu autocuidado e rotina desde a morte; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificar se dona Marta possui apoio e suporte para vivência do luto, como, por exemplo, rede(s) de apoio (considerando o contexto da pandemia). ● Orientar dona Marta a buscar lugares e pessoas que a façam sentir segura e protegida, considerando o contexto atual. ● Questionar e avaliar realização do autocuidado e atividades do cotidiano nesse período; ● Incentivar dona Marta a realizar o autocuidado e atividades do cotidiano, por meio da manutenção de uma rotina saudável que promova o bem-estar.
Momento 4 15-20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ● Abordagem do desejo de realizar mudanças devido à morte (ver frases abaixo); ● Abordagem de reações relacionadas à morte (retomada de fala sobre sentimentos); ● Abordagem de questões relacionadas ao seu autocuidado (o que fazer para continuar?); ● Agradecimento pelo apoio ofertado. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dialogar com dona Marta sobre especificidades do luto por suicídio; ● Orientar dona Marta a evitar tomar decisões impactantes ou drásticas durante o período do luto; ● Orientar dona Marta sobre importância da continuidade do cuidado e presença da unidade de saúde no processo de apoio; ● Finalização do cenário com término da orientação à dona Marta ou término do tempo estimado da atividade simulada.
Durante todo o cenário	<ul style="list-style-type: none"> ● Caso o participante solicite, questione ou aborde alguma informação que não lhe foi comentada sobre o caso, você pode respondê-lo por meio da frase “eu não quero falar sobre isso/ acredito que podemos falar 	<ul style="list-style-type: none"> ● Possibilitar espaços de fala e escuta à pessoa enlutada; ● Desenvolver a escuta empática e sem julgamento durante todo o apoio inicial à pessoa enlutada;

	<p>disso em outro momento” (“não é relevante para o caso”);</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Caso você perceba durante a interação que os participantes estão seguindo por caminhos diferentes desta proposta, você poderá utilizar falas que proporcionem o retorno às ações esperadas; ● Sentimentos, emoções e posturas: apresentar-se considerando as informações de preparo apresentadas no roteiro. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Evitar dizer para a pessoa o que ela precisa fazer, falar ou como deve se sentir.
--	---	---

Fonte: Elaborado pelas autoras do roteiro (2021)

Detalhamento das ações esperadas para a paciente simulada

Momento 1 (Duração estimada: 1 a 3 minutos)

Previamente ao desenvolvimento da simulação, você receberá o *link* de acesso para a sala virtual (será encaminhado pelos facilitadores da atividade). Sua entrada na sala da atividade simulada ocorrerá após você receber um aviso dos facilitadores (via rede de contato - ex: WhatsApp). A partir da sua inserção na chamada, a interação com os participantes atuantes (enfermeiros) no teleatendimento se iniciará.

Foco:

- Acesso à sala virtual para o teleatendimento por meio de *link* previamente enviado pelos facilitadores;
- Apresentação inicial (bom dia, boa tarde) e agradecimento à equipe pelo acolhimento: responder à apresentação dos participantes de forma breve (ex: boa tarde), agradecendo à equipe pela atenção prestada até o momento;
- Caso sejam abordadas questões sobre o teleatendimento (ambiente virtual): abordar que está sozinha em casa (“**Eu estou sozinha em casa agora**”), o ambiente está tranquilo, com bom sinal de Internet (“**Aqui está tranquilo, escuto e vejo vocês bem**”).
- Caso sejam realizadas orientações para o teleatendimento: agradecer a equipe e aguardar em silêncio o início da interação realizada pelos participantes;
- Caso algum dos participantes não realizar a apresentação: você poderá expor dúvidas, questionando quem é ele (ex.: nome, atuação), de forma breve;
- Caso seja questionada como está se sentindo/se está tudo bem: iniciar abordagem mencionada a partir do momento 2 (ver abaixo).

Participantes:

- ★ Possibilitar espaços de fala e escutar a pessoa enlutada para o reconhecimento e expressão de seus sentimentos, experiências e necessidades, em seu ritmo e tempo.
- ★ Encorajar a pessoa enlutada a expressar a necessidade de ajuda e a forma como deseja ser ajudada.
- ★ Desenvolver a escuta empática e sem julgamento durante todo o apoio inicial à pessoa enlutada.

Momento 2 (Duração estimada: 3 a 10 minutos)

Foco:

- **Abordagem de sentimentos, experiências e necessidades relacionadas à morte e ao período de luto por suicídio (respondendo a perguntas sobre como tem se sentido):**
 - “Tenho sentido uma **dor** insuportável desde o que aconteceu..” (**dor**)
 - “É uma **tristeza** que não vai embora, parece que não é verdade tudo isso, não sei o que fazer” (**tristeza**)
 - “Além disso, me sinto **culpada**..” ou “A culpada pela morte dele sou eu, como mãe eu deveria ter feito algo” (**culpa**)
 - “Eu não consigo acreditar que ele se foi.. eu não consigo!” ou “Acho que eu estou sonhando, não pode ser verdade tudo isso” (**negação**)
 - “Por que meu filho fez isso? Por que ele queria isso?” ou “Eu não encontro respostas, você sabe me falar o porquê estou vivendo isso?” (**questionamentos**)
- **Abordar essas questões e observar retorno dos participantes:**
 - Em caso de acolhimento do que você tem abordado: escutar o que foi trazido pelos participantes e depois continuar abordando mais sobre como tem se sentido, ressaltando que “é bom poder colocar isso para fora”.
 - Caso os participantes não falem com você e apenas escutem, buscar questioná-los “**Por que tem que ser assim?**”/”**Por que eu tenho que sentir tudo isso?**” e aguardar interação. Após interação, continuar a falar sobre os sentimentos (abaixo)
 - **Observação:** Você pode modular a expressão de sentimentos de acordo com a necessidade para o momento da cena, por exemplo, caso perceba que os participantes estejam pouco atenciosos e/ou “travados” em relação à atividade devido à emoção.
- **Abordagem de questões relacionadas ao desejo de sumir/desaparecer, mas sem apresentação de comportamento suicida:**

- “Tem sido tudo tão estranho depois do que aconteceu, parece que as **pessoas têm me olhado de forma diferente** aqui na rua” ou “Tudo isso... dá um sentimento de **vergonha**, sabe? Não quero mais sair de casa, as pessoas ficam **comentando sobre mim**”
- “Às vezes surge um sentimento de **raiva**. Ele não pensou em mim, não pensou que eu ficaria sozinha”;
- “Tenho **vontade de sumir**, mas **não tenho a intenção de provocar a minha morte**”
- **Observação:** Caso os participantes queiram aprofundar na avaliação sobre o desejo de morrer, você pode reforçar que isso nunca passou por sua cabeça, elencando que a vontade de sumir se relaciona com a situação vivenciada, bem como os sentimentos que você tem experienciado (ex.: tristeza, dor). Você pode dizer que nunca havia vivenciado uma morte por suicídio na família.
- **Abordagem breve sobre vivência com o filho, que viu algumas mensagens, mas não acreditou existir o desejo real de morrer (caso tenha a oportunidade de trazer isso, dependendo do decorrer da interação dos itens acima);**
 - “Tem uns anos já que **vi umas postagens dele na internet sobre querer morrer**, mas **pensei ser só uma brincadeira** com os amigos. Jovem sabe?”
 - Finalizar esse momento em silêncio, se possível, aguardando interação dos participantes

Participantes:

- ★ Possibilitar espaços de fala e escuta à pessoa enlutada para o reconhecimento e expressão de seus sentimentos, experiências e necessidades, em seu ritmo e tempo.
- ★ Encorajar a pessoa enlutada a expressar a necessidade de ajuda e a forma como deseja ser ajudada.
- ★ Dialogar sobre especificidades do luto por suicídio que podem gerar sofrimento (como, por exemplo: culpa, raiva, negação, questionamentos, solidão, falta de escuta, vergonha, dificuldade em abordar o ocorrido, reações de aniversário e explicações reducionistas sobre o suicídio).
- ★ Avaliar presença de comportamento suicida e/ou de comportamentos imitativos na pessoa enlutada.
- ★ Desenvolver a escuta empática e sem julgamento durante todo o apoio inicial à pessoa enlutada.
- ★ Evitar dizer para a pessoa o que ela precisa fazer, falar ou como deve se sentir.

