

ORGANIZADORAS

Arlene de Jesus Mendes Caldas
Francisca Elisângela Teixeira Lima
Francisca Márcia Pereira Linhares

PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE PÓS-GRADUAÇÕES EM ENFERMAGEM DO NORDESTE BRASILEIRO

Promoção, educação e
cuidado em saúde



EDUFMA



ORGANIZADORAS

Arlene de Jesus Mendes Caldas
Francisca Elisângela Teixeira Lima
Francisca Márcia Pereira Linhares

**PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE
PÓS-GRADUAÇÕES EM
ENFERMAGEM
DO NORDESTE BRASILEIRO**

**Promoção, educação e
cuidado em saúde**



EDUFMA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor

Prof. Dr. Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor

Prof. Dr. Marcos Fábio Belo Matos



EDITORA DA UFMA

Diretor

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Conselho Editorial

Prof. Dr. Antônio Alexandre Isídio Cardoso

Prof. Dr. Elídio Armando Exposto Guarçoni

Prof. Dr. André da Silva Freires

Prof. Dr. Márcio José Celeri

Prof^a. Dra. Diana Rocha da Silva

Prof^a. Dra. Gisélia Brito dos Santos

Prof. Dr. Edson Ferreira da Costa

Prof. Dr. Marcos Nicolau Santos da Silva

Prof. Dr. Carlos Delano Rodrigues

Prof^a. Dr. Felipe Barbosa Ribeiro

Prof^a. Dra. Maria Aurea Lira Feitosa

Prof. Dr. Flávio Luiz de Castro Freitas

Bibliotecária Dra. Suênia Oliveira Mendes

Prof. Dr. José Ribamar Ferreira Junior



Associação Brasileira das Editoras Universitárias

**ARLENE DE JESUS MENDES CALDAS
FRANCISCA ELISÂNGELA TEIXEIRA LIMA
FRANCISCA MÁRCIA PEREIRA LINHARES
(ORGANIZADORAS)**

**PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE
PÓS-GRADUAÇÕES EM ENFERMAGEM DO
NORDESTE BRASILEIRO
PROMOÇÃO, EDUCAÇÃO E
CUIDADO EM SAÚDE**

São Luís

EDUFMA
2023

Copyright © 2023 by EDUFMA

Projeto Gráfico, Diagramação e Capa Greicy Coelho Arraes

Revisão Maria Luísa Vaz Costa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P964 Produção científica de pós-graduações em enfermagem do nordeste brasileiro : promoção, educação e cuidado em saúde / Organizado por Arlene de Jesus Mendes Caldas, Francisca Elisângela Teixeira Lima, Francisca Márcia Pereira Linhares. — São Luís : EDUFMA, 2023.

364 p. : il., color.

ISBN: 978-65-5363-313-1

1. Enfermagem. 2. Produção científica. I. Caldas, Arlene de Jesus Mendes. II. Título.

CDD 610.7

CDU 616.08

Bibliotecária: Rosana de Vasconcelos Sousa — CRB-3/1409

PUBLICADO NO BRASIL [2023]

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, microimagem, gravação ou outro, sem permissão do autor.

| EDUFMA | EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Av. dos Portugueses, 1966 | Vila Bacanga

CEP: 65080-805 | São Luís | MA | Brasil

Telefone: (98) 3272-8157

www.edufma.ufma.br | edufma.sce@ufma.br

SUMÁRIO

1 Comunicação, relacionamento interpessoal e satisfação profissional da equipe de enfermagem na rede hospitalar pública Nightingale

11

Carlos Amaral de Sousa Oliveira
Rosilda Silva Dias
Patricia Ribeiro Azevedo
Andrea Cristina Oliveira Silva
Líscia Divana Carvalho Silva
Santana de Maria Alves de Sousa

2 Comunicação empática no cuidado à criança no contexto de uma emergência pediátrica

36

Adélia Karla Falcão Soares
Francisca Márcia Pereira Linhares
Fernanda Machado Silva Rodrigues
Mirelly da Silva Barros
Maria Wanderleya Lavor Coriolano-Marinus

3 Construção e validação de instrumento para avaliação do desempenho profissional na prevenção de quedas pediátricas

60

Sabrina de Souza Gurgel Florencio
Francisca Elisângela Teixeira Lima
Patrícia Rebouças Araújo
Gilvan Ferreira Felipe
Shérida Karanini Paz de Oliveira
Fernanda Jorge Magalhães

4

Associação entre os aspectos socioeconômicos e a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros em unidades de terapia intensiva Covid-19

85

Nívyá Carla de Oliveira Pereira Rolim
Ana Hélia de Lima Sardinha
Poliana Pereira Costa Rabelo
Vânia Pinheiro Ramos

5

Modificações da gravidez e adaptação da mulher à luz da teoria de Callista Roy

105

Kaliny Mendes Melo
Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias
Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
Claudionete Abreu Costa
Ana Paula Araújo Muniz
Lena Maria Barros Fonseca

6

Percepções acerca do envelhecimento: vivências de idosos da 4ª idade

129

Josafá Barbosa Marins
Ana Hélia de Lima Sardinha
Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
Lucia Hisako Takase Gonçalves

7

Tendência das taxas de incidência e letalidade da leishmaniose visceral na região nordeste do Brasil

151

Arlene de Jesus Mendes Caldas
Larissa Neuza da Silva Nina
Thais Furtado Ferreira
Vanessa Moreira da Silva Soeiro
Tereza Cristina Silva
Elza Lima da Silva

8

Conhecimento e fatores relacionados sobre diabetes *mellitus* tipo 2

167

Raquel de Aguiar Portela
José Rodrigo Santos Silva
Santana de Maria Alves de Sousa
Líscia Divana Carvalho Silva
Rosilda Silva Dias
Andréa Cristina Oliveira Silva

9

Fatores associados ao letramento em saúde de pessoas recuperadas da Covid-19

192

Letícia Maria de Melo Sarmiento
Adenilson da Silva Gomes
Nelson Miguel Galindo Neto
Katarinne Lima Moraes
Jaqueline Galdino de Albuquerque Perrelli
Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão

10

Relações familiares disfuncionais de cuidadores de pessoas com transtorno mental

220

Jaciquely José da Costa Andrade
Candida Maria Rodrigues dos Santos
Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli
Iracema da Silva Frazão
Ana Marcia Tenório de Souza Cavalcanti

11

Trajatória do ensino superior de enfermagem no Brasil

246

Fabiana Alves Soares
Bruno Luciano Carneiro

12

Custo direto de campos cirúrgicos reutilizáveis e descartáveis: um estudo de caso

279

Rita Rozileide Nascimento Pereira
Elza Lima da Silva
Vanessa Moreira da Silva Soeiro
Arlene de Jesus Mendes Caldas
Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes
Aurean D'Eça Júnior

13

Efeito do ultrassom de baixa intensidade associado ao uso de ácidos graxos essenciais na cicatrização de úlceras venosas

307

Luana Nunes Caldini
Thiago Moura de Araújo
Érica do Nascimento Sousa
Renan Alves Silva
Marina Guerra Martins
Joselany Áfio Caetano

14

Intervenção educativa como estratégia para a promoção da resiliência em adolescentes

329

Maria Isabelly Fernandes da Costa
Regina Kelly Guimarães Gomes Campos
Kirley Kethellen Batista Mesquita
Miguel Henrique da Silva dos Santos
Patrícia Neyva da Costa Pinheiro
Adriana Gomes Nogueira Ferreira

15

Validação de website para adolescentes da igreja católica

348

Fátima Karine Apolonio Vasconcelos
Adriana Gomes Nogueira Ferreira
Alejandra Isabel Vargas Rivera
Izaildo Tavares Luna
Leonardo Hunaldo dos Santos
Patrícia Neyva da Costa Pinheiro

APRESENTAÇÃO

As singularidades e dificuldades próprias do contexto da Amazônia legal, com sua carência de recursos humanos adequadamente qualificados para responder às necessidades sanitárias e desafios à produção de conhecimento, vêm moldando a trajetória das instituições de ensino, pesquisa, e extensão que buscam respostas eficientes e eficazes para contribuir com o desenvolvimento regional da pesquisa científica em Ciência e Tecnologia em Saúde. O Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão integra um conjunto de esforços para incrementar a pesquisa, a produção científica e a formação de pessoal em nível de pós-graduação no Estado do Maranhão. Entretanto, as características do Estado do Maranhão, com suas grandes distâncias e rarefação das instituições de ensino e pesquisa adicionam novas dificuldades àquelas inerentes à dinâmica da produção de conhecimento. Nesse contexto, a Universidade Federal do Ceará e a Universidade Federal de Pernambuco surgem como uma parceria fundamental, para fortalecer a Enfermagem, principalmente na região Nordeste, por meio do Edital Programa Nacional de Cooperação Acadêmica na Amazônia Nº 21/2018 (PROCAD) com o projeto intitulado “Rede de Cooperação Acadêmico-Científica entre os PPGs em Enfermagem UFMA/UFC/UFPE”. A formalização das relações entre os três programas representa a oportunidade de consolidar uma parceria capaz de contribuir para o incremento da produção científica dos docentes e discentes.

Este livro, no formato de e-book, intitulado “Produção científica de pós-graduações em enfermagem do nordeste brasileiro: promoção, educação e cuidado em saúde”, atente uma das missões proposta do referido projeto, que é a publicação da produção científica oriunda das orientações concluídas. Desta forma, organizamos esta obra que se compõe de quinze capítulos que abordam temas de promoção, educação e cuidado em saúde. Os temas abordados favorecem a transformação de políticas e práticas na promoção da saúde, base imprescindível no processo de cuidar, no enfrentamento aos agravos à saúde e na participação do indivíduo, da família e da comunidade nesse processo.

Esperamos que esta publicação contribua para divulgação das orientações concluídas nas áreas de promoção, educação e cuidado em saúde, e seja fonte de consulta nas instituições de ensino e comunidade em geral.

Profa. Dra. Arlene de Jesus Mendes Caldas/UFMA
Profa. Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima/UFC
Profa. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares/UFPE

Comunicação, relacionamento interpessoal e satisfação profissional da equipe de enfermagem na rede hospitalar pública Nightingale¹

1

Carlos Amaral de Sousa Oliveira²

Rosilda Silva Dias³

Patricia Ribeiro Azevedo⁴

Andrea Cristina Oliveira Silva⁵

Líscia Divana Carvalho Silva⁶

Santana de Maria Alves de Sousa⁷

¹ Capítulo da dissertação intitulada “Relacionamento Interpessoal e Satisfação Profissional da Equipe de Enfermagem na Rede Hospitalar Pública”, de autoria do discente Carlos Amaral de Sousa Oliveira, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Santana de Maria Alves de Sousa, defendida em 18 de janeiro de 2017, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Link de acesso: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/1677>

² Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pelo PPGENF da UFMA, Professor Substituto da UFMA.

³ Enfermeira, Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental, Docente do Departamento de Enfermagem da UFMA.

⁴ Enfermeira, Doutora em Biotecnologia, Docente do Departamento de Enfermagem da UFMA.

⁵ Enfermeira, Doutora em Ciências, Docente do Departamento de Enfermagem da UFMA.

⁶ Enfermeira, Doutora em Ciências, Docente do Departamento de Enfermagem da UFMA.

⁷ Enfermeira, Doutora em Ciências Sociais, Docente do Departamento de Enfermagem da UFMA.

RESUMO

O trabalho da enfermagem tem como característica desenvolver suas atividades assistenciais centrado no trabalho em equipe, sendo a comunicação o principal instrumento para as relações interpessoais. Este estudo objetivou descrever a comunicação, as relações interpessoais e a satisfação profissional da equipe de enfermagem na rede hospitalar pública. Estudo transversal, descritivo, realizado em cinco hospitais públicos de São Luís-MA, no período de março de 2011 a outubro de 2015, com profissionais de enfermagem. O questionário utilizado para a coleta de dados abordou as variáveis comunicação, relacionamento interpessoal e satisfação no trabalho. Os dados foram tabulados no Microsoft Excel, e a análise de frequência relativa e absoluta no programa SPSS versão 22. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, parecer nº 23115-005865/2010-40, observando as recomendações da Resolução nº 466/2012. A amostra foi composta por 1.065 profissionais de enfermagem. Predominou o sexo feminino (88,2%), faixa etária entre 31 e 40 anos (32,2%), ensino médio completo (45,9%), pós-graduação completa (19,1%), técnicos de enfermagem (65,2%), e enfermeiros (24,3%). Foi referido pouco uso da comunicação escrita (67,4%), e a não realização de reuniões formais (62%). A maioria dos profissionais tem boa relação com o coordenador (89,8%), afirmam que os colegas ajudam a resolver quaisquer problemas (92,2%), e recebem tratamento justo (72,9%). A satisfação no trabalho está presente em 95,2%, e o sentimento de realização com o trabalho (90,6%). A autonomia no trabalho é relatada por 63,8%. O relacionamento entre profissionais

de enfermagem apresentou resultados favoráveis, e ressalta-se a comunicação entre os profissionais e o coordenador, proporcionando a atuação em equipe e o alcance de objetivos. As condições de trabalho proporcionam um ambiente mais tranquilo e valorizam o profissional com impacto positivo na assistência. Espera-se que este estudo estimule a discussão e a melhoria das condições de trabalho da equipe de enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem. Comunicação. Relações Interpessoais. Satisfação no Emprego.