Momento 3 (Duração estimada: 10 a 15 minutos)

Foco:

- **Após interação sobre os sentimentos e vivências, observar se os participantes abordam questões sobre redes de apoio. Se sim, buscar seguir a interação com a abordagem das frases pontuadas abaixo. Se não, utilizar questão disparadora sobre tema, buscando trazê-los para esse tópico. A abordagem sobre apoio e cuidado pode caminhar de forma conjunta, trazendo discussão sobre esses itens no mesmo momento da conversa.**
- **Abordagem de questões relacionadas às rede(s) de apoio:**
 - “Ontem fiquei pensando, **sinto preciso de apoio, ajuda** nesse momento..” (questão disparadora - abordá-la e aguardar retorno dos participantes, se questionam algo sobre apoio/cuidado);
 - “**O que é rede de apoio? É quem ajuda?**”
 - “**Meu marido resolveu tudo que precisava**, mas precisa trabalhar, então acaba que eu fico sozinha”
 - “**As pessoas que tenho próximas têm tentado me ajudar como podem, mas tá tudo recente..**”
 - “Mesmo não falando do Bruno, eu converso com eles, sinto que me apoiam, me mandam mensagem, sinto carinho”
 - “Eu tenho apoio, mas sinto que eles não querem falar do que aconteceu, tem algum medo de falar sobre o Bruno”
 - Minha família, assim, minhas irmãs e sobrinhos tem sido muito carinhosos, sempre ligam, mandam mensagem, hoje a gente tem usado bem o celular, né?
 - Até algumas amigas da minha idade também me enviam mensagens e ligam, são vizinhas aqui de casa. Sei que tenho pessoas que me amam e também amo e me preocupo com cada um, mas é que por enquanto tenho muito sentimentos e dúvidas....”
 - Eu acredito em Deus e a penso que Ele me dá forças pra enfrentar os momentos difíceis.
 - “O meu líder religioso comentou de marcarmos uma missa de sétimo dia para o meu filho, mas não sei se quero e se vou. Ele tem mantido contato comigo nesses três dias, isso me fez bem, me senti acolhida”.
 - “Eu **fazia algumas atividades fora de casa**, mas com a **pandemia diminui para me cuidar**. Uma caminhada aqui perto, uma volta de carro, ligar para algumas amigas, isso tudo era antes, agora não estou fazendo tanto.”
- **Abordagem de questões relacionadas ao seu autocuidado e rotina desde a morte (observar se os participantes questionam questões de autocuidado: caso sim, abordar frases pontuadas abaixo; caso não, abordar frase disparadora sobre cuidado e depois**

trazer as demais questões conforme interação sobre esse tema).

- “Foram poucos dias, mas sinto **meu mundo de cabeça para baixo**. Não como, **não tenho dormido, nada faz muito sentido**” (questão disparadora)

- “**A vontade de me cuidar sumiu**, nem penso nisso”

- “Está **difícil fazer qualquer coisa**.. até tomar banho, fazer alguma coisa para comer, tenho ficado em casa então tenho que fazer tudo”

- “Eu gosto de cozinhar, gosto de fazer as coisas aqui em casa. Sempre foi assim.. O Bruno me ajudava às vezes, ele amava lasanha. Falava que minhas mãos eram de fada, pois minha comida era a melhor do mundo, lembro disso..”

“Agora, as igrejas/templos estão abrindo com número mínimo, né? Pensei em agendar a cerimônia de sétimo dia, mas estou sem forças... Tenho bastante amigas na igreja e o sacerdote também é bem próximo da minha família.” Ele não julgou a morte do Bruno, isso me deu esperanças...

Participantes:

- ★ Possibilitar espaços de fala e escuta à pessoa enlutada para o reconhecimento e expressão de seus sentimentos, experiências e necessidades, em seu ritmo e tempo.
- ★ Orientar a pessoa enlutada a buscar lugares e pessoas que lhe façam sentir segura e protegida, fortalecendo essas relações de apoio, a fim de evitar o isolamento devido ao luto (*como, por exemplo, familiares, amigos, grupos, grupos de apoio, entre outros, considerando o contexto da pandemia*).
- ★ Encorajar a pessoa enlutada a expressar a necessidade de ajuda e a forma como deseja ser ajudada.
- ★ Incentivar a pessoa enlutada para realizar o autocuidado e atividades do cotidiano, por meio da manutenção de uma rotina saudável que promova o bem-estar.
- ★ Desenvolver a escuta empática e sem julgamento durante todo o apoio inicial à pessoa enlutada.

Momento 4 (Duração estimada: 15 a 20 minutos)

Foco:

● Abordagem de reações relacionadas à morte (retomada de fala sobre sentimentos):

- “Está tudo tão recente.. eu estou com vergonha de procurar as pessoas, até a família mesmo, eu achei que ninguém ia me ouvir”
- “As pessoas próximas **não falam o nome do meu filho** e não querem conversar sobre o que aconteceu, parece que tem medo”

- “**Sinto falta de um pouco de atenção**”
- “Não está fácil, mas poder **falar** um pouco com vocês **já me ajudou**”
- **Abordagem do desejo de realizar mudanças devido à morte:**
 - “Foram tantas coisas aqui nessa casa, parece que tudo acabou. Ontem à noite pensei, **estou com vontade de vender tudo e me mudar, começar de novo** o mais rápido possível”
 - “Essa **mudança deve ser a melhor opção.. imagina passar o aniversário do Bruno aqui mês que vem?**” complementar com “**Eu não vou aguentar** passar essa data sem ele!”
- **Abordar essas questões e observar retorno dos participantes:**
 - Nesse momento a interação já caminha para a finalização.
 - Aguardar retorno quanto aos sentimentos e desejos pontuados no fim.
 - Realizar escuta do que é apresentado e analisar se os participantes apresentam algum questionamento/dúvida. Caso os participantes não abordem a continuidade do cuidado, usar o último momento para questionar se poderá ter outros momentos como esse na unidade.
- **Agradecimento pelo apoio ofertado (finalizar interação e agradecer o atendimento)**
 - “Obrigada por me escutarem”
 - “Obrigada por tudo que falaram”
 - “Obrigada por mencionarem o nome do meu filho, em poucos dias, parece que todos estão com medo de fazer isso, me afastando dele, e aqui vocês fizeram diferente, estive mais próxima do Bruno nessa conversa”
 - “Sei que agora está difícil, mas vocês deram um jeito de me ajudar, obrigada!”
 - “Obrigada, agora vou desligar aqui, tchau para vocês!”
 - “Agora que desligou posso desligar aqui? Não sou muito boa na tecnologia, mas acho que é isso, vou me despedindo, obrigada!”.