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem representa a maior força de trabalho existente nas instituições hospitalares, e a comunicação interpessoal é influenciada pelas condições de saúde dos enfermeiros e pelas características do trabalho desempenhado. O relacionamento interpessoal da equipe é um importante fator para a qualidade e segurança do cuidado prestado ao paciente, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias para promover melhor comunicação entre os profissionais (PIMENTA *et al.*, 2021).

A formação acadêmica, assegurada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996), as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001), e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, objetivam a integração entre ensino e serviço, formação de profissionais capazes de agir adequadamente no contexto

social, em sua integridade, através do trabalho do enfermeiro com a equipe, que visa um modelo de assistência baseado na abordagem multiprofissional (LUCCHESE; VERA; PEREIRA, 2010).

A enfermagem é uma profissão que passou por uma integração entre academia e serviço de saúde. Desenvolve sua atividade assistencial pautada no trabalho em equipe, a partir de um conjunto de redes sociais, a iniciar pela equipe de enfermagem composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares, com vistas à otimização do cuidado. O desempenho da equipe é superior àquele obtido através do trabalho individual (FERNANDES *et al.*, 2015).

Para além do processo de formação, os profissionais da enfermagem são mais suscetíveis a vivenciar experiências estressantes e conflituosas, tais como sobrecarga de trabalho, condições insalubres, baixa remuneração, contrato de trabalho inadequado, treinamento inadequado, dificuldade de comunicação, relação conturbada com colegas de trabalho e hierarquização, prejudicando a qualidade de vida e a assistência prestada (BLANCO *et al.*, 2013).

Erros na comunicação levam ao aparecimento de conflitos dentro da equipe, causam irritação, tornam o ambiente de trabalho desagradável e afetam diretamente o cuidar. O bom relacionamento entre os profissionais favorece a formação de vínculos e é imprescindível para um maior comprometimento com o trabalho, satisfação dos profissionais e qualidade da assistência (PIMENTA *et al.*, 2021). Fatores que são salientados de forma recorrente na literatura e que levam à insatisfação, ao desprazer em trabalhar e à desmotivação estão relacionados às estruturas hierárquicas existentes, à falta de

cooperação e à existência de intimidações por parte da chefia, tornando as relações cada vez mais frágeis (DIAS *et al.*, 2020).

De acordo com Grilo, Oliveira e Puggina (2021), a habilidade social da comunicação é capaz de interferir no ser profissional e na sua prestação de assistência à saúde. O profissional deve ser instigado ainda durante o processo de formação para o uso adequado da comunicação na realização do cuidado, proporcionando relações transparentes e um ambiente que possibilite a tomada de decisões e uma prática resolutiva e eficiente.

Um ambiente de trabalho que promove a atuação em equipe com interações positivas proporciona ao profissional a oportunidade de desenvolver suas atividades de forma satisfatória. O oposto ocorre em instituições que não corrigem as fragilidades de relacionamentos e comunicação entre os profissionais, propiciando o individualismo, a competitividade e a insatisfação (AMARAL; ARAÚJO, 2018).

Levando-se em consideração a comunicação e a relação entre os profissionais de enfermagem, o objetivo deste trabalho é descrever a comunicação, as relações interpessoais no ambiente de trabalho e a satisfação profissional da equipe de enfermagem na rede hospitalar pública.

2 MÉTODO

Estudo transversal e descritivo que faz parte da pesquisa “Comunicação, relações interpessoais entre profissionais de enfermagem e efetividade organizacional”, realizado pelo Grupo de Estudo e Pesquisa e Extensão em Saúde do Adulto (GEPSA) do

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

O estudo foi realizado em cinco hospitais da rede pública municipal, estadual e federal da cidade de São Luís-MA, no período de março de 2011 a outubro de 2015. As unidades envolvidas na pesquisa estão caracterizadas quanto à gestão, ao tipo de atendimento, ao número de leitos e de profissionais de enfermagem: um hospital de gestão federal de alta complexidade com 329 leitos e 551 profissionais, especializado em cirurgia geral, clínica geral e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto; um hospital de gestão estadual de alta complexidade com 117 leitos e 360 profissionais, especializado em tratamento oncológico, ortopedia e traumatologia e UTI adulto; um hospital de gestão estadual de média complexidade com 55 leitos e 111 profissionais, especializado no tratamento de doenças infectocontagiosas, clínica geral e UTI adulto; dois hospitais de urgência e emergência de gestão municipal - de alta complexidade, um com 148 leitos e 623 profissionais, especializado em cirurgia geral, neurocirurgia, clínica médica, pediátrica e UTI adulto; e o segundo com 203 leitos e 625 profissionais, especializado em cirurgia geral, ortopedia e traumatologia, clínica médica e UTI adulto.

A população foi composta por profissionais de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que tinham vínculos empregatícios com as instituições públicas de assistência à saúde do município de São Luís no momento da coleta dos dados. No levantamento realizado enumeraram-se 2.270 profissionais de enfermagem vinculados às instituições, tendo participado da pesquisa 1.065 profissionais. A amostra compreendeu 46,9% da população.

O instrumento de pesquisa foi traduzido para o português e adaptado por um grupo de pesquisa das universidades *Southern Cross University, University of Sunshine Coast e Griffith University*, da Austrália, que desenvolvem pesquisas com enfermeiros nos setores público e privado (BRUNETTO *et al.*, 2015). As variáveis incluídas no questionário, além das características sociodemográficas e profissionais, foram: comunicação, relacionamento no trabalho, comprometimento com a instituição e satisfação no trabalho. Essas variáveis fazem parte de instrumentos validados e já utilizados no contexto da enfermagem (JOHLKE; DUHAN, 2000).

Para este estudo foram selecionadas as questões abertas referentes aos dados sociodemográficos, e as perguntas fechadas, classificadas nas categorias: Comunicação; Relacionamento Interpessoal; Satisfação no Trabalho. Para avaliação dessas categorias foi utilizada a Escala de *Likert* com as alternativas: Discordo Plenamente (DP), Discordo (D), Discordo Parcialmente (DPa), Concordo Parcialmente (CPa), Concordo (C), e Concordo Plenamente (CP) que foram preenchidas pelos sujeitos da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no período de março de 2011 a outubro de 2015, realizada por docentes do Departamento de Enfermagem da UFMA, enfermeiros colaboradores, discentes da graduação e pós-graduação integrantes do GEPSA da referida instituição.

Os questionários foram aplicados nos turnos matutino, vespertino e noturno, em todos os setores que apresentavam profissionais de enfermagem, com a finalidade de abranger o maior quantitativo de profissionais. Não foram incluídos profissionais de

férias ou em afastamento no período da coleta. Os questionários foram distribuídos aos profissionais de enfermagem durante o turno de trabalho e recolhidos ao final do turno, possibilitando que fossem respondidos por completo.

Os dados foram extraídos do banco de dados da pesquisa, organizados no Programa Microsoft Excel, em seguida analisados no software *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS). Foram estabelecidas as frequências relativa e absoluta do perfil socioeconômico dos profissionais de enfermagem das instituições participantes, e das variáveis qualitativas relacionadas às categorias do estudo. Os resultados foram apresentados em tabelas.

A pesquisa foi aprovada pelo Departamento de Enfermagem da UFMA e apresentada a todas as instituições de coleta de dados para autorização e apreciação: Hospital Universitário da UFMA, Secretaria Estadual de Saúde, e Secretaria Municipal de Saúde, em seguida encaminhada para o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA, com parecer consubstanciado de nº 23115-005865/2010-40, obedecendo às recomendações advindas da Resolução nº 466/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013), respeitando-se os princípios éticos, a confidencialidade e o anonimato. Após os profissionais concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido construído especificamente para o estudo, em seguida foi entregue o instrumento da pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Perfil do profissional de enfermagem em hospitais públicos de São Luís-MA, 2011 a 2015

Participaram do estudo 1.065 profissionais de enfermagem de cinco hospitais da cidade de São Luís-MA, no período de março de 2011 a outubro de 2015. Os participantes são predominantemente do sexo feminino, 939 (88,2%); idade entre 31 e 40 anos 343 (32,2%); média de idade de 39,6 anos; e pouco mais da metade, 561 (52,7%) com uma relação estável. Entre os entrevistados, 592 (55,6%) têm dependentes menores de idade.

A maior parte dos profissionais de enfermagem possui apenas o ensino médio 489 (45,9%); graduação 377 (35,4%); e pós-graduação completa 203 (19,1%). Desses profissionais, 695 (65,3%) exercem atividades nessas instituições como técnicos de enfermagem; 259 (24,3%) como enfermeiros; e 90 (8,5%) como auxiliares de enfermagem.

Um estudo intitulado perfil da enfermagem no Brasil apresentou resultados semelhantes, com profissionais majoritariamente do sexo feminino (85,1%); idade entre 31 e 40 anos (36,4%); enfermeiros (23%), ensino médio completo (57,7%), trabalhando entre 31 e 40 horas semanais (37,4%); e com pós-graduação completa (51%), conforme dados de 2013 da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

O presente estudo apresenta uma população predominantemente feminina, resultado frequente na literatura,

consistindo em uma força de trabalho que continua sendo em sua maioria feminina, fator que traz reflexos ao processo de trabalho e às discussões sobre as categorias profissionais que fazem parte da enfermagem (PAGLIONE *et al.*, 2016; ALMEIDA *et al.*, 2016).

O vínculo profissional com as instituições tem entre 1 e 10 anos para 640 (60,2%) dos respondentes. Estudo realizado em uma instituição hospitalar no Rio de Janeiro apresentou resultado semelhante no que diz respeito ao tempo de serviço, em que 64,7% dos trabalhadores têm entre 1 e 10 anos de serviço na instituição (COSTA; SOUZA; PIRES, 2016).

O vínculo se deu por meio de concurso público em 515 (48,3%) dos profissionais; e 423 (39,7%) por meio de contratos, tendo um quantitativo maior de servidores públicos se comparado com o estudo de Costa, Souza e Pires (2016), em que 32,3% dos profissionais são concursados. O número de contratados é inferior em relação ao estudo citado, com 52,9% dos profissionais contratados, reiterando a necessidade de realização de concurso que objetive o preenchimento de cargos por funcionários públicos, diminuindo o número de contratos temporários que propiciam a rotatividade de pessoal.

As equipes de enfermagem trabalham com carga horária entre 30 e 40 horas, 927 (87,1%), contrastando com a média nacional, em que apenas 34,7% trabalham entre 30 e 40 horas (FIOCRUZ/COFEN, 2013). Foi observado que 447 (42,0%) profissionais têm mais de um emprego, valor superior ao perfil do estado do Maranhão, que apresenta o quantitativo de 31,5% (FIOCRUZ/COFEN, 2013). Há diferença de média de horas trabalhadas, sendo 35,5 horas para aqueles que

trabalham em apenas uma instituição, e 63,6 horas para quem detém um número maior de vínculos.

Observa-se que os profissionais atuantes nos hospitais do estudo apresentam pós-graduação em quantitativo inferior se comparado com a média nacional. Segundo pesquisa da FIOCRUZ/COFEN (2013), os principais motivos para os profissionais de enfermagem no Maranhão não se aprimorarem profissionalmente são a falta de condições financeiras (23,8%); a falta de tempo, motivação ou estímulo (17,5%); a ausência de programas de treinamento no trabalho (12,8%); a dificuldade em parar de trabalhar (10,9%) e a falta de apoio institucional (8,6%).

Esses resultados corroboram o estudo de Abreu, Gonçalves e Simões (2014), que alegam não haver maior capacitação dos profissionais de enfermagem por falta de flexibilização na troca de plantões por parte da própria instituição e de incentivo relacionado à remuneração, além da carga horária excessiva de trabalho.

3.2 Comunicação, relacionamento interpessoal e satisfação entre os profissionais de enfermagem em hospitais públicos de São Luís - MA

A seguir serão apresentadas e discutidas as variáveis qualitativas referentes à comunicação, ao relacionamento interpessoal, ao comprometimento com a instituição e satisfação dos profissionais de enfermagem de hospitais públicos de São Luís-MA.

Para avaliação dessas variáveis foi utilizada a Escala de *Likert* com as alternativas: Discordo Plenamente (DP), Discordo (D),

Discordo Parcialmente (DPa), Concordo Parcialmente (CPa), Concordo (C) e Concordo Plenamente (CP), sendo aqui condensados em Discordo e Concordo, de forma a compreender melhor como se processa a comunicação, o relacionamento interpessoal e a satisfação no ambiente de trabalho.

Tabela 1 – Distribuição do número de participantes segundo concordância de fatores de comunicação em seu ambiente de trabalho, São Luís-MA, 2017

Fatores de comunicação	n	%
Uso de comunicação escrita		
Concordo	415	39
Discordo	650	61
Realização de reuniões formais		
Concordo	408	38
Discordo	657	62
Discussão de processos entre equipe e coordenação		
Concordo	671	63
Discordo	394	37
Liberdade para troca de ideias entre a equipe e coordenação		
Concordo	728	68,4
Discordo	337	31,6
TOTAL	1065	100

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Observa-se que a comunicação escrita é um instrumento pouco frequente na comunicação entre os profissionais de enfermagem em ambiente de trabalho. Quando a comunicação entre os profissionais não

ocorre abrangendo todas as nuances possíveis, informações podem ser perdidas, prejudicando o cuidado e o ambiente de trabalho menos agradável (FERRAZ; BRITO, 2022).

O COFEN (2016) corrobora a ideia de que a comunicação escrita é importante para diversas finalidades: partilha de informações entre os profissionais, garantia de qualidade da assistência prestada, relatório permanente, evidência legal, ensino, pesquisa e auditoria.

Para Oliveira e Braga (2016) e Balsante *et al.* (2021), docentes e discentes valorizam a comunicação para a prática profissional embasada em conhecimentos teóricos e metodológicos, contudo, características pessoais influenciam significativamente no desenvolvimento dessas habilidades de comunicação. Afirmam também que é necessário ao profissional, a consciência de que o ambiente influencia na qualidade da comunicação e o reconhecimento das barreiras durante a comunicação, bem como formas de atuar frente a essas situações.

Quando questionados sobre a realização de reuniões formais, 62% discordam. Para Broca e Ferreira (2012), as reuniões da equipe de enfermagem são importantes, momentos em que os profissionais podem partilhar informações, analisar e discutir questões relativas ao trabalho, além de proporcionar aprendizagem e comunicação.

Essa interação entre os profissionais de enfermagem é importante para o estabelecimento da interdependência destes, fazendo uso do processo de comunicação para o alcance de uma meta, influenciando no pensar e agir uns dos outros, criando vínculos que podem ser ampliados para a comunicação com os pacientes e

consequentemente proporcionando um cuidado integral (OLIVEIRA; BRAGA, 2016).

Os coordenadores de enfermagem das instituições participantes apresentam-se acessíveis para discutir a realização do trabalho para 63% dos profissionais, e para 68,4% dos participantes do estudo existe a troca de ideias e informações de forma livre entre profissionais e coordenadores.

O resultado encontrado é superior à média do estado do Maranhão, em que 55,5% dos profissionais de enfermagem sentem-se livres para trocar ideias com seus superiores (FIOCRUZ/COFEN, 2013).

Corrobora os resultados a pesquisa realizada em um hospital de alta complexidade da Colômbia, em que ficou expresso na fala dos profissionais que existe uma flexibilidade para a comunicação dentro da equipe de enfermagem, e a maior parte das enfermeiras referem estar satisfeitas com a comunicação existente na equipe. Também foi verificado no mesmo estudo que a comunicação entre equipe e coordenação dos serviços de enfermagem pode influenciar diretamente no cuidado (ORTEGA; SILVA; MEDINA, 2016).

Na Tabela 2 são discutidos os aspectos relativos ao relacionamento interpessoal entre as próprias equipes de enfermagem e suas relações com os coordenadores de enfermagem.

Tabela 2 – Distribuição do número de participantes segundo concordância de fatores de relacionamento interpessoal em seu ambiente de trabalho, São Luís - MA, 2017

Fatores de relações interpessoais	n	%
O coordenador reconhece o potencial		
Concordo	846	79,4
Discordo	219	20,6
Bom relacionamento da equipe com o coordenador		
Concordo	956	89,8
Discordo	109	10,2
Resolução de problemas com equipe durante o trabalho		
Concordo	982	92,2
Discordo	83	7,8
Tratamento justo do coordenador com equipe		
Concordo	671	63
Discordo	394	27
TOTAL	1065	100

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Nas relações interpessoais, 79,4% afirmam que o coordenador reconhece o potencial de cada profissional, e a maioria dos entrevistados (89,8%) afirma ter um bom relacionamento com o coordenador.

Segundo os profissionais de enfermagem, 92,2% concordam que os colegas de trabalho ajudam a resolver problemas que surgem no dia a dia do trabalho. Estudo realizado por Pimenta *et al.* (2022) evidenciou a ocorrência de motivação a partir das relações interpessoais existentes na equipe de enfermagem. Outro aspecto encontrado foram amizades constituídas dentro da equipe, de natureza cooperativa e

fundamentais para resolução de conflitos e problemas no ambiente de trabalho.

À medida que o vínculo entre os profissionais vai sendo estabelecido, as pessoas passam a partilhar suas experiências e saberes, os conflitos existentes são superados e cada sujeito torna-se mais favorável à integração do grupo. Quando tais vínculos são frágeis, ocorrem falhas na comunicação que levam a atritos entre os profissionais e prejudicam a assistência à população (BROCA; FERREIRA, 2012; OLIVEIRA; BRAGA 2016).

Indagados sobre o tratamento consciente e justo por parte do coordenador, 72,9% concordam com a afirmação. Tal resultado apresentado também pode ser considerado satisfatório se comparado com o estudo de Abreu, Gonçalves e Simões (2014), em que profissionais de enfermagem alegam grande insatisfação no desenvolvimento de suas atividades por conta do relacionamento ineficaz com a coordenação, que emprega uma gestão hierarquizada, atribuindo pouco valor aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, por apresentarem cargos inferiores na referida instituição.

- Corroboram essa ideia Fernandes *et al.* (2015), ao elencarem fatores contribuintes para a existência de conflitos na equipe, tais como: individualismo, falta de cooperação, de comprometimento, de respeito, de reuniões de equipe e de corresponsabilização. Além disso, a dificuldade de gerenciamento de conflitos em consequência da falta de diálogo e do poder de forma verticalizada,

refletem no aumento da carga de trabalho, na desmotivação e, principalmente, na qualidade do cuidado prestado pelas equipes.

Tabela 3 – Distribuição do número de participantes segundo concordância de fatores de satisfação no trabalho, São Luís-MA, 2017

Fatores de satisfação no Trabalho	n	%
Sentimento de satisfação com o trabalho		
Concordo	1010	94,8
Discordo	55	5,2
Sentimento de realização com o trabalho		
Concordo	964	90,6
Discordo	101	9,4
Vê o trabalho como algo importante na vida		
Concordo	1032	96,9
Discordo	33	3,1
Importância da instituição na vida do profissional		
Concordo	952	89,4
Discordo	113	10,6
Autonomia na realização do trabalho		
Concordo	679	63,8
Discordo	386	36,2
TOTAL	1065	100

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Quando questionados sobre considerar o trabalho satisfatório, 94,8% dos profissionais de enfermagem percebem satisfação em suas atividades, semelhante ao que foi observado em hospital de média complexidade do estado do Paraná, no qual 95,2% dos profissionais de

enfermagem relataram satisfação no trabalho (PAGLIONE *et al.*, 2016).

Foi questionado se os profissionais sentiam que o trabalho assistencial é gratificante/importante, e 96,9% sentem que fazem algo que vale a pena no ambiente de trabalho. Esse resultado é semelhante ao encontrado por Bacha *et al.* (2015), ao referir que profissionais de enfermagem consideram seus trabalhos realmente importantes.

Apenas 10,5% atribuem pouco significado ao trabalho em suas vidas. O que se observa são profissionais em sua grande maioria comprometidos com a instituição. Em estudo realizado no setor de emergência de um hospital de ensino em Pernambuco, ficou evidente o comprometimento afetivo dos profissionais de enfermagem, apresentando grande ligação entre a realização do trabalho e a organização do mesmo, em que “o comprometimento afetivo representa mais que uma simples lealdade passiva a uma organização (DIAS *et al.*, 2020).

O estudo de Paglione *et al.* (2016) evidenciou que o profissional de enfermagem se apresenta motivado/satisfeito com o seu trabalho quando fatores como autonomia, oportunidades de aprendizagem, suporte organizacional, trabalho em equipe e poder de decisão estão presentes no seu fazer profissional, sendo a autonomia o principal fator que promove satisfação entre os profissionais de enfermagem.

A falta de autonomia é apontada por alguns estudos como origem para problemas como absenteísmo, falta de compromisso, estresse, ansiedade, turnover, insatisfação, perda de assistência à saúde em alto nível, diminuindo sua produtividade, criatividade e contribuindo também para o aumento do número de profissionais que

resolvem deixar a profissão (CASTANEDA; SCANLAN, 2014; JIANG *et al.*, 2014).

No presente estudo, pouco mais de um terço da população relata a ausência de autonomia em sua prática profissional, resultado que segundo Paglione *et al.* (2016), ocorre por grande parte da população ser de técnicos e auxiliares de enfermagem, visto que tais categorias apresentam limitação no que diz respeito à tomada de decisões e controle do processo de trabalho.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou conhecer as relações no ambiente de trabalho do profissional de enfermagem em cinco das maiores instituições públicas da rede hospitalar de São Luís-MA, entre os anos de 2011 e 2015.

Observou-se que a comunicação escrita é pouco frequente entre as equipes de enfermagem, e para a maioria dos profissionais é possível uma interação efetiva e dialogada com o coordenador.

Os profissionais sentem-se amparados no ambiente de trabalho quando ocorre algum problema, pois sabem que os demais componentes da equipe de enfermagem e coordenação o auxiliarão na resolução de quaisquer problemas que surgirem, além de o tratamento do coordenador ser considerado justo e consciente pela grande maioria dos profissionais, sendo este um resultado superior ao encontrado na literatura.

Há profissionais de enfermagem satisfeitos com a relação existente dentro de suas equipes de trabalho, que se sentem livres para

trocar ideias, ajudar aos colegas de trabalho, contudo não fazem pleno uso da capacidade de comunicação em prol da assistência de enfermagem.

A consistência deste estudo baseia-se na busca ativa de fontes de dados das mais diversas áreas: enfermagem, psicologia, administração e saúde coletiva, objetivando compreender melhor a realidade e características das relações de trabalho em hospitais públicos da cidade de São Luís, visto que a produção da saúde não é inerente apenas ao usuário, mas aos profissionais que a realizam no seu dia a dia, lembrando que a partir da visão holística da saúde, os fatores ambientais também provocam o adoecimento do profissional.

Acredita-se que esta pesquisa possa subsidiar a elaboração de estratégias a serem utilizadas para otimizar a relação entre os profissionais de enfermagem e o reconhecimento da importância que a enfermagem tem para a assistência à saúde, em seus diversos níveis de complexidade. Espera-se, que este estudo seja fonte para discussão de mecanismos que favoreçam a melhoria das condições de trabalho em equipe por parte do profissional de enfermagem e que a implementação dos fatores aqui referenciados proporcione um ambiente mais tranquilo, com maior interdependência não só da equipe de enfermagem, mas também da equipe multiprofissional, buscando a valorização do sujeito enquanto profissional e o alcance dos objetivos institucionais, contribuindo para a qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

ABREU, R. M. D.; GONÇALVES, R. M. D. A.; SIMÕES, A. L. A. Motivos atribuídos por profissionais de terapia intensiva para ausência ao trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 67, n. 3, p. 386-393, maio/jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xvLGQ5mBGgrbNzsKk8sFqbt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 jun. 2023.

ALMEIDA, D. B. *et al.* Estereótipos sexistas na enfermagem portuguesa: um estudo histórico no período de 1935 a 1974. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 228-235, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/6hqjvmMvqSV5tFgLcp4WKFH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 jun. 2023.

AMARAL, L. R.; ARAÚJO, C. A. S. Práticas avançadas e segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 688-695, nov./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/VcDbC9YFJ6GX9XFjQ4Z75mB/?lang=pt>. Acesso em: 6 jun. 2023.

BACHA, A. *et al.* Satisfação no trabalho no contexto hospitalar: uma análise segundo o gênero. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 549-556, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/NzkzhT7drD79gz8R8GmpTgd/?lang=pt>. Acesso em: 6 jun. 2023.

BALSANTE, D. J. L. *et al.* Qualidade da Comunicação entre Enfermeiros: uma Revisão Integrativa. **Revista Portal Saúde e Sociedade**, Maceió, v. 6, 2021. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/12524/8795>. Acesso em: 5 jun. 2023.

BLANCO, B. *et al.* La importancia del liderazgo de enfermería en el manejo de relaciones interpersonales entre lós equipo de salud. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.**, Rio de janeiro, v. 5, n. 3, p. 211-217, 2013.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**: seção 1, Brasília, DF, ano 131, n. 248, p. 27834-27841, 23 dez. 1996. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/12/1996&totalArquivos=289>. Acesso em: 26 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 136, n. 215, p. 37-38, 9 nov. 2001. Disponível em: <http://biblioteca.in.gov.br/web/dou/dou>. Acesso em: 6 jun. 2023.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 1, p. 97-103, fev. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rxxwHhHCkZbGpD9M47DjDxp/?lang=pt>. Acesso em: 6 jun. 2023.