Participantes:

- ★ Possibilitar espaços de fala e escuta à pessoa enlutada para o reconhecimento e expressão de seus sentimentos, experiências e necessidades, em seu ritmo e tempo.
- ★ Evitar dizer para a pessoa o que ela precisa fazer, falar ou como deve se sentir.
- ★ Orientar a pessoa enlutada a evitar tomar decisões impactantes ou drásticas, durante o período do luto.
- ★ Incentivar a pessoa enlutada para realizar o autocuidado e atividades do cotidiano, por meio da manutenção de uma rotina saudável que promova o bem-estar.

- ★ Dialogar sobre especificidades do luto por suicídio que podem gerar sofrimento (*como, por exemplo: culpa, raiva, negação, questionamentos, solidão, falta de escuta, vergonha, dificuldade em abordar o ocorrido, reações de aniversário e explicações reducionistas sobre o suicídio*).
- ★ Desenvolver a escuta empática e sem julgamento durante todo o apoio inicial à pessoa enlutada.

Observação para todas as etapas

Foco:

- Caso o participante solicite, questione ou aborde alguma informação que não lhe foi comentada sobre o caso, você pode respondê-lo por meio da frase “eu não tenho essa informação/não quero falar sobre isso/ acredito que podemos falar disso em outro momento” (“não é relevante para o caso”);
- Caso o participante questione se você encontrou seu filho após a morte, elencar que não, que apenas foi avisada sobre o que ocorreu;
- Caso você perceba durante a interação que os participantes estão seguindo por caminhos diferentes desta proposta, você poderá utilizar falas que proporcionem o retorno às ações esperadas;
- Em caso de dificuldades de interação entre os participantes, paciente simulado pode pedir para que dupla repita o que estava sendo dito/ retomar o que quer ser falado para assim dar continuidade na cena;
- Sentimentos, emoções e posturas: apresentar-se considerando as informações de preparo apresentadas no roteiro;
- Ao final da atividade simulada, caso a cena siga para a finalização do atendimento, você deverá se despedir (conforme pontuações do roteiro), desligar a câmera e se manter na sala de vídeo, reforçando a ideia de que a chamada finalizou. Após isso, você será convidado a retomar a conversa para o momento do *debriefing*, onde deverá se apresentar para toda a turma.

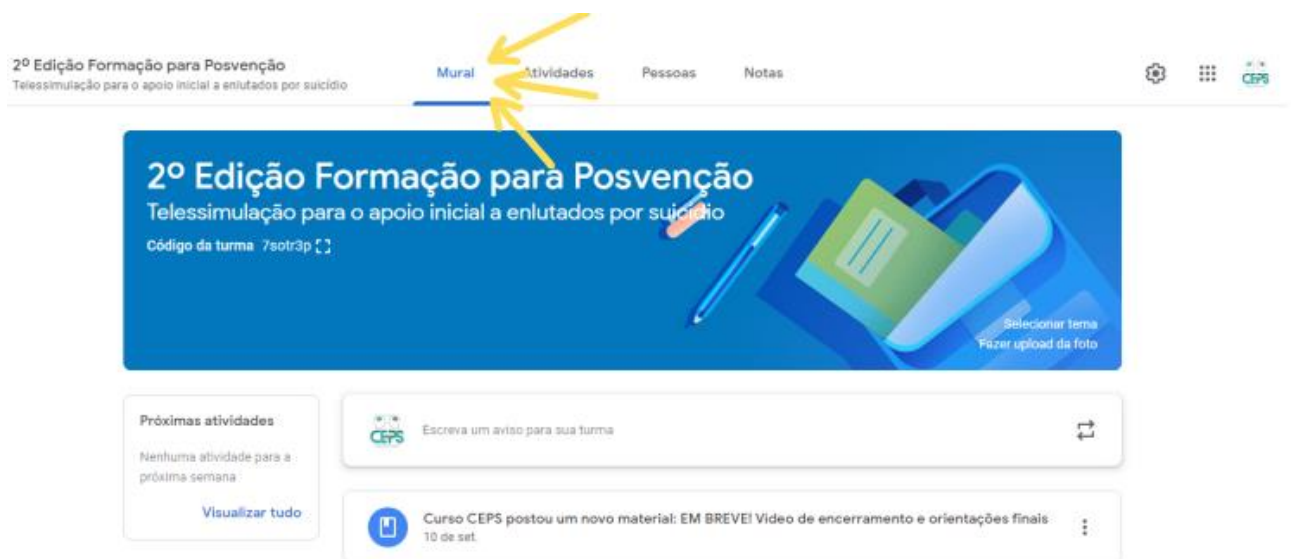
APÊNDICE M - Exemplos de materiais do curso de formação sobre a posvenção

Figura 1 - Modelos de postagens de divulgação da primeira e segunda edição do curso de formação sobre a posvenção nas redes sociais dos grupos CEPS e LEPS EERP/USP



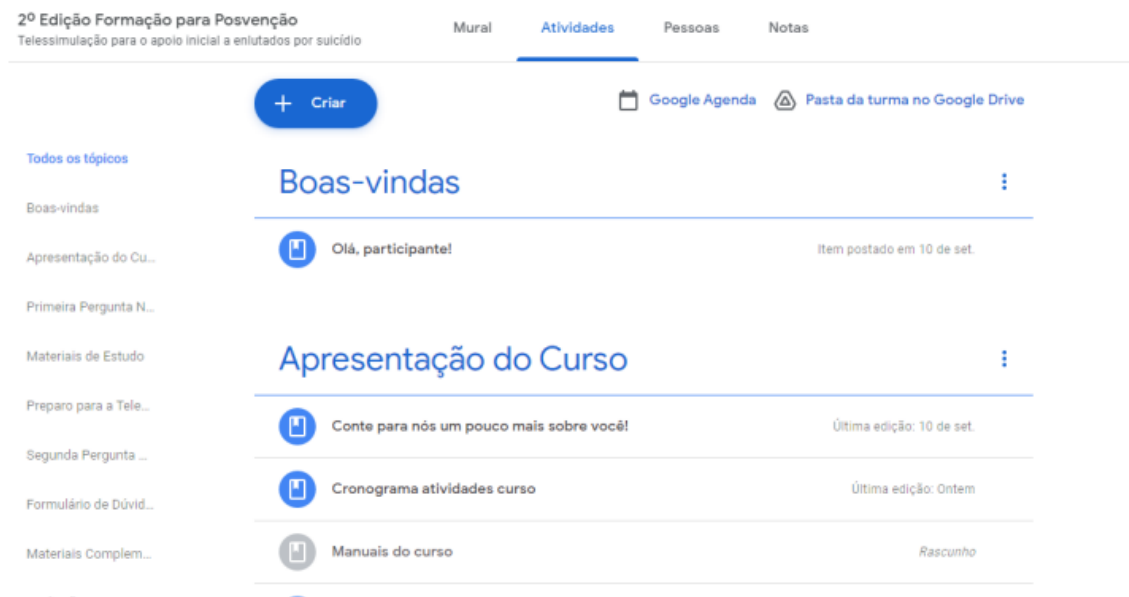
Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Figura 2 - Exemplo de visualização do curso de formação sobre a posvenção na plataforma virtual Google Classroom (Sala de Estudos)