BRUNETTO, Y. *et al.* Nurses' supervisors, learning options and organisational commitment: Australia, Brazil and England, **Journal of Nursing Management**, [s.l.], v. 23, n. 8, p. 1029-1038, 2015.

CASTANEDA, G. A.; SCANLAN, J. M. Job satisfaction in nursing: a concept analysis. **Nursing Forum.**, [s.l.], v. 49, n. 2, p. 130-138, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Guia de recomendações para o registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**. Brasília, DF: COFEN, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 6 jun. 2023.

COSTA, C. C. P.; SOUZA, N. V. D. O.; PIRES, A. S. Perfil dos trabalhadores de uma central de material e esterilização: uma análise das características sócio profissionais. **Rev. pesquis. cuid. fundam.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3633-3645, jan./mar. 2016. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/3667/pdf_1768. Acesso em: 5 jun. 2023.

DIAS, J. S. *et al.* Health, behavior, and management: impact on interpersonal relations. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Santa Catarina, v. 29, p. e20190057, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/p4fDkF8n5m3YVqqHwZJxdKn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 jun. 2023.

FERNANDES, H. N. *et al.* Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Rev. Fundam. Care**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1915-1926, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750945016.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2023.

FERRAZ, C. M. L. C.; BRITO, M. J. M. Elementos associados à deliberação moral na equipe de saúde da família: em busca da excelência da prática profissional. **Saude soc.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 1-11, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/dCd88BksbQvgZjqM3szxfpH/?lang=pt#>. Acesso em: 28 jun. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Perfil da Enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COFEN, 2013.

GRILO, A. P. S.; OLIVEIRA, A. A.; PUGGINA, A. C. G. Competência em comunicação interpessoal: relações com características sociais e traço de ansiedade. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 25, p. e1405, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/44556/36657>. Acesso em: 5 jun. 2023.

JIANG, H. *et al.* Nurse satisfaction and burnout in Shanghai Neurology Wards. **Rehabilitation Nursing.**, [s.l.], v. 41, p. 120-127, 2014.

JOHLKE, M. C.; DUHAN, D. F. Supervisor communication practices and service employee job outcomes. **Journal of Service Research**, California, v. 3, n. 2, p. 154- 164, fev. 2000.

LUCCHESI, R.; VERA, I.; PEREIRA, W. R. As políticas públicas de saúde - SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n 3, p. 562-566, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/11144/7877>. Acesso em: 5 jun. 2023.

OLIVEIRA, K. R. E.; BRAGA, E. M. O desenvolvimento das habilidades comunicativas e a atuação do professor na perspectiva do aluno de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. spe, p. 32-38, jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/g9bdPhRCS69pZBNSYBst9Qt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 5 jun. 2023.

ORTEGA, A. P.; SILVA, R. P.; MEDINA, V. R. Comunicación y coordinación en enfermería en una institución de salud de alta complejidad en Cartagena. **Av. Enferm.**, Bogotá, v. 34, n. 1, p. 19-29, jan. 2016.

PAGLIONE, N. L. *et al.* Satisfação profissional da equipe de enfermagem do centro cirúrgico em Hospital Público de média complexidade. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1080-1087, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11061/12483>. Acesso em: 5 jun. 2023.

PIMENTA, C. J. L. *et al.* Competência em comunicação interpessoal no trabalho de enfermeiros em ambiente hospitalar. **REME**: Rev. Min. Enferm., Belo Horizonte, v. 25, p. e1393, 2021. Disponível em: <https://reme.org.br/artigo/detalhes/1595>. Acesso em: 5 jun. 2023.

Comunicação empática no cuidado à criança no contexto de uma emergência pediátrica¹

2

Adélia Karla Falcão Soares²

Francisca Márcia Pereira Linhares²

Fernanda Machado Silva Rodrigues³

Mirelly da Silva Barros⁴

Maria Wanderleya Lavor Coriolano-Marinus²

¹ Capítulo da dissertação intitulada “Processo educativo com a equipe de enfermagem sobre comunicação e letramento em saúde na emergência pediátrica”, de autoria de Adélia Karla Falcão Soares, sob orientação da professora doutora Maria Wanderleya Lavor Coriolano-Marinus, defendida em 3 de maio de 2022, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). *Link* de acesso: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/46079>.

² Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

³ Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Departamento de Enfermagem, São Paulo, Brasil.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, UFPE, Recife, Brasil.

RESUMO

A comunicação em ambientes de saúde vai além de cuidados técnicos e impessoais. É necessário desenvolver uma comunicação empática para lidar com cenários críticos de hospitalização, particularmente no cenário de uma emergência pediátrica. O objetivo do estudo foi analisar as contribuições de um processo educativo com a equipe de enfermagem sobre comunicação empática com a criança no contexto de uma emergência pediátrica. **Métodos:** pesquisa participativa em saúde, com abordagem qualitativa, desenvolvida por meio de um processo de educação permanente, o qual foi planejado a partir do referencial teórico da aprendizagem experiencial de David Kolb e dos preceitos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. As atividades educativas ocorreram presencialmente, por meio de grupos operativos, em uma sala de aula privada de um hospital público da cidade do Recife-PE, Brasil, durante o mês de outubro de 2021. Participaram 10 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem atuantes na assistência à criança no serviço de emergência. **Resultados:** Os dados das narrativas dos grupos operativos foram compilados para a codificação no Software Atlas T.I, versão 8.0, que permitiu a segmentação do material coletado em 119 códigos descritivos, divididos em três grupos de códigos que foram nomeados em subcategorias: 1.1 Experiências marcantes na infância dos profissionais (31 códigos); 1.2 Vínculo com a família (65 códigos); 1.3 Superação das dificuldades (23 códigos) que deram origem à categoria temática “Resgatando a criança interior dos profissionais de enfermagem da emergência pediátrica”. Os resultados dialogaram com

os pressupostos da educação permanente e comunicação empática, ao resgatar as experiências e conhecimentos dos profissionais de enfermagem a partir da autorreflexão sobre sua infância.

Considerações finais: O processo educativo forneceu subsídios para fortalecer a comunicação empática entre os profissionais de enfermagem à criança/família de uma emergência pediátrica por meio de ações formativas que permitiram ampliar a capacidade de enxergar a criança como ser integral e ativo no processo de cuidado em saúde.

Palavras-Chave: Comunicação em Saúde. Empatia. Criança Hospitalizada. Educação em Saúde. Enfermagem Pediátrica.

1 INTRODUÇÃO

A hospitalização infantil representa uma situação diferente de todas as vivenciadas pela criança. A inserção da criança em outra realidade, em um ambiente impessoal, repleto de restrições e rotinas, com significados diferentes do seu contexto diário e longe de seus familiares e amigos, representa uma ameaça momentânea ou duradoura que pode ocasionar impactos no seu crescimento e desenvolvimento (BARROSO *et al.*, 2020).

A internação da criança em um serviço de emergência pediátrica é um evento estressante tanto para a criança quanto para sua família. Devido à natureza de trauma, doenças e fatalidades com que a equipe da sala de emergência tem que lidar, é um cenário crítico em que uma adequada comunicação com crianças e familiares pode ser difícil (GRAHN; OLSSON; MANSSON, 2016).

A comunicação em saúde pressupõe uma relação de ajuda e confiança, com criação de vínculo entre os profissionais, crianças e acompanhantes que irá facilitar o processo do cuidado. Deste modo, a comunicação é um meio de tornar o atendimento de emergência menos traumático (NEVES *et al.*, 2016). Para uma adequada comunicação é necessário existir empatia entre os atores envolvidos na relação profissional-criança-família.

A empatia é multidimensional, é a capacidade para entender como os outros sentem, significam e transmitem suas emoções para os outros, envolve características emocionais, cognitivas, comunicativas, comportamentais, morais e relacionais para compreender e lidar com as expressões verbais e não verbais dos pacientes. Alguns estudos apontam que mesmo quando os enfermeiros se comunicam bem, as crianças raramente são envolvidas em discussões relacionadas aos seus próprios cuidados (PHONPRUK *et al.*, 2018; JACKSON *et al.*, 2018; EMILIANA *et al.*, 2019).

Este aspecto é um entrave para a participação ativa da criança e a comunicação empática entre profissionais de enfermagem com as crianças, sendo necessárias ações educativas que possam sensibilizar e refletir nos profissionais elementos práticos para a comunicação com a criança em ambientes críticos de cuidado em saúde.

Diante desse contexto, a educação em saúde, realizada em espaços de trabalho/produção/educação em saúde, a partir de atividades educativas reflexivas com foco na problematização, contextualização da realidade e pedagogias inovadoras, permite aperfeiçoar a qualidade dos serviços oferecidos à população, assim como o bem-estar e as condições de trabalho desses profissionais (PEREIRA *et al.*, 2018).

A educação permanente em saúde tem se mostrado um espaço de diálogo e de problematização sobre o cotidiano entre os profissionais de saúde, ao serem incitados a repensar suas atuações em um processo permanente de qualificação. Esse processo deve promover mudanças nas rotinas com vistas à melhoria da qualidade e da eficácia da atenção à saúde (PORTELA; SALES; RENOVATO, 2016).

Diante da problematização exposta, a qual enfatiza a relevância da comunicação empática entre a equipe de enfermagem e crianças para o alcance de práticas humanizadas que valorizam as características físicas e socioemocionais da criança no cenário de hospitalização, o estudo teve como objetivo analisar as contribuições de um processo educativo com a equipe de enfermagem sobre comunicação empática com a criança no contexto de uma emergência pediátrica, conduzido a partir da seguinte questão de pesquisa: Quais as contribuições de um processo de educação permanente com a equipe de enfermagem sobre comunicação empática no contexto de uma emergência pediátrica?

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa participativa em saúde, com abordagem qualitativa, desenvolvida a partir de um processo de educação permanente, em um hospital do município de Recife-PE, durante o mês de outubro de 2021.

A pesquisa participante possibilita incluir os sujeitos pesquisados, suas vivências, experiências e reflexões (RAMOS *et al.*, 2018). Trata-se de uma metodologia de produção de conhecimento baseada na inter-relação entre os atores e saberes envolvidos em uma

prática social, dialógica na perspectiva de Paulo Freire (FREIRE, 2003; FURLAN; CAMPOS, 2014).

O processo de educação permanente foi planejado com a intencionalidade de agregar preceitos da ação-reflexão-ação, mencionados pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. As estratégias de ensino-aprendizagem envolveram metodologias ativas, tendo como principal metodologia o referencial teórico da aprendizagem experiencial desenvolvido por David Kolb (PIMENTEL, 2007; KOLB; KOLB, 2009).

O processo de educação permanente foi subsidiado pela oferta de um curso de extensão promovido pela Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEXC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), intitulado: LETRAMENTO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO NO CONTEXTO DE CUIDADO À CRIANÇA.

A comunicação empática foi o primeiro eixo temático realizado no processo educativo com os profissionais de enfermagem. Nesse primeiro encontro os participantes foram convidados a participar de uma Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (DCS) que permitiu gerar reflexões iniciais sobre "quem sou eu" e "como me coloco no lugar do outro", por meio de desenhos que marcaram a infância dos participantes nas idades de 6 a 12 anos (CABRAL; SILVEIRA; BUBADUÉ, 2020; CABRAL; NEVES *et al.*, 2016). Com essa dinâmica foi possível conhecer e verificar as impressões dos profissionais sobre suas vivências durante a infância, assim como a comunicação e empatia na abordagem com a criança/família na emergência pediátrica.

Em seguida foi realizada uma exposição dialogada a respeito dos aspectos físicos, emocionais e sociais da criança com imagens e pressupostos do livro “O cérebro da criança” (Daniel Siegel e Tina Payne) e o cuidado com a criança: “Ser humano e sua família, ouvir e incluir no processo de cuidado”.

Esse eixo temático oferecido no curso de extensão foi realizado através de um encontro presencial na sala de aula privativa de um hospital público brasileiro, referência no atendimento à criança em situação de emergência de 0 a 13 anos, 11 meses e 29 dias, com agravos de média e alta complexidade, referenciados e regulados pela rede de saúde pública no âmbito do estado de Pernambuco.

Os participantes foram as três equipes de enfermagem do plantão diurno, 10 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem atuantes na assistência à criança em situação de emergência. Os critérios de inclusão foram profissionais que desenvolviam ações de cuidado direto às crianças de 6 a 12 anos, com experiência de 1 ano de atuação e ter disponibilidade em participar do processo de educação permanente e de todas as atividades propostas. Os critérios de exclusão foram os profissionais que estavam de licença durante o período de realização da ação educativa.

O tamanho da amostra foi definido de forma intencional. Todos os participantes elegíveis foram convidados a participar de um processo de educação permanente com a temática da pesquisa por meio de visitas presenciais da pesquisadora e convite via aplicativos *Whatsapp* e *Instagram*.

Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica de Grupo Operativo (GO) durante o curso de extensão, sendo realizados quatro

grupos operativos com a participação de quatro a dez participantes por grupo com duração de 1 hora e 30 minutos.

Cada GO contou com uma equipe de coordenação composta por um moderador (autor da pesquisa) e nove observadores (alunos de graduação, assistentes da pesquisa), distribuídos em dupla ou trio, para cada GO. Toda a equipe foi treinada previamente sobre a temática e condução de atividades em grupo.

As ferramentas para a operacionalização dos GO incluíam: ambientação; recrutamento dos participantes; o guia de temas com foco no objetivo da pesquisa e uma pergunta e autoavaliação ao final de cada GO.

Ao final do encontro os GO foram gravados e imediatamente transcritos, e posteriormente os dados foram analisados por meio da análise qualitativa, segundo as etapas propostas por Graham Gibbs (2009): a codificação linha por linha, categorização dos temas e análise dos dados.

Os dados das narrativas dos GO foram compilados para a codificação no Software Atlas T.I, versão 8.0, que permitiu a segmentação do material coletado em 119 códigos descritivos, divididos em três grupos de códigos que foram nomeados em subcategorias: 1.1 Experiências marcantes na infância dos profissionais (31 códigos); 1.2 Vínculo com a família (65 códigos); 1.3 Superação das dificuldades (23 códigos), que deram origem à categoria temática final.

A partir dos pressupostos da educação permanente, que considera o processo de ação, reflexão, ação, os conhecimentos e práticas dos profissionais e o conceito de comunicação empática

ocorreram por meio das narrativas dos GO, durante o processo de educação permanente, e foram analisados considerando as vivências e experiências no cuidado integral à criança.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE, com número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 46263121.4.0000.5208, atendendo aos requisitos da Resolução nº 466/2012 e suas complementares. Foi solicitada a anuência formal dos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com a finalidade de preservar a identidade das participantes da pesquisa, elas foram identificadas conforme o sistema alfanumérico, utilizando a letra “E” (Enfermeiros) e “T” (Técnicos de Enfermagem).

3 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 38 profissionais, 10 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem. Destes, a maioria é do sexo feminino (95,46 %); idades compreendidas entre 26 e 62 anos, residentes na Região Metropolitana do Recife-PE. Também possuíam em média 17 anos de formação na área, e 13 anos de atuação na instituição.

A partir da análise qualitativa das respostas dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, foi elaborada a categoria temática – Resgatando a criança interior dos profissionais de enfermagem da emergência pediátrica. Foi explorado o pressuposto da educação permanente e comunicação empática, resgatando dos profissionais suas

experiências e conhecimentos a partir de uma autorreflexão sobre sua infância nas idades de 6 a 12 anos.

Para facilitar a interação dos GO durante a sessão, foi utilizada uma atividade de sensibilização por meio de desenhos que representassem infância: “Quem é essa criança interior?”, e “Como essa criança tem se comunicado com as crianças que estão sob seus cuidados na emergência pediátrica?”, conforme a Figura 1.



Figura 1 – Desenhos realizados pelos participantes. Recife-PE, 2023
Fonte: Registros da pesquisa.

A categoria temática foi dividida em três subcategorias, exploradas a partir dos principais códigos descritivos.

3.1 Subcategoria 1.1 Experiências marcantes na infância dos profissionais

Foi possível alcançar e compreender as principais experiências e sentimentos dos profissionais durante a infância. Nesse momento, os participantes refletiram e expressaram suas experiências ao desenhar um brinquedo ou animal de estimação que de alguma forma os marcou significativamente.

[...] de seis a doze anos, naquela época, na década de 70, as crianças andavam muito de bicicleta, mas nem todo mundo podia andar de bicicleta porque era algo muito caro na época, né. E uma colega minha ganhou uma bicicleta, aí eu pedi para dar uma voltinha, eu falei: posso dar uma voltinha na tua bicicleta? Aí ela negou. Aí a minha mãe escutou e disse: Não tem problema não, eu vou comprar uma bicicleta para você. Daí eu tenho essa lembrança bem marcada na memória (E1).

Aqui aos 7 anos eu tentei desenhar uma girafa (risos). É o único brinquedo que eu lembro que eu tive na minha vida, porque a gente quando veio a ter assim [...] já maiorzinha aquele Cosme e Damião, eu comecei a ter aquelas bonequinhas Wanderlea, acho que o pessoal conhece, foi a primeira bonequinha, mas depois eu me agarrava nessa girafinha que era pequena, eu lembro! Mas para mim era tudo, eu achava a coisa mais linda. Até hoje meu animal preferido é a girafa. Porque ela me marcou (T2).

Outros significados marcantes da infância foram atribuídos ao ambiente de lazer ao ar livre em contato com a natureza, à prática de atividade física e às relações interpessoais construídas no ambiente

escolar. Esses ambientes tornam-se significativos para a saúde da criança, principalmente no contexto de famílias com dificuldades de recursos financeiros, onde existe pouco espaço para diversão e brincadeiras.

No meu desenho, assim, de seis a 12 anos eu era muito família ainda, assim, a minha infância era árvore, fruta, na minha casa tinha pé de coco e eu coloquei a casa simples e o rio, na frente da minha casa, porque a gente tomava muito banho. Então, para mim, eu tive uma infância muito boa (T3).

Eu coloquei no meu desenho uma rede de voleibol e uma bola. [...] esse desenho, ele representa muito para mim. Desde pequeno eu tive interesse pelo esporte e eu trouxe, no esporte, para a minha vida como se fosse um escudo, naquele momento, porque eu via que, quando eu comecei a entender um pouco das coisas, eu comecei a perceber que as coisas, até naquele momento de ser adolescente, de ser criança. [...] eu entendia como se o meu pai não gostasse de mim (E2).

Uma coisa boa era quando eu ia para a escola, eu sempre gostava da escola porque era minha fuga né, porque em casa eu não tinha como brincar com minhas amigas (T6).

3.2 Subcategoria 1.2 Vínculo com a família

A relação de vínculo dos profissionais com a família pode trazer marcas significativas na vida adulta e refletir na forma como lidam e cuidam das crianças que estão sob seus cuidados. A maioria retratou uma relação conflituosa, com experiências de vulnerabilidade social durante a infância.

[...] aqui tem 3 casas que me marcaram, porque eu ficava com meu pai, minha mãe me deixou com ele nascida, então como ele trabalhava muito, eu vivia muito tempo na casa da sogra dele e da minha avó [...] na casa da sogra dele eu tinha um cunhado que praticamente me abusava; e na casa do meu pai, minha madrasta me tratava super mal, então foi isso que me marcou (T9).

Aqui eu fiz uma foto que foi quando eu tinha 11 anos. O dia mais marcante que eu tive foi o dia que eu conheci meu pai. Porque até meus 11 anos eu sempre escutei da minha mãe que ele tinha morrido e quando eu nasci minha mãe não me quis, ela me deu para minha avó. Aí eu não tenho muita recordação boa de quando eu era pequena porque eu só me lembro de ficar um dia na casa de uma tia, um dia na casa de uma prima, cada qual que me criasse um pouquinho, e minha mãe eu só ouvia falar (T11).

[...] um momento de 6 a 12 anos foi bem difícil para mim, porque a memória que eu tenho é muito negativa. Eu não sei desenhar, mas eu acho importante falar que foi o momento que eu presenciei o meu pai agredindo a minha mãe, eu tinha 10 anos de idade. Então eu a vi sendo agredida com muita brutalidade. A única coisa que ela queria fazer era defender os óculos dela, porque ela não tinha dinheiro para comprar outros óculos. Então ela tirava os óculos do rosto e ele ia em cima dela, destruindo ela, e eu uma criança, assim [...] eu tenho muito trauma com relação a isso (E4).

Outros participantes retratam um vínculo familiar forte, cercado de amor e carinho, entre os irmãos, primos, avós e parentes próximos que refletiram significativamente na sua infância até a vida adulta.

Aqui eu tô com 10 anos, e era um lugar onde eu sempre amava estar, então todas as minhas férias e feriados a gente ia para lá, juntava todos os primos e meu avô mesmo sendo militar, então tudo lá era regime militar: hora para isso, hora para aquilo, hora para comer, hora para dormir, hora para tudo. Mas era um lugar onde a gente adorava e amava estar, e assim [...] é um lugar que [...] Meu Deus, e esse ano eu perdi meu avô e minha avó até pensei em sair desta casa inclusive [...] (T12).

Ficava contando os dias para entrar de férias para ir casa de vó, porque era o melhor lugar do mundo. Todos os netos na mesma casa, vó fazia tudo que a gente queria, comprava tudo que a gente pedia, aquela avó bem acolhedora, aquele tipo de vó que se ela pudesse morava a família inteira numa casa só, ela é assim (E3).

3.3 Subcategoria 1.3 Superação das dificuldades

As experiências de vida dos participantes permitiu ressignificar e compreender as diversas situações vivenciadas pelas crianças/familiares na emergência pediátrica. Com isso, ao colocar-se no lugar da criança/família, os profissionais puderam refletir em como colaborar para um cuidado mais humanizado e acolhedor.

Então assim, hoje em dia, devido à experiência que eu passei como acompanhante eu tento entender mais os acompanhantes, pais, parentes, enfim [...]. Então quando chega assim, esse pessoal do interior na emergência, a primeira coisa que eu pergunto, mesmo atendendo meu paciente, é se comeu. Aí eu já fico aperreada com a comida. Porque minha mãe dizia que passou fome e era a pior coisa de um dia só ter uma manga e ter que dividir para 3 ou 4 dentro de casa (T1).

O que a gente viveu contribui para a gente prestar uma assistência melhor ao paciente. Entender melhor o que eles deixam em casa: uma mãe deixa em casa um menino que está doente. A gente consegue olhar e se compadecer (T10).

[...] a gente brincava ao ar livre. Hoje a gente vê, eu até entendo por que as crianças chegam aqui aí vão brincar, porque é muito bom, né?! Correr, brincar, subir na árvore, brincar de cavalo (T12).

4 DISCUSSÃO

A comunicação em saúde é um componente crítico que muitas vezes é negligenciado na prática pediátrica. A habilidade em se comunicar abertamente e com compaixão é fundamental para um atendimento eficiente e eficaz na rotina de saúde. Percebe-se que essa capacidade se torna indispensável na relação de confiança entre profissionais-criança-família no contexto da hospitalização (LEVETOWN; COMMITTEE ON BIOETHICS, 2008).

Nas relações sociais, a empatia é uma habilidade socioemocional individual e multidimensional que envolve componentes afetivos, cognitivos e comportamentais. O afetivo diz respeito aos sinais de simpatia e de compaixão, o cognitivo corresponde à capacidade de interpretar e compreender a perspectiva do outro, e a comunicação verbal ou não verbal por meio dos sentimentos envolve o componente comportamental (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019; KESTENBERG, 2013).

Ao reviver a infância nas idades de 6 a 12 anos, os participantes refletiram a respeito de suas experiências, sentimentos e emoções,

ressignificando a sua infância para compreender e se aproximar das crianças da emergência pediátrica.

Na subcategoria “Experiências marcantes na infância dos profissionais” foi possível perceber as impressões/reflexões da equipe de enfermagem referentes à capacidade de autoconhecimento, reciprocidade e autocuidado frente às suas experiências na infância. Estudos apontam que a empatia e o bem-estar estão interligados, visto que foi identificado que o maior nível de empatia é evidenciado entre os enfermeiros que apresentam maior qualidade de vida (BORDIN *et al.*, 2019; BOURGAULT *et al.*, 2015).

A empatia não é uma aptidão natural, precisa ser adquirida. Está localizada entre os domínios centrais da inteligência emocional, das capacidades sociais e da comunicação (BORDIN *et al.*, 2019; TEREZAM; REIS-QUEIROZ; HOGA, 2018). É considerada um instrumento de tecnologia leve, isso porque pode ser utilizada por enfermeiros durante as ações de cuidados à população e nas atitudes de quem a aplica (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019; SAVIETO; LEÃO, 2016).

Nesta perspectiva, possibilita maior domínio dos sentimentos quanto à ansiedade e ao estresse, trazendo maior equilíbrio frente às relações de cuidado (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019). A subcategoria “Vínculo com a família”, por sua vez, retrata as experiências pessoais dos profissionais frente à relação e vínculo com seus familiares. A maioria dos participantes apresentou em suas falas relações conflituosas com a família. Embora os profissionais tenham vivenciado algumas situações negativas, essas experiências deram sentido para

compreender os sentimentos das famílias que acompanham as crianças durante a internação, tornando empático o seu olhar para o outro.