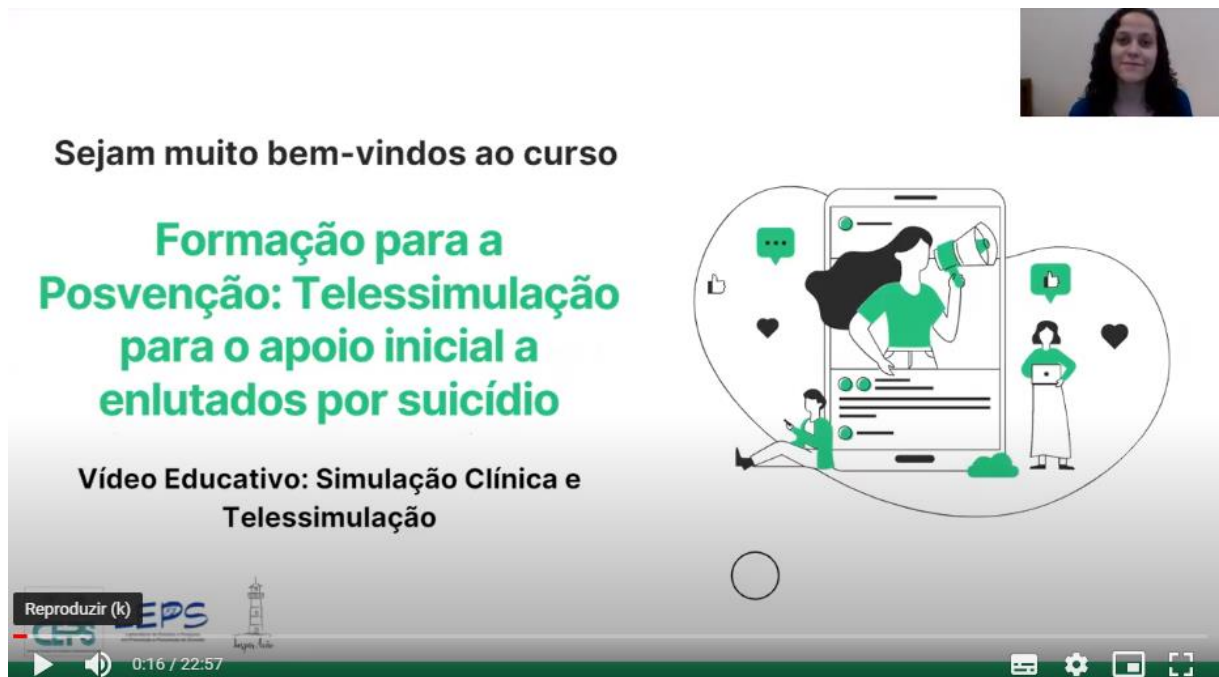
Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Figura 3 - Exemplo de visualização do curso de formação sobre a posvenção na plataforma virtual Google Classroom (Sala de Estudos)



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Figura 4 - Exemplo de vídeo educativo disponibilizado para o estudo dos participantes do curso de formação sobre a posvenção na plataforma virtual Google Classroom (Sala de Estudos)



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Figura 5 - Exemplos materiais de estudo disponibilizados para os participantes do curso de formação sobre a posvenção na plataforma virtual Google Classroom (Sala de Estudos)



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

APÊNDICE N - *Checklist* de análise da telessimulação

Atividade Telessimulação

Nome observador(a): _____

Turma: () 1 - 23/08/2021 - 18 horas às 20 horas // () 2 - 30/08 - 18 horas às 20 horas

Duração esperada/sugerida para cada etapa

Momento 1: abertura do evento e orientações para telessimulação: 18:00 às 18:10 horas

Momento 2: *prebriefing* e *briefing*: 18:10 às 18:25 horas

Momento 3: atividade simulada: 18:25 às 18:45 horas

Momento 4: *debriefing*: 18:45 às 19:25 horas

Momento 5: pesquisa: 19:25 às 19:55 horas

Momento 6: encerramento: 19:55 às 20:00 horas

Momento 1: Abertura do encontro e orientações para telessimulação

A abertura do encontro foi clara e explicativa?	() Sim () Não () Parcialmente
As facilitadoras da atividade foram apresentadas? (ex.: profa. Kelly)	() Sim () Não () Parcialmente
As orientações iniciais sobre o desenvolvimento da atividade simulada foram apresentadas na abertura do encontro?	() Sim () Não () Parcialmente
As orientações foram apresentadas de forma clara e explicativa?	() Sim () Não () Parcialmente
Você teve dúvida em algum dos tópicos apresentados na orientação?	() Sim () Não () Parcialmente
Foi possível compreender que a atividade simulada tem como foco o processo formativo do participante?	() Sim () Não () Parcialmente
Foi possível compreender a importância dos aspectos éticos relacionados à vivência da telessimulação (ex.: ambiente privativo, evitar gravações, uso do fone, etc.)?	() Sim () Não () Parcialmente

Você sentiu falta de alguma orientação que deveria ser realizada aos participantes nesse momento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Qual(is)? R:
O tempo de duração desse momento seguiu com o tempo esperado/sugerido?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se o tempo foi ultrapassado, anotar quanto tempo a mais foi utilizado:

Considerando as questões acima, você teria alguma sugestão e/ou comentário para o aprimoramento deste primeiro momento?

Resposta aberta:

Momento 2: *Prebriefing* e *briefing*

O objetivo da telessimulação foi apresentado de forma clara?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
Foi realizada a apresentação do ambiente virtual simulada para os participantes do cenário, antes do início da atividade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
Foi realizada a apresentação do ambiente virtual simulada para os participantes do cenário, antes do início da atividade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
Foram discutidos contratos sobre a segurança emocional com os participantes (sigilo, anonimato, respeito e a importância da participação na discussão posterior à simulação)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
No <i>briefing</i> , o caso foi apresentado de forma clara para os participantes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
A utilização do <i>slide</i> para apresentação do caso simulado contribuiu para a compreensão das informações?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente

Você ficou com alguma dúvida em relação ao caso simulado apresentado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
As participantes (que encenarão as profissionais da saúde) se dirigiram a outra sala do Meet para um breve preparo antes da telessimulação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
Os participantes da telessimulação apresentaram dúvidas ao final da apresentação do <i>briefing</i> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Qual(is)? R:
As mediadoras da atividade conseguiram responder às dúvidas pontuadas ao final do <i>briefing</i> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
O tempo de duração desse momento seguiu com o tempo esperado/sugerido?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se o tempo foi ultrapassado, anotar quanto tempo a mais foi utilizado:

Caso você tenha algum comentário e/ou reflexão sobre este momento, você pode apresentá-lo a seguir!

Resposta aberta:

Momento: Atividade Simulada

Quantas participantes realizaram o atendimento?	<input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas
Os participantes observadores e a equipe organizadora do curso respeitaram as orientações de manter câmeras/microfones fechados durante a telessimulação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
Os participantes da telessimulação (participantes que encenaram profissionais) apresentaram bom sinal de vídeo e áudio durante a telessimulação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em alguns momentos teve falhas
A paciente simulada do caso apresentou bom sinal de áudio e vídeo durante a telessimulação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em alguns momentos teve falhas

Ocorreu alguma interrupção durante a telessimulação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
A atividade simulada foi encerrada ao final dos 20 minutos pelas mediadoras? (Kelly e Laysa)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
O tempo de duração desse momento seguiu com o tempo esperado/sugerido?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se o tempo foi ultrapassado, anotar quanto tempo a mais foi utilizado:

Durante a simulação clínica você observou algum detalhe físico (estrutura) ou emocional que considere relevante descrever? Fique à vontade para descrever da forma que percebeu, sentiu ou visualizou (não tem certo ou errado).