Essas experiências vivenciadas pelos profissionais influenciam o modo como o profissional de enfermagem enxerga a infância e as particularidades que envolvem esse grupo. O cuidar da criança hospitalizada requer maior sensibilidade para perceber o ser humano e sua família, que às vezes se encontra em uma situação de vulnerabilidade emocional, física e social, requerendo do profissional de enfermagem habilidades de comunicação específicas (SANTOS, 2016).

Por isso, os profissionais precisam refletir o papel que desempenham como agentes mediadores nas zonas de desenvolvimento infantil, pois eles podem e devem auxiliar as crianças a compreenderem o processo de adoecimento, a hospitalização e o tratamento pelo qual estão passando, por meio de uma abordagem que contemple suas necessidades e singularidades (VYGOTSKY, 1978; SANTOS, 2016).

Um estudo realizado na Turquia em 2016, sobre o efeito de um treinamento de empatia nas habilidades comunicativas dos enfermeiros pediátricos, apontou a importância de aperfeiçoar o nível de empatia desses profissionais, já que segundo alguns estudos, os níveis de empatia desses profissionais encontrava-se baixo ou intermediário (KAHRIMAN *et al.*, 2016; ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

A última subcategoria “Superação das dificuldades” diz respeito às experiências de superação dos profissionais enfermeiros durante a sua infância. Foi observado em relatos que as adversidades e fragilidades enfrentadas serviram de experiência e autorreflexão para fortalecer o vínculo e confiança com a criança/família. Essas

experiências repercutem na sua forma de ver e lidar com as crianças no seu contexto de trabalho, trazendo repercussões ao longo da vida.

O ambiente de hospitalização é um cenário desconhecido, ruidoso, movimentado, com a presença constante de estranhos, devido às ações rápidas e meramente técnicas realizadas pelos profissionais de saúde. As práticas de humanização e acolhimento muitas vezes não são consideradas, e o processo de internamento pode se tornar um evento marcante na infância, podendo causar sequelas mesmo após a alta hospitalar (TORRES *et al.*, 2021; LEMOS *et al.*, 2016).

Portanto, se o cuidado ofertado pelos profissionais for apropriado, os sentimentos negativos como o medo e a ansiedade, podem ser minimizados (FARIAS *et al.*, 2017; SANTOS, 2016). A relação de confiança fortalecida pela comunicação empática durante a hospitalização pode contribuir com a participação ativa da criança/família no processo de autocuidado durante a internação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a comunicação empática precisa ser melhor compreendida pelos profissionais de enfermagem no contexto de emergência pediátrica. Ao realizar as atividades educativas sobre a comunicação empática com a criança, foi possível perceber que os participantes do processo de educação permanente refletiram a respeito da capacidade de "colocar-se no lugar do outro" ao enxergarem as crianças como sujeitos ativos.

Com base nesse entendimento, a forma de ver as crianças e os jovens dependerá muito da nossa percepção subjetiva a respeito da

infância e do papel social que atribuímos a esse público-alvo durante as interações cotidianas. Dessa forma, ao estabelecer uma relação de confiança, cria-se um vínculo entre os profissionais, crianças e acompanhantes, que irá facilitar o processo do cuidado. Deste modo, a comunicação empática é um meio de tornar o atendimento de emergência integral e humanizado.

Para fortalecer a educação em saúde por meio da comunicação empática voltada à criança/família no contexto de hospitalização, a educação permanente em saúde constitui uma estratégia singular para os profissionais de saúde refletirem a respeito das boas práticas de forma comprometida com a população, viabilizando mudanças nas práticas de saúde, por meio da melhoria da qualidade dos serviços.

A partir da abordagem qualitativa e da utilização da técnica de grupos operativos como estratégia de coleta dos dados, foi possível alcançar o objetivo do estudo de avaliar as contribuições de um processo de educação permanente com a equipe de enfermagem sobre comunicação empática no contexto de uma emergência pediátrica, oferecendo subsídios relevantes para a comunicação empática com a criança, além da autorreflexão do enfermeiro durante o processo de ensino-aprendizagem.

Uma das limitações a ser destacada está relacionada às dificuldades de alguns profissionais do plantão diurno de participar do processo formativo devido a vários fatores relacionados ao processo de trabalho, como escassez de pessoal, natureza do serviço e alta demanda de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. C. S. *et al.* Empatia dos profissionais de enfermagem de um serviço hospitalar de emergência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, n. 46, p. 1–13, 2019 Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/JS4rMWBnStJpdxSZNn5yLCq/?lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2023.

BARROSO, S. M. C. C. *et al.* Percepção das crianças acerca da punção venosa por meio do brinquedo terapêutico. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 33, p. 1-8, 2020. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1088503>. Acesso em: 15 jan. 2021.

BORDIN, D. *et al.* Relationship Between Empathy and Quality of Life: a Study With Primary Health Care Professionals. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, p. 1-8, 2019.

Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190101>. Acesso em: 19 jun. 2023.

BOURGAULT, P. *et al.* Relationship between empathy and well-being among emergency nurses. **J Emerg Nurs**, [s.l.], v. 41, n. 4, p. 323-328, 2015. Disponível em:

<https://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2014.10.001>. Acesso em: 19 jun. 2023.

CABRAL, I. E.; NEVES, E. T. Pesquisar com o método criativo-sensível na enfermagem: fundamentos teóricos e aplicabilidade. *In*: COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. I. (org.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**. Porto Alegre, Brasil: Moriá, 2016. p. 325-350.

CABRAL, I. E.; SILVEIRA, A.; BUBADUÉ, R. M. Pesquisa baseada em arte: aplicação do Método Criativo Sensível em estudos qualitativos. *In*: WORKSHOP CIAIQ, 2020. **Anais Eletrônicos [...]**. [S.l.: s.n.], 2020. Disponível em:

Proposta18_CIAIQ2020_Workshop_PesquisaBaseadaemArte_PT_Varios.pdf(ludomedia.org). Acesso em: 15 jan. 2021.

EMILIANA, P. *et al.* Preliminary Study on “PRISMA” Education in Improving Self-Management and Level of Compliance in Children with Type-1 Diabetes Mellitus. **Comprehensive Child and Adolescent Nursing**, [s.l.], v. 42, p. 115-121, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1578432>. Acesso em: 15 jan. 2021.

FARIAS, D. D. *et al.* A hospitalização na perspectiva da criança: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 11, n. 2, p. 703-711, fev. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11988/14550>. Acesso em: 10 mar. 2022.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 27. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

FURLAN, P. G.; CAMPOS, G. W. S. Pesquisa-apoio: pesquisa participante e o método Paideia de apoio institucional. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 1, p. 885-894, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0285>. Acesso em: 23 mar. 2021.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GRAHN, M.; OLSSON, E.; MANSSON, M. Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. **Journal of Pediatric Nursing**, [s.l.], v. 31, p. 284–292, 2016. Disponível em: [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(15\)00414-5/fulltext](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(15)00414-5/fulltext). Acesso em: 15 jan. 2021.

JACKSON, G. P. *et al.* A technology-based patient and family engagement consult service for the pediatric hospital setting. **Journal of the American Medical Informatics Association**, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 167-174, fev. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6080811/>. Acesso em: 15 jan. 2021.

KAHRIMAN, I. *et al.* The Effect of Empathy Training on the Empathic Skills of Nurses. **Iran Red Crescent Med J.**, [s.l.], v. 18, n. 6, e24847, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5812/ircmj.24847>. Acesso em: 15 jan. 2021.

KESTENBERG, C. C. F. The empathic skill is socially learned: an experimental study with nursing undergraduate students. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 427-433, 2013. Disponível em: publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/8892/6756. Acesso em 10 mar. 2022.

KOLB, A. Y.; KOLB, D. A. Meta-cognitive Experiential Learning. **Simulation & Gaming**, [s.l.], v. 40, n. 3, p. 297-327, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1046878108325713>. Acesso em: 23 mar. 2021.

LEMOS, I. C. S. *et al.* Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: Estratégia para reduzir alterações comportamentais. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 7, n. 1, p. 1163-1170, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n1/v7n1a04.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

LEVETOWN, M.; COMMITTEE ON BIOETHICS. Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. **Pediatrics**, [s.l.], v. 121, n. 5, p. 1441-1460, 2008.

NEVES, F. G. *et al.* O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e 20160063, jul./set. 2016. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/1414-8145-ean-20-03-20160063.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.

PEREIRA, L. A. *et al.* Educação permanente em saúde: uma prática possível. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1469-1479, maio 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231116/29010>. Acesso em: 28 jun. 2023.

PHONPRUK, K. *et al.* Paediatric emergency nurses' perceptions of parents' understanding of discharge information: a qualitative study. **Australasian Emergency**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 56-63, maio 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2588994X18300150?via%3Dihub>. Acesso em: 15 jan. 2021.

PIMENTEL, A. A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 12, n. 2, p. 159-168, ago. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2007000200008>. Acesso em: 23 mar. 2021.

PORTELA, N.; SALES, C. M.; RENOVATO, R. D. A. compreensão dos enfermeiros sobre a política de educação permanente. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, Cascavel, v. 2, n. 2, 2016. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/15139>. Acesso em: 15 jan. 2021.

RAMOS, J. F. C. *et al.* Pesquisa participativa e as estratégias de promoção da saúde integral da criança no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1077-1089, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/9HspSJT5XVDmj8PYzMBdsst/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2021.

SANTOS, T. F. C. **Comunicação de más notícias no contexto da UTI Neonatal**. 2016. 95 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/17719>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SAVIETO, R. M.; LEÃO, E. R. Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 198-202, mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0280>. Acesso em: 10 mar. 2022.

TEREZAM, R.; REIS-QUEIROZ, J.; HOGA, L. A. K. A importância da empatia no cuidado em saúde e Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 70, n. 3, p. 669-670, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0669.pdf. Acesso em: 10 mar. 2022.

TORRES, R. C. *et al.* **A importância da ludoterapia na assistência pediátrica.** [S.l.: s.n.], 2021. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/3278/artigo%20para%20corre%C3%A7%C3%A3o.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 mar. 2022.

VYGOTSKY, L. Interaction between learning and development. *In*: GAUVAIN; COLE (ed.). **Readings on the development of children.** New York: Scientific American Books, 1978. p. 34-40. Disponível em: <https://ia.eferrit.com/ea/a6589cd862231ed3.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2023.

Construção e validação de instrumento para avaliação do desempenho profissional na prevenção de quedas pediátricas

3

Sabrina de Souza Gurgel Florencio²

Francisca Elisângela Teixeira Lima³

Patrícia Rebouças Araújo⁴

Gilvan Ferreira Felipe⁵

Shérica Karanini Paz de Oliveira⁶

Fernanda Jorge Magalhães⁷

¹ Capítulo da dissertação intitulada “Construção e validação de instrumento de prevenção de quedas em hospitais pediátricos”, de autoria de Sabrina de Souza Gurgel Florencio, sob orientação de Francisca Elisângela Teixeira Lima, defendida em 29 de agosto de 2018, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). *Link* de acesso: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/37364>

² Enfermeira, mestra em enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC.

³ Enfermeira, doutora em enfermagem, docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC.

⁴ Enfermeira, mestra em enfermagem, enfermeira do Hospital Universitário Walter Cantídio.

⁵ Enfermeiro, doutor em enfermagem, docente do curso de enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

⁶ Enfermeira, doutora em enfermagem, docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

⁷ Enfermeira, doutora em enfermagem, docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco (UPE).

RESUMO

Introdução: quedas são incidentes comuns na pediatria. Para preveni-las é necessário que os profissionais desempenhem ações de prevenção de quedas no ambiente hospitalar. **Objetivo:** construir e validar um instrumento de avaliação do desempenho profissional para prevenção de quedas na pediatria hospitalar. **Metodologia:** estudo metodológico operacionalizado em duas etapas: construção do instrumento de avaliação do desempenho profissional para prevenção de quedas na pediatria; e avaliação das propriedades psicométricas mediante validade de conteúdo (Coeficiente de Correlação Intraclasse) e validade de constructo (análise fatorial e confiabilidade, no quesito homogeneidade, por meio do Alfa de Cronbach). **Resultados:** o instrumento foi construído a partir das recomendações do Protocolo de prevenção de quedas do Ministério da Saúde do Brasil, cuja primeira versão tinha 18 itens, com os seguintes coeficientes de correlação intraclasse: geral (0,935); clareza da linguagem (0,798); relevância teórica (0,841); e pertinência prática (0,810). A análise fatorial exploratória mostrou-se adequada para o instrumento (Kaiser-Meyer-Olkin de 0,866 e esfericidade de Bartlett com $p < 0,001$). Alfa de Cronbach final do instrumento com 15 itens foi de 0,883. **Conclusão:** instrumento válido para avaliação do desempenho dos profissionais da saúde para prevenção de queda na pediatria hospitalar.

Palavras-Chave: Acidentes por Quedas. Estudos de Validação. Avaliação de Desempenho Profissional. Equipe de Assistência ao Paciente. Enfermagem Pediátrica.