Resposta aberta:

Momento: *Debriefing*

A maioria dos participantes ligou as câmeras e/ou áudio para se comunicar com as mediadoras durante o <i>debriefing</i> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
A paciente simulada participou do <i>debriefing</i> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
As participantes (que encenam as profissionais da saúde) participaram do <i>debriefing</i> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Se sim, qual(is)? R:
Os observadores da simulação participaram do <i>debriefing</i> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
Os participantes da telessimulação (todos) utilizaram o <i>chat</i> para interação durante o <i>debriefing</i> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ocorreu alguma interrupção/intercorrência durante o <i>debriefing</i> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
As mediadoras conseguiram atender às demandas (reflexões, dúvidas, apontamentos) que surgiram durante o <i>debriefing</i> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente

O tempo de duração desse momento seguiu com o tempo esperado/sugerido?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se o tempo foi ultrapassado, anotar quanto tempo a mais foi utilizado:
--	--

Na sua opinião, os participantes interagiram com as mediadoras da atividade, durante o *debriefing*? Você avaliou alguma dificuldade?

Resposta aberta:

Refletindo sobre esse momento, você identificou alguma necessidade que poderia ser aprimorada no momento do *debriefing*?

Resposta aberta:

Você poderia elencar aspectos positivos que você observou no desenvolvimento do *debriefing*? (Avaliar esse momento como um todo, fique à vontade para elencar o que achou interessante).

Resposta aberta:

Momento: Pesquisa

As explicações sobre o desenvolvimento da pesquisa foram realizadas de forma clara?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
Foi possível compreender a imagem apresentada pela mediadora sobre como responder ao formulário de pesquisa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
Os espaços para envio de dúvidas foram apresentados aos participantes de forma clara?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
A informação de que o participante deveria retornar/ficar na sala do <i>Meet</i> para a finalização das atividades/avisos finais do encontro foi clara?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
O tempo de duração desse momento seguiu com o tempo esperado/sugerido?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se o tempo foi ultrapassado, anotar quanto tempo a mais foi utilizado:

Você teria alguma sugestão de aprimoramento sobre explicação feita pela mediadora previamente à pesquisa?

Resposta aberta:

Avaliação geral do encontro

Durante a atividade, você identificou alguma dificuldade/intercorrência quanto ao uso do *Google Meet* por parte dos participantes e/ou equipe organizadora?

Sim

Não

Comentário (se possível descrever o que você vivenciou):

Durante a atividade, você identificou alguma dificuldade/intercorrência quanto ao uso do *SurveyMonkey* (plataforma para a coleta da pesquisa) por parte dos participantes e/ou equipe organizadora?

Sim

Não

Comentário (opcional):

Durante a atividade, você identificou alguma dificuldade/intercorrência quanto ao uso dos formulários (de presença e dúvidas de pesquisa) por parte dos participantes e/ou equipe organizadora?

Sim

Não

Comentário (opcional):

Durante a atividade, você identificou alguma dificuldade/intercorrência durante o uso do chat do *Google Meet*?

Sim

Não

Comentário (opcional):

Após o envio da lista de presença, os participantes se mantiveram na sala para os avisos finais do encontro?

Sim

Não

O tempo de duração de todo o encontro seguiu com o tempo esperado/sugerido (duração 2 horas)?

Sim

Não

Se possível, anotar horário de finalização da atividade:

Checklist desenvolvido em 23/08/2021 por Laysa Fernanda Silva Pedrollo para as atividades de telessimulação do Curso de Formação para a Posvenção.

APÊNDICE O - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Etapa avaliação: Cenário de Simulação de Alta Fidelidade sobre Posvenção

COLETA VIRTUAL

Prezado (a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Simulação de Alta Fidelidade para a formação de profissionais de saúde para a prevenção do suicídio: construção e validação de cenários” desenvolvida pelo Laboratório de Estudos e Pesquisa em Prevenção e Posvenção do Suicídio (LEPS). O objetivo principal da pesquisa é a construção e validação de cenários de simulação de alta fidelidade para formação de profissionais de saúde.

Dessa forma, gostaríamos de convidá-lo para participar desta pesquisa como avaliador (a) do cenário de simulação de acordo com os instrumentos que se encontram em anexo no *e-mail*. A avaliação perpassa por análise dos objetivos de aprendizagem, fundamentação teórica, preparo do cenário, desenvolvimento do cenário, *debriefing* e avaliação. Sua participação não possui despesas, mas exigirá cerca de 1 hora e 30 minutos (participação no cenário de simulação e avaliação dos itens do instrumento).

Garantimos que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para validação do cenário de simulação e que não serão divulgados nenhum tipo de informação pessoal, garantindo o sigilo de suas informações. Os riscos de participar dessa pesquisa estão associados a sentimentos de coerção de participação, mas é importante entender que sua participação é livre, sem objeções de terceiros. Você também poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento sem quaisquer tipos de danos.

Sua participação é voluntária e sem retorno financeiro. Em caso de eventuais danos relacionados a esta pesquisa, as pesquisadoras responsáveis se comprometem a indenização devida, seguindo as normativas da Resolução CNS 466 de 12/2012. Em relação aos benefícios da participação na pesquisa ressaltamos o aprendizado sobre a temática e colaboração com construção de material para formação profissional.

Ressaltamos sobre a importância de você obter uma cópia deste documento. Você poderá escolher se deseja ou não o envio para o seu *e-mail* desse documento assinado pela pesquisadora do projeto e caso preferir, também poderá solicitar o envio por correio.

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa.

Antecipadamente, agradeço e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos. Em caso de dúvidas contatar a pesquisadora responsável e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP.

Coordenadora da Pesquisa: Kelly Graziani Giacchero Vedana

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP.

CEP 14040-902

Telefone: (16) 3315-3408

E-mail: kelly.giacchero@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisas EERP/USP:

Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP – Brasil.

CEP 14040-902.

Telefone: (16) 3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

Horário de funcionamento: de 2ª à 6ª feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16 h.

Caso aceite participar da pesquisa, basta clicar na opção “Concordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceito participar da pesquisa”, e se desejar que um termo assinado pela pesquisadora do projeto seja enviado, preencha o campo abaixo informando seu *e-mail*. É importante compreender que você pode retirar sua participação em qualquer momento da pesquisa entrando em contato com as pesquisadoras responsáveis.

APÊNDICE P - Ficha de caracterização de avaliadores

Etapa avaliação: Cenário de Simulação de Alta Fidelidade sobre Posvenção

COLETA PRESENCIAL E VIRTUAL

Número identificador: _____

Email: _____

Data de avaliação: _____

Nome participante: _____

Idade (anos): _____

Sexo: () Feminino / () Masculino / () Outro: _____ / () Prefiro não responder

Localização geográfica (Cidade/Estado): _____

Estado conjugal: () sem companheiro(a) / () com companheiro / () prefiro não responder

Formação Acadêmica (graduação): _____

() Formação concluída ou Formação em andamento ()

Escolaridade: _____

Experiência Profissional (anos): _____

Contato prévio com simulação de alta fidelidade (disciplinas, material educativo, entre outros)?