1 INTRODUÇÃO

As quedas são os incidentes mais comuns em hospitais pediátricos, com taxa de incidência variando de 0,6 a 1,7 por 1.000 pacientes/dia, responsáveis pelo aumento do número de dias de internamento e piores condições de recuperação (VIEIRA *et al.*, 2019). Incidentes ocorrem, principalmente, no quarto da criança internada, no período diurno, enquanto as mães estão presentes, e estão associadas à cama (ALSOWAILMI *et al.*, 2018).

No contexto da queda hospitalar pediátrica, todos os profissionais de saúde têm papel fundamental na implantação de medidas direcionadas à segurança da criança, já que sua prática é permeada pela vivência e percepção diária de situações de risco que podem subsidiar o gerenciamento do cuidado e a tomada de decisão para promoção da segurança e evitar danos (PARKER; KELLAWAY; STOCKTON, 2020).

Para tanto, o uso de tecnologias em saúde pode contribuir diretamente com a segurança do paciente (GOMES *et al.*, 2020). Assim, existem instrumentos internacionais de avaliação do risco de queda em crianças, tais como: *Cummings* (HARVEY *et al.*, 2010), *Humpty Dumpty Falls Scale* (HDFS) (HILL-RODRIGUEZ *et al.*, 2009), *CHAMPS Pediatric Fall Risk Assessment Tool* (RAZMUS; DAVIS, 2012), *I'M SAFE* (NEIMAN *et al.*, 2011), dentre outros. Porém, a maioria dessas ferramentas não incluiu estratégias de prevenção de quedas. Além disso, nenhuma avalia o desempenho profissional na prevenção de quedas na pediatria hospitalar.

No Brasil, tem-se o protocolo de prevenção de quedas proposto pelo Ministério da Saúde, cuja finalidade é reduzir a ocorrência de quedas de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente e garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro (BRASIL, 2013).

Este estudo se justifica pela necessidade de construir e validar um instrumento de avaliação do desempenho profissional para prevenção de quedas em unidades de internação pediátrica, visando contribuir para o direcionamento de medidas para promoção da segurança do paciente pediátrico e o estabelecimento de estratégias de capacitação dos profissionais de saúde acerca da temática.

Assim, objetivou-se construir e validar um instrumento de avaliação do desempenho profissional para prevenção de quedas na pediatria hospitalar.

2 METODOLOGIA

Estudo metodológico, desenvolvido pelo modelo proposto por Lobiondo-Wood e Haber (2001) em dois hospitais públicos pediátricos de Fortaleza-Ceará, no período de dezembro/2017 a fevereiro/2018.

O estudo foi operacionalizado em duas etapas: construção do instrumento e avaliação das propriedades psicométricas do instrumento. A validação de conteúdo foi realizada por meio do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), e a validade de construto, a partir da análise fatorial exploratória e da confiabilidade, no quesito homogeneidade, por meio do Alfa de Cronbach.

A primeira versão do instrumento continha 18 ações agrupadas em um instrumento de medida do tipo questionário construído a partir das recomendações do Protocolo de Prevenção de Quedas (BRASIL, 2013), cujas ações são relacionadas ao desempenho profissional para prevenção de quedas, considerando medidas universais e individuais, fatores contribuintes para queda, registro e notificação. Essa versão do instrumento foi submetida à avaliação de especialistas para validar o conteúdo e o constructo do instrumento e analisar a confiabilidade.

Na validação de conteúdo participaram sete especialistas na área de pediatria, adotando-se a proposta de Pasquali (1998), que recomenda o número de seis a vinte especialistas. Foram selecionados por amostragem intencional, os quais possuíam título de doutor e alcançaram uma pontuação igual ou superior a cinco, conforme os seguintes critérios (FEHRING, 1994): possuir dissertação/tese (2 pontos por trabalho); ter trabalho publicado em periódico indexado (1 ponto por trabalho); participar de grupos/projetos de pesquisa (1 ponto); ter experiência docente (1 ponto por ano); ter atuação prática em hospital pediátrico (0,5 ponto por ano); e ter orientado tese, dissertação ou monografia (0,5 ponto por trabalho). Todos relacionados às áreas de interesse: construção e validação de instrumentos de pediatria; assistência à criança hospitalizada; saúde da criança; segurança do paciente; e prevenção de quedas.

Os especialistas selecionados receberam carta-convite, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), instrumento de caracterização do especialista relacionado à sua qualificação e trajetória profissional juntamente com o instrumento de análise acerca da validação de conteúdo. Um prazo de quinze dias foi instituído para o

especialista avaliar o instrumento e devolvê-lo com sugestões e/ou correções.

Na validação de conteúdo utilizou-se uma escala do tipo *Likert*, com cinco níveis de suporte: 1-Péssima; 2-Ruim; 3-Regular; 4-Boa; 5-Excelente; considerando os critérios: clareza da linguagem; relevância teórica e pertinência prática (HERNÁNDEZ-NIETO, 2002).

Todas as sugestões dos especialistas foram consideradas para o item ser: mantido; alterado; dividido ou excluído; possibilitando a elaboração da segunda versão do instrumento, o qual foi submetido à validação de constructo e da confiabilidade, junto aos profissionais de saúde que atuam na prática clínica.

Para cada ação de prevenção de quedas foram estabelecidas cinco respostas dispostas em escala de *Likert*, quais sejam: 1- Nunca; 2- Quase nunca; 3- Às vezes; 4- Quase sempre; e 5- Sempre; cabendo ao profissional assinalar apenas uma opção. Apenas a resposta sempre foi considerada uma frequência adequada para o desempenho seguro das ações de prevenção de quedas realizadas pelos profissionais.

Para verificar a validade de conteúdo do instrumento optou-se pelo percentual de concordância (% concordância = número de participantes que concordaram com a excelência do item /número total de participantes X 100) acima de 70% (SEIFFERT *et al.*, 2020). Além disso, calculou-se o ICC, que varia entre 0 e 1, cuja classificação foi: muito bom ($\geq 0,9$); bom (0,8 a 0,89); razoável (0,7 a 0,79); fraco (0,6 a 0,69); e inadmissível ($<0,6$) (PESTANA; GAGEIRO, 2014).

Na validação de constructo a população foi 345 profissionais de saúde, sendo 88 médicos, 17 fisioterapeutas e 240 profissionais da

equipe de enfermagem que atuavam na assistência ao paciente nas unidades abertas de internação das referidas instituições.

Participaram do estudo todos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser profissional de enfermagem, medicina ou fisioterapia; e atuar nas unidades abertas de internamento das instituições há pelo menos seis meses. Os critérios de exclusão foram: estar de férias ou licença no período de coleta de dados (30 profissionais); e não devolver o instrumento preenchido no prazo estabelecido de até 15 dias (57 profissionais). Recusaram-se a participar da pesquisa 55 profissionais.

Assim, a amostra foi composta por 203 profissionais, sendo 110 (54,2%) técnicos; 45 (22,2%) enfermeiros; 29 (14,3%) auxiliares de enfermagem; 10 (4,9%) médicos; e 9 (4,4%) fisioterapeutas, com idade média de $39,2 \pm 10,2$ e tempo de formação (65,1%); e experiência profissional (59,4%) superior a dez anos.

A coleta de dados ocorreu em janeiro e fevereiro de 2018, nas duas instituições hospitalares, conforme disponibilidade da equipe de pesquisa constituída pelos membros do Grupo de Estudo sobre os Cuidados de Enfermagem Pediátrica (GECEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), após um treinamento seguindo o Procedimento Operacional Padrão (POP) com o passo a passo que deveria ser seguido para garantir o resultado esperado. Houve a aplicação dos dois instrumentos (formulário de caracterização profissional e IPQP), contemplando todos os dias da semana e final de semana, nos horários diurnos e noturnos (19h00min às 21h00min).

Os instrumentos foram entregues aos profissionais individualmente, para serem respondidos no início do plantão e

devolvidos preenchidos ao membro da equipe de pesquisa ao final deste ou em dia posterior.

Para a validade de constructo obteve-se a análise fatorial exploratória pela matriz dos fatores ou matriz dos componentes (matriz de correlação), critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e diagrama de declividade (regra do *scree plot*) (PALLANT, 2020).

A confiabilidade foi verificada no quesito homogeneidade, medida pelo Alfa de Cronbach, o qual varia de 0 a 1, em que zero indica a ausência total de consistência interna dos itens, e 1, a consistência de 100%. Os valores do alfa de Cronbach aceitáveis estão entre 0,70 e 0,90 (PESTANA; GAGEIRO, 2014).

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, sob o parecer nº 2.439.019, em que a coleta de dados somente ocorreu após a assinatura dos TCLE pelos especialistas e pelos profissionais de saúde.

3 RESULTADOS

Os sete especialistas participantes da validação de conteúdo do instrumento são todos enfermeiros, do sexo feminino, com idades entre 34 e 46 anos e tempo de formação variando de 9 a 22 anos. Possuíam titulação de doutor, com experiência docente e assistencial na pediatria e/ou segurança do paciente. A pontuação variou de 12,5 a 19 pontos no sistema de classificação adotado, demonstrando elevada experiência dos especialistas na área.

A primeira versão do instrumento de avaliação do desempenho profissional para prevenção de quedas na pediatria possuía 18 itens,

correspondentes às ações de prevenção de quedas que devem ser realizadas pelos profissionais de saúde (Quadro 1).

Quadro 1 – Concordância entre os especialistas quanto aos itens do instrumento concernente a clareza de linguagem, relevância teórica e pertinência prática. Fortaleza-CE, Brasil, 2018

Itens da 1ª versão do instrumento	Concordância (%)			Ação realizada para a 2ª versão do instrumento
	C [†]	R [‡]	P ^{††}	
1. Avalia o risco para quedas no momento da admissão da criança.	85,7	85,7	85,7	Mantido (item 1)
2. Avalia o risco para quedas da criança diariamente.	100,0	85,7	71,4	Mantido (item 2)
3. Orienta a criança e/ou acompanhante sobre a presença do risco de queda relacionado a fatores contribuintes, tais como idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, jejum prolongado, cirurgia/sedação/anestesia e/ou medicação, dano por queda, e como prevenir sua ocorrência.	71,4	85,7	57,1	Mantido (item 3)
4. Acomoda crianças com idade \leq 3 anos em berço, e crianças $>$ 3 anos em cama, ambos com grades elevadas à altura máxima.	71,4	85,7	71,4	Mantido (item 4)

5. Providencia que as crianças sejam transportadas de acordo com as especificações para idade (idade \leq 6 meses: no colo do acompanhante e este em cadeira de rodas; idade $>$ 6 meses ou \leq 36 meses: deitadas em maca junto com o acompanhante quando for submetida aos procedimentos com anestesia/sedação; idade $>$ 6 meses \leq 36 meses: em cadeiras de rodas no colo do acompanhante; idade $>$ 36 meses: maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em cadeira de rodas no colo do responsável).	42,9	85,7	57,1	Dividido (itens 5, 6 e 7)
6. Mantém uma das grades elevadas do berço durante a troca de roupa/fralda da criança.	85,7	85,7	85,7	Mantido (item 8)
7. Avalia se há condição de deambulação da criança diariamente.	57,1	71,4	57,1	Excluído
8. Registra e informa para o acompanhante se a criança está liberada ou não para deambular.	71,4	71,4	71,4	Alterado (item 9)
9. Acompanha a criança na deambulação (no quarto, no banheiro, no corredor).	42,9	57,1	42,9	Excluído
10. Avalia o uso de grade.	57,1	57,1	57,1	Excluído

11. Avalia risco psicológico ou psiquiátrico quando necessário (conforme fator de risco identificado).	42,9	57,1	42,9	Excluído
12. Aloca a criança com história pregressa de queda próximo ao posto de enfermagem, quando possível.	57,1	71,4	57,1	Mantido (item 10)
13. Orienta a criança e/ou acompanhante a levantar progressivamente de acordo com a presença de risco para quedas já identificado.	57,1	57,1	57,1	Alterado (item 11)
14. Se a criança estiver em cama, mantém as quatro grades da cama elevadas (pré-cirúrgico e pós-operatório imediato).	71,4	85,7	71,4	Excluído
15. Observa o jejum por longo período como risco de queda, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório.	42,9	42,9	42,9	Excluído
16. Verifica as classes medicamentosas que alteram a mobilidade e o equilíbrio.	57,1	57,1	57,1	Alterado (item 12)
17. Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção.	85,7	85,7	85,7	Dividido (itens 13 e 14)

18. Notifica incidentes com quedas à gerência de riscos e/ou ao núcleo de segurança do paciente (quando existentes).	71,4	85,7	71,4	Mantido (item 15)
Coefficiente de correlação intraclasse do critério	0,798	0,841	0,810	

Nota: †: Clareza da linguagem; ‡: Relevância teórica; e ††: pertinência prática.
 Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Constatou-se um ICC de 0,935 para o instrumento total, e concordância de 0,798 para clareza da linguagem; 0,841 para relevância teórica e 0,810 para pertinência prática, indicando que o instrumento é representativo quanto ao conteúdo. Apesar disso, necessitou de reformulação dos itens, sendo sete mantidos, três alterados, seis excluídos e dois divididos, obtendo-se a segunda versão do instrumento, composta por 15 itens. A descrição dos itens alterados está no Quadro 2.