() Sim / () Não

Contato prévio com a temática central do cenário simulado (disciplinas, material educativo, entre outros)? () Sim / () Não

Apresenta interesse em avaliar outros cenários? () Sim / () Não

Desenvolvido por: Aline Conceição Silva e Laysa Fernanda Silva Pedrollo (Membros do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Prevenção e Posvenção do Suicídio LEPS EERP/USP).

Supervisão e orientação: Prof^ª. Dr^ª. Kelly Graziani Giacchero Vedana

ANEXOS

ANEXO A - Questionário de Práticas Educativas

Educational Practices Questionnaire - Student Version (Jeffries & Rizzolo, 2006)

Versão Portuguesa (Almeida et al., 2016)

A fim de avaliar como as melhores práticas estão sendo utilizadas na simulação, preencha o questionário abaixo de acordo com a sua percepção. Não existem respostas certas ou erradas, apenas o seu nível de concordância ou discordância. Utilize a seguinte código para responder as perguntas.

Use o seguinte sistema de classificação para avaliar as práticas educativas: 1 - Discordo totalmente da afirmação 2 - Discordo da afirmação 3 - Indeciso – nem concordo nem discordo da afirmação 4 - Concordo com a afirmação 5 - Concordo totalmente com a afirmação NA - Não aplicável, a declaração não diz respeito à atividade simulada realizada.							Avalie cada item com base em quão importante este é para você. 1- Não é importante 2- Um pouco importante 3- Neutro 4- Importante 5- Muito Importante				
Item	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
Aprendizagem ativa											
1. Durante a atividade de simulação eu tive a oportunidade de discutir as ideias e os conceitos ensinados no curso com o professor e outros alunos.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
2. Eu participei ativamente da sessão de debriefing após a simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
3. Eu tive a oportunidade de refletir mais sobre meus comentários durante a sessão de debriefing.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
4. Houve oportunidade suficiente na simulação para descobrir se eu compreendi claramente o material.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
5. Eu aprendi com os comentários feitos pelo professor antes, durante ou após a simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
6. Eu recebi pistas durante a simulação, em tempo oportuno.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
7. Eu tive a oportunidade de discutir os objetivos da simulação com o meu professor.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
8. Eu tive a oportunidade de discutir ideias e conceitos ensinados na simulação com o meu professor.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
9. O professor foi capaz de responder às necessidades individuais dos alunos durante a simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
10. O uso de atividades de simulação tornaram meu tempo de aprendizagem mais produtivo.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
Colaboração											
11. Eu tive a oportunidade de trabalhar com meus colegas durante a simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5

12. Durante a simulação, os meus colegas e eu tivemos de trabalhar na situação clínica juntos.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	ONA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
Maneiras diferentes de aprendizagem											
13. A simulação ofereceu várias maneiras para aprender o material.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	ONA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
14. Esta simulação ofereceu uma variedade de formas para avaliar a minha aprendizagem.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	ONA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
Altas Expectativas											
15. Os objetivos para a experiência simulada foram claros e de fácil compreensão.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	ONA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
16. O meu professor comunicou os objetivos e expectativas a serem alcançados durante a simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	ONA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5

ANEXO B - Escala do *Design* da Simulação

Simulation Design Scale - Student Version (National League for Nursing, 2013)

Versão Portuguesa (Almeida et al., 2015a)

A fim de avaliar se os melhores elementos do plano de simulação foram implementados, responda ao questionário abaixo de acordo com a sua percepção. Não existem respostas certas ou erradas, apenas o seu nível de concordância ou discordância. Por favor, use o código a seguir para responder as perguntas.

Use o seguinte sistema de classificação para avaliar as práticas educativas:							Avalie cada item com base em quão importante este é para você.				
1 - Discordo totalmente da afirmação							1- Não é importante				
2 - Discordo da afirmação							2- Um pouco importante				
3 - Indeciso – nem concordo nem discordo da afirmação							3- Neutro				
4 - Concordo com a afirmação							4- Importante				
5 - Concordo totalmente com a afirmação							5- Muito Importante				
NA - Não aplicável, a declaração não diz respeito à atividade simulada realizada.											
Item	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
Objetivos e Informações											
1. No início da simulação foi fornecida informação suficiente para proporcionar orientação e incentivo.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
2. Eu entendi claramente a finalidade e os objetivos da simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
3. A simulação forneceu informação suficiente, de forma clara, para eu resolver a situação-problema.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
4. Foi-me fornecida informação suficiente durante a simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
5. As pistas foram adequadas e direcionadas para promover a minha compreensão.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
Apoio											
6. O apoio foi oferecido em tempo oportuno.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
7. A minha necessidade de ajuda foi reconhecida.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
8. Eu senti-me apoiado pelo professor durante a simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
9. Eu fui apoiado no processo de aprendizagem.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
Resolução de Problemas											
10. A resolução de problemas de forma autônoma foi facilitada.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
11. Fui incentivado a explorar todas as possibilidades da simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
12. A simulação foi projetada para o meu nível específico de conhecimento e habilidades.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
13. A simulação permitiu-me a oportunidade de priorizar as avaliações e os cuidados de enfermagem.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
14. A simulação proporcionou-me uma oportunidade de estabelecer objetivos para o meu paciente.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
Feedback / Reflexão											

15. O feedback fornecido foi construtivo.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
16. O feedback foi fornecido em tempo oportuno.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
17. A simulação permitiu-me analisar meu próprio comportamento e ações.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
18. Após a simulação houve oportunidade para obter orientação / feedback do professor, a fim de construir conhecimento para outro nível.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
Realismo											
19. O cenário se assemelhava a uma situação da vida real.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
20. Fatores, situações e variáveis da vida real foram incorporados ao cenário de simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5

ANEXO C - Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning

Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning (Jeffries & Rizzolo, 2006)

Versão Portuguesa (Almeida et al., 2015b)

Marque: 1 = Discordo fortemente da afirmação 2 = Discordo da afirmação 3 = Indeciso - nem concordo e nem discordo da afirmação 4 = Concordo com a afirmação 5 = Concordo fortemente com a afirmação					
Item					
Satisfação com a aprendizagem atual	DT	D	IN	C	CT
1. Os métodos de ensino utilizados nesta simulação foram úteis e eficazes.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
2. A simulação forneceu-me uma variedade de materiais didáticos e atividades para promover a minha aprendizagem do currículo médico-cirúrgico.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
3. Eu gostei do modo como meu professor ensinou através da simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
4. Os materiais didáticos utilizados nesta simulação foram motivadores e ajudaram-me a aprender.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
5. A forma como o meu professor ensinou através da simulação foi adequada para a forma como eu aprendo.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
A autoconfiança na aprendizagem	DT	D	IN	C	CT
6. Estou confiante de que domino o conteúdo da atividade de simulação que meu professor me apresentou.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
7. Estou confiante que esta simulação incluiu o conteúdo necessário para o domínio do currículo médico-cirúrgico.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
8. Estou confiante de que estou desenvolvendo habilidades e obtendo os conhecimentos necessários a partir desta simulação para executar os procedimentos necessários em um ambiente clínico.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
9. O meu professor utilizou recursos úteis para ensinar a simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
10. É minha responsabilidade como o aluno aprender o que eu preciso saber através da atividade de simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
11. Eu sei como obter ajuda quando eu não entender os conceitos abordados na simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
12. Eu sei como usar atividades de simulação para aprender habilidades.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
13. É responsabilidade do professor dizer-me o que eu preciso aprender na temática desenvolvida na simulação durante a aula.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5

Instruções: Este questionário consta de uma série de declarações sobre as suas atitudes pessoais referente à orientação que recebeu durante a atividade de simulação. Cada item representa uma declaração sobre a sua atitude em relação à satisfação com a aprendizagem e a autoconfiança. Não há respostas certas ou erradas. Você vai provavelmente concordar com algumas declarações e não concordar com outras. Por favor, indique o seu sentimento sobre cada afirmação abaixo, marcando os números que melhor descrevem a sua atitude ou crenças. Por favor, seja sincero e descreva sua atitude como ela realmente é, não o que gostaria que fosse. As respostas são anônimas, sendo os resultados compilados em grupo, e não individualmente.

ANEXO D - Escala de Experiência com o *Debriefing*

O debriefing é uma parte muito importante da simulação clínica. Você pode contribuir muito para o aprimoramento dessa estratégia de ensino, expressando as suas opiniões. Por favor, preencha a pesquisa abaixo. Suas respostas são muito valiosas. Não há resposta certa ou errada. Marque (X) o tipo de debriefing utilizado:

Discussão sem videotape__ Discussão com videotape__ Diário__ Blogging Outros (Especifique)

Use o seguinte sistema de classificação para avaliar as práticas educativas:							Avalie cada item com base em quão importante este é para você.				
1 - Discordo totalmente da afirmação 2 - Discordo da afirmação 3 - Indeciso – nem concordo nem discordo da afirmação 4 - Concordo com a afirmação 5 - Concordo totalmente com a afirmação NA - Não aplicável, a declaração não diz respeito à atividade simulada realizada.							1 - Não é importante 2 - Um pouco importante 3 - Neutro 4 - Importante 5 - Muito Importante				
Item	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
Analisando os pensamentos e sentimentos											
1. O debriefing me ajudou a analisar meus pensamentos.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
2. O facilitador reforçou aspectos do comportamento da equipe de saúde.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
3. O ambiente de debriefing foi fisicamente confortável.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
4. Sentimentos incorretos foram resolvidos através do debriefing.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
Aprendendo e fazendo conexões											
5. O debriefing ajudou-me a fazer conexões na minha aprendizagem.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
6. O debriefing foi útil para processar a experiência de simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
7. O debriefing proporcionou-me oportunidades de aprendizagem.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
8. O debriefing ajudou-me a encontrar um significado na simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
9. As minhas dúvidas da simulação foram respondidas pelo debriefing.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
10. Tornei-me mais consciente de mim mesmo durante a sessão de debriefing.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
11. O debriefing ajudou-me a esclarecer problemas.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
12. O debriefing ajudou-me a fazer conexões entre teoria e situações da vida real.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
Habilidade do professor em conduzir o debriefing											
13. O professor permitiu-me tempo suficiente para verbalizar meus sentimentos antes dos comentários.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5

14. Na sessão de debriefing o professor fez os esclarecimentos corretos.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
15. O debriefing forneceu um meio para eu refletir sobre minhas ações durante a simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
16. Eu tive tempo suficiente para esclarecer meus questionamentos.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
17. Na sessão de debriefing o professor foi um especialista na temática desenvolvida na simulação.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
Orientação apropriada do professor											
18. O professor ensinou a quantidade certa durante a sessão de debriefing.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
19. O professor realizou uma avaliação construtiva da simulação durante o debriefing	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5
20. O professor forneceu orientação adequada durante o debriefing.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O NA	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5

A fim de avaliar como as melhores práticas estão sendo utilizadas na simulação, preencha o questionário abaixo de acordo com a sua percepção. Não existem respostas certas ou erradas, apenas o seu nível de concordância ou discordância. Utilize a seguinte código para responder as perguntas.

ANEXO E - Autorização utilização dos instrumentos

Etapa avaliação: Cenário de simulação de alta fidelidade sobre posvenção

De: Rodrigo Guimarães <rgclaretiano@gmail.com>
Data: 11 de junho de 2019 22:30:32 BRT
Para: Kelly Giaccherro <kelly.giaccherro@gmail.com>
Assunto: Re: Autorização para uso de escalas - Simulação

Prezada Prof. Kelly

Agradeço imensamente o contato. Fico feliz em saber que cada vez mais a EERP/USP aprofunda suas pesquisas na área da simulação realística. Em nome do nosso grupo de pesquisa, concede a você a autorização para utilizar em suas investigações os instrumentos acima solicitados (anexo). Qualquer dúvida me coloco a disposição.

Att

Em ter, 11 de jun de 2019 às 14:00, Kelly Giaccherro <kelly.giaccherro@gmail.com> escreveu:

Prezado Rodrigo,
Bom dia,
Meu nome é Kelly G. Giaccherro Vedana, sou Professora da EERP-USP e estou iniciando estudos que envolvem a simulação clínica para o ensino relacionado à saúde mental e prevenção do suicídio.
Gostaria de poder utilizar nos estudos algumas escalas validadas pelo senhor:
Escala do Design da Simulação
Escala de Experiência com o Debriefing
Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning (versão em português- Brasil)
Questionário de Práticas Educativas

Assim, por meio deste e-mail, venho solicitar uma cópia de cada instrumento, bem como a autorização para usos dos instrumentos.

Desde já, agradeço pela atenção dispensada.
Tenham uma ótima semana!



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO DA USP



ANEXO F - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Simulação de Alta Fidelidade para a formação de profissionais de saúde para a prevenção do suicídio: construção e validação de cenários

Pesquisador: Kelly Graziani Giacchero Vedana

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 19918019.8.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.608.709

Apresentação do Projeto:

Trata-se de avaliação de adequação de pendências com relação a emenda de projeto de pesquisa para construir e validar simulação de alta fidelidade para a formação de profissionais de saúde para a prevenção do suicídio. A emenda relaciona-se às alterações realizadas na etapa 3 da pesquisa, em atenção ao atual cenário de distanciamento social acarretado pela pandemia do novo Coronavírus (COVID 19). A pesquisa terá três etapas, sendo a primeira o desenvolvimento de dez cenários pelo grupo de pesquisa Laboratório de Estudos em Prevenção e Posvenção do Suicídio (LEPS) baseados em estudos prévios realizados pelo grupo de pesquisa, a segunda etapa consistirá na validação dos cenários de simulação por 50 a 100 juízes especialistas, escolhidos conforme experiência docente ou em pesquisa científica sobre promoção de saúde mental e prevenção do suicídio e experiência docente ou prática com simulações de alta fidelidade, que serão contatados via e-mail com a carta convite para participação no estudo e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A terceira etapa será realizada através da avaliação dos cenários por, no máximo, 1000 estudantes de graduação, profissionais de saúde e educação e cerca de 20 a 100 facilitadores (professores ou educadores das instituições). A avaliação será desenvolvida em instituições de ensino e saúde que demonstrarem interesse no projeto, que será divulgado em meios virtuais. Originalmente a sugestão era de que a participação das instituições de ensino e serviços de saúde para a realização da etapa de avaliação dos cenários de simulação seria presencial, entretanto, frente às ações de mitigação dos impactos da pandemia da COVID-19,



USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP



incluindo a necessidade de distanciamento social, sugere-se a realização da etapa 3, de avaliação dos cenários de simulação, por meio do uso de ferramentas virtuais gratuitas (Google Meet, Zoom, Google Forms). Assim, ressalta-se que tão logo as atividades presenciais possam ser retomadas em segurança, as pesquisadoras poderão optar pela realização da etapa 3 de forma presencial, com a possibilidade da manutenção das ações de forma remota, conforme os critérios elencados pelas instituições proponentes e equipe de pesquisa. Os participantes serão convidados a participar da simulação e a responder os instrumentos (Questionário de caracterização sociodemográfica onde foi incluída a informação "contato prévio com as temáticas" nesta versão do projeto, Questionário de

Práticas Educativas, Escala do Design da Simulação, Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning, Escala de Experiência com o Debriefing) e os facilitadores serão convidados a responder a Ferramenta de avaliação de comunicação em saúde. As

sessões não serão gravadas ou fotografadas e será realizado contrato ético no início de cada sessão para frisar a importância do respeito e sigilo das informações. Os dados obtidos serão organizados em planilha do Programa Microsoft Excel 10 e analisados pelo software estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21.0. Será realizada estatística descritiva, análise do índice de validade de conteúdo igual ou maior que 0,8 (80%) para a validação dos cenários e testes de associação na fase de avaliação dos cenários.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário consiste em desenvolver, validar e avaliar cenários de simulação de alta fidelidade relacionados aos cuidados prestados por profissionais de saúde a pessoas com comportamento suicida ou autolesão não suicida e seus familiares. Já os objetivos secundários são:

- Desenvolver cenários de simulação de alta fidelidade relacionados à violência autoinfligida baseados na literatura científica sobre o assunto;
- Validar cenários de simulação de alta fidelidade relacionados à violência autoinfligida por juízes especialistas na temática;
- Avaliar as práticas educativas de simulações de alta fidelidade sobre violência autoinfligida na perspectiva dos participantes dos cenários;
- Avaliar a estruturação dos cenários sobre violência autoinfligida na perspectiva dos participantes das simulações;
- Avaliar a satisfação e autoconfiança adquiridas por meio da simulação de alta fidelidade sobre violência autoinfligida;



USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.608.709

- Mensurar as experiências frente ao debriefing entre os participantes das simulações de alta fidelidade sobre violência autoinfligida;
- Avaliar a comunicação e aspectos relacionados a vínculo, valorização à autonomia do paciente, educação em saúde do paciente dos cenários de simulação de alta fidelidade sobre comportamentos autoinfligidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, os riscos da pesquisa poderiam estar relacionados a sentimentos de apreensão do processo avaliativo, no entanto, destacam o tratamento e a análise duplo cega dos dados, não possibilitando a identificação dos participantes, além de que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para validação do questionário, não sendo divulgadas nenhum tipo de informação pessoal, garantindo assim o sigilo e o anonimato das informações. No caso das fases 2 e 3, ocorrerá a formação de parceria com instituições interessadas no processo de validação e será apresentada a necessidade de serviço de saúde mental próximo para retaguarda de casos que possam vir a ser identificados.

Em termos dos benefícios, os pesquisadores descrevem que os mesmos envolvem a construção e validação de cenários de alta fidelidade para formação de profissionais na prevenção do comportamento suicida, sendo um material educativo que poderá subsidiar e fortalecer ações de promoção em saúde. Serão preservados os princípios de dignidade humana, autonomia, proteção, segurança, maximização dos benefícios e minimização de danos, respeito pelas pessoas, justiça e beneficência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos requeridos foram adequadamente providenciados e anexados à PB.

Recomendações:

Vide tópico "Considerações Finais a Critério do CEP".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO DA USP



pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP- E E R P . / U S P s e encontra disponível, e m http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/Fluxograma_enc_protocolos_CEP_05_2019.pdf, na página 7 de 7.

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_169736_1_E1.pdf	11/03/2021 14:09:32		Aceito
Outros	Oficio_Resposta_Pendencias_Mar_2021.pdf	11/03/2021 14:08:43	Aline Conceição Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Etapa_versaopresencial_versao02.pdf	11/03/2021 14:07:40	Aline Conceição Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Etapa3_versaoonline_versao02.pdf	11/03/2021 14:07:28	Aline Conceição Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Etapa3_versao_online.pdf	10/02/2021 10:08:06	Aline Conceição Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Etapa3_versao_presencial.pdf	10/02/2021 10:07:11	Aline Conceição Silva	Aceito
Outros	Emenda.pdf	02/02/2021 09:04:50	Aline Conceição Silva	Aceito
Outros	ApendiceG_QuestionarioSociodemografico.pdf	02/02/2021 09:03:55	Aline Conceição Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Emenda.pdf	02/02/2021 09:03:17	Aline Conceição Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado_versao02.pdf	26/11/2019 08:39:42	Aline Conceição Silva	Aceito
Outros	Oficio_Encaminhamento.pdf	14/11/2019 20:03:50	Aline Conceição Silva	Aceito
Outros	Folha_Resposta.pdf	14/11/2019 19:55:43	Aline Conceição Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Etapa2_versao2.pdf	14/11/2019 19:53:51	Aline Conceição Silva	Aceito

Cronograma	Cronograma_versao2.pdf	14/11/2019 19:52:56	Aline Conceição Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento_versao2.pdf	14/11/2019 19:33:37	Aline Conceição Silva	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	28/08/2019 14:00:15	Aline Conceição Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	01/08/2019 16:50:00	Aline Conceição Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	01/08/2019 16:47:22	Aline Conceição Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/08/2019 16:46:51	Aline Conceição Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/08/2019 16:45:40	Aline Conceição Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 24 de Março de 2021

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

ANEXO G - Solicitação para o desenvolvimento da primeira edição do curso

Ribeirão Preto, 19 de maio de 2021.

Ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

Prezados,

O Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio – CEPS, sob coordenação da Profa Dra Kelly Graziani Giacchero Vedana, está trabalhando para o oferecimento do curso de difusão **Formação para a posvenção: Telessimulação para o apoio inicial a enlutados por suicídio (Posvenção)**, com previsão de duas edições previstas para acontecer de 09/08/2021 a 30/08/2021 e 13/10/2021 a 29/10/2021, totalmente *online*.

Considerando que a próxima reunião do Conselho deste departamento ocorrerá em 21/06/2021 e que a última reunião da Comissão de Cultura e Extensão deste semestre será dia 07/06/2021, não ocorrendo no mês de julho, solicitamos, por gentileza, a apreciação *ad referendum* do curso.

Enviamos anexo o programa e cronograma do curso.

Colocamo-nos a disposição em caso de dúvidas.

Atenciosamente,

Enf^a. Isabela dos Santos Martin

Prof^a. Dr^a. Kelly Graziani Giacchero Vedana

ANEXO H - Solicitação para o desenvolvimento da segunda edição do curso

Ribeirão Preto, 19 de maio de 2021.

Ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

Prezados,

O Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio – CEPS, sob coordenação da Profa Dra Kelly Graziani Giacchero Vedana, está trabalhando para o oferecimento da 2ª Edição do curso de difusão **Formação para a posvenção: Telessimulação para o apoio inicial a enlutados por suicídio (Posvenção)**, com previsão de acontecer de 04/10/2021 a 29/10/2021, totalmente *online*.

Considerando que a próxima reunião do Conselho deste departamento ocorrerá em 21/06/2021 e que a última reunião da Comissão de Cultura e Extensão deste semestre será dia 07/06/2021, não ocorrendo no mês de julho, solicitamos, por gentileza, a apreciação *ad referendum* do curso.

Enviamos anexo o programa e cronograma do curso.

Colocamo-nos a disposição em caso de dúvidas.

Atenciosamente,

Enf^ª. Isabela dos Santos Martin

Prof^ª. Dr^ª. Kelly Graziani Giacchero Vedana