Para análise fatorial realizou-se o cálculo da medida de KMO, alcançando um coeficiente de 0,866 e realizado o teste de esfericidade de Bartlett, que obteve significância de $p < 0,001$. Com o propósito de que houvesse índice de ajustes para verificar a qualidade do instrumento construído utilizou-se a análise dos componentes principais a fim de que gerasse uma matriz de comunalidades, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Comunalidades associadas a cada item do instrumento.
Fortaleza, CE, Brasil, 2018

Itens	Inicial	Extração [†]
1	1,000	0,660
2	1,000	0,667
3	1,000	0,531
4	1,000	0,727
5	1,000	0,664
6	1,000	0,770
7	1,000	0,711
8	1,000	0,778
9	1,000	0,618
10	1,000	0,619
11	1,000	0,494
12	1,000	0,492
13	1,000	0,714
14	1,000	0,596
15	1,000	0,631

Nota: [†]Método de Extração - Análise de Componente Principal.

Fonte: Elaborada pelos autores (2018).

De acordo com a Tabela 1, os itens 11 e 12 estavam ligeiramente abaixo do valor crítico (0,5). Porém, devido ao instrumento ter sido construído à luz de um protocolo nacional (BRASIL, 2013), fez-se necessário analisar a magnitude das correlações e a adequação conceitual de cada item dentro de cada domínio, optando-se por mantê-los no instrumento.

O diagrama de declividade (regra do *scree plot*) sugeriu inicialmente que quatro fatores fossem retidos (Figura 1).

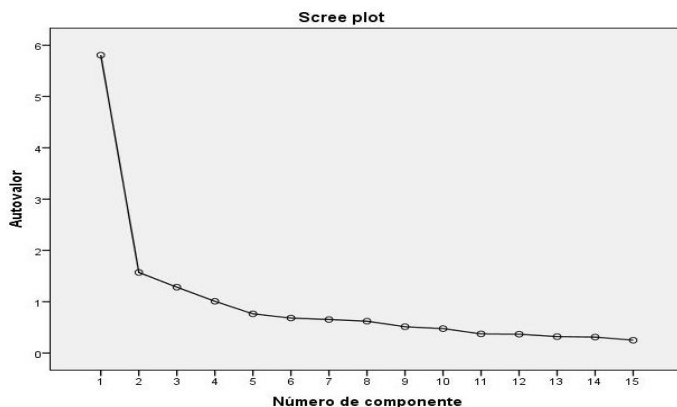


Figura 1 – Scree plot, considerando autovalor e número de componentes (domínios) do instrumento. Fortaleza, CE, Brasil, 2018

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Para confirmar os fatores extraídos e para buscar o melhor ajuste, os resultados da análise dos componentes principais foram submetidos à rotação varimax, exposta na Tabela 2.

Tabela 2 – Rotação dos componentes associada a cada item do instrumento. Fortaleza, CE, Brasil, 2018

Item	Componentes			
	1	2	3	4
1	0,759	0,082	0,216	0,176
2	0,774	0,062	-0,046	0,250
3	0,669	0,168	-0,016	0,234
4	0,072	0,829	0,070	0,172
5	0,058	0,086	0,719	0,369
6	0,108	0,146	0,850	0,124
7	0,178	0,207	0,779	0,172
8	0,178	0,807	0,232	0,201

9	0,458	0,597	0,213	0,078
10	0,268	0,222	0,113	0,697
11	0,597	0,231	0,286	0,047
12	0,443	0,085	0,276	0,461
13	0,242	0,052	0,353	0,727
14	0,204	0,175	0,018	0,724
15	0,066	0,102	0,367	0,694

Fonte: Elaborada pelos autores (2018).

A Tabela 2 apresenta a matriz de componentes principais, cujos itens aparecem dispersos em quatro componentes/domínios. Foi avaliada a magnitude da carga fatorial, considerando o maior valor e a adequação conceitual de cada item dentro de cada domínio.

Assim, o instrumento tem quatro domínios, a saber: avaliação e monitoramento (domínio 1); orientações para paciente/família (domínio 2); práticas diretas (domínio 3); e registro e notificação (domínio 4), com 4, 3, 3 e 5 ações, respectivamente. Contudo, cinco itens (3, 4, 8, 10 e 11) não se adequaram aos domínios evidenciados pela análise fatorial, os quais foram realocados em outros domínios.

O Alfa de Cronbach do instrumento foi 0,883. A retirada dos itens 6 e 13 não contribuiu para elevação ou redução da confiabilidade do instrumento, cuja variação foi de 0,868 a 0,880, respectivamente, caracterizando o instrumento como confiável em sua versão final. Assim, o Alfa de Cronbach indicou alta consistência interna do instrumento, ratificando a manutenção dos 15 itens.

A versão final do instrumento de avaliação do desempenho profissional para prevenção de quedas na pediatria possui quatro domínios, composto por 15 itens (Quadro 2).

Quadro 2 – Versão final do instrumento de avaliação do desempenho profissional para prevenção de quedas na pediatria. Fortaleza, CE, Brasil, 2018

Instrumento de avaliação do desempenho profissional para prevenção de quedas na pediatria		Frequência				
		Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
		1	2	3	4	5
Domínio 1 – Avaliação e monitoramento	1. Avalia o risco para quedas no momento da admissão da criança.					
	2. Avalia o risco para quedas da criança diariamente.					
Domínio 2 – Orientações para paciente/família	3. Orienta a criança e o acompanhante sobre a presença do risco de queda relacionado a fatores contribuintes, tais como idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, jejum prolongado, cirurgia/sedação/anestesia e/ou medicação, dano por queda e como prevenir sua ocorrência.					
	4. Informa para o acompanhante se a criança está liberada ou não para deambular.					
	5. Orienta a criança e/ou família/responsável a levantar progressivamente (eivar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos,					

	antes de sair da cama), de acordo com a presença de risco para quedas já identificado.					
Domínio 3 – Práticas diretas	6. Acomoda crianças com idade ≤ 3 anos em berço, e crianças > 3 anos em cama, ambos com grades elevadas à altura máxima.					
	7. Providencia que as crianças com idade ≤ 6 meses sejam transportadas no colo do responsável e este em cadeira de rodas.					
	8. Providencia que as crianças com idade > 6 meses ou ≤ 36 meses sejam transportadas deitadas em maca na companhia do responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação; ou em cadeira de rodas no colo do responsável.					
	9. Providencia que as crianças com idade > 36 meses sejam transportadas em maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em cadeira de rodas no colo do responsável.					
	10. Mantém uma das grades elevadas do berço durante a troca de roupa/fralda da criança.					
	11. Aloca a criança com história pregressa de queda próximo ao posto de enfermagem, quando possível.					

Domínio 4 – Registro e notificação	12. Verifica na prescrição os medicamentos que alterem a mobilidade e o equilíbrio;					
	13. Registra no prontuário da criança o resultado da avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção.					
	14. Registra no prontuário a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados.					
	15. Notifica incidentes com quedas à gerência de riscos e/ou ao núcleo de segurança do paciente (quando existentes).					

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Para avaliação da realização de cada ação foi adotado como satisfatório o desempenho com ponto de corte superior a 80% (GURGEL *et al.*, 2017). Já para a análise de desempenho dos profissionais em cada ação de prevenção de quedas, utilizou-se o Índice de Positividade (IP) para Qualidade da Assistência classificado em: desejável (IP = 100%); adequado (90% < IP < 99%); seguro (80% < IP < 89%); limítrofe (71% < IP < 79%); e sofrível (IP < 70%) (HADDAD; ÉVORA, 2008).

4 DISCUSSÃO

O diagrama de declividade (regra do *scree plot*) sugeriu inicialmente que quatro fatores fossem retidos, e a matriz de componentes principais, cujos itens apareceram dispersos em quatro componentes/domínios, de fato, foram explicados por esta análise fatorial (DAMÁSIO, 2012).

Para a distribuição dos itens nos quatro domínios remanescentes, foi avaliada a magnitude da carga fatorial, considerando o maior valor e a adequação conceitual de cada item dentro de cada domínio.

A análise do instrumento pelos especialistas sugeriu a necessidade de reformulação quanto à clareza da linguagem, relevância teórica e pertinência prática de alguns itens que o compõem. Assim, acataram-se as sugestões dos especialistas, havendo ajustes até mesmo de itens que tinham alcançado níveis de concordância adequados.

Alterações quanto ao registro por escrito no prontuário acerca das ações preventivas relacionadas às quedas foram acatadas, pois o registro do risco de queda da criança deve ocorrer na admissão e durante sua permanência no hospital para promover uma comunicação efetiva entre os profissionais (STUBBS; SIKES, 2017).

Ademais, acrescentou-se a elevação de 30° da cabeceira, bem como sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos antes de sair da cama, referente à orientação acerca de levantar-se progressivamente conforme a presença de risco para quedas, uma vez que, quando não realizada, pode comprometer a recuperação do paciente (BARBOSA *et al.*, 2019).

Diante da importância da avaliação do uso de medicamentos, já que há associação entre o uso de fármacos em ambiente hospitalar, como sedativos, anticonvulsivantes, antidiabéticos, benzodiazepínicos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), agentes anti-infecciosos, anti-histamínicos e quimioterápicos, e a ocorrência de quedas (NAJAFPOUR *et al.*, 2019), acrescentou-se o prontuário como local de registro de informações.

A recomendação de dividir o item referente ao transporte das crianças por faixa etária foi acatada, já que o transporte intra-hospitalar está associado com intercorrências relacionadas às falhas técnicas, às alterações fisiológicas do paciente, ao tempo de transporte e à equipe de transporte (VEIGA *et al.*, 2019). Assim, o tipo adequado de transporte de acordo com a idade da criança é fundamental para a prevenção de iatrogenias dentro do hospital.

Por fim, para o registro da queda permitir uma avaliação mais acurada e precisa dos fatores relacionados à queda e aos danos gerados (KHORGAMI *et al.*, 2018), houve divisão em dois itens, sendo um para registros de medidas preventivas e outro para episódios de queda já ocorridos.

Desenvolveu-se um instrumento válido e confiável para auxiliar na avaliação dos profissionais de saúde acerca da sua atuação na prevenção de quedas em crianças no ambiente hospitalar.

Estudos adicionais podem transformar o instrumento em escala baseada em algoritmo de mensuração para complementar as conclusões sobre essa ferramenta de avaliação de desempenho profissional. Ademais, recomenda-se associar os instrumentos de avaliação de risco de queda como parte integrante de um programa

multidisciplinar de prevenção de quedas, a fim de orientar as intervenções e subsidiar o julgamento clínico da equipe de saúde.

Como limitação tem-se que embora o instrumento seja de avaliação do desempenho profissional para prevenção de quedas na pediatria, destinado à equipe multiprofissional de saúde, houve predomínio de enfermeiros tanto na validação do conteúdo como na avaliação das propriedades psicométricas do instrumento, devido à dificuldade de adesão dos profissionais médicos à pesquisa, demonstrado pela quantidade de instrumentos não devolvidos.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou a construção e a validação do instrumento de avaliação do desempenho profissional para prevenção de quedas na pediatria, distribuídos em quatro domínios, a saber: Domínio 1 - Avaliação e monitoramento; Domínio 2 - Orientações para paciente/família; Domínio 3 - Práticas diretas; Domínio 4 - Registro e notificação, com duas, três, seis e quatro ações, respectivamente, totalizando 15 ações, com cinco possíveis respostas: 1- Nunca, 2- Quase nunca, 3- Às vezes, 4- Quase sempre; e 5- Sempre.

Conclui-se que o instrumento é válido na avaliação do desempenho profissional para prevenção de quedas na pediatria, o qual poderá ser usado em ambientes de ensino, pesquisa, extensão e no cuidado clínico. Além disso, contribui com a literatura nacional acerca da temática na pediatria, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada e, conseqüentemente, a promoção da segurança da criança hospitalizada.

REFERÊNCIAS

ALSOWAILMI, B. A. *et al.* Prevalence of fall injuries and risk factors for fall among hospitalized children in a specialized children's hospital in Saudi Arabia. **Ann Saudi Med.**, [s.l.], v. 38, n. 3, p. 225-229, 2018. Maio/jun. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6074307/>. Acesso em: 5 mar. 2023.

BARBOSA, A. S. *et al.* Caracterização dos incidentes de quedas de pacientes adultos internados em um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, n. 40, e20180303, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/3QVcZQvQTFCbwF5bDJTT4px/?lang=pt#>. Acesso em: 9 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo prevenção de quedas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>. Acesso em: 15 fev. 2023.

DAMÁSIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 11, n. 2, p. 213-228, ago. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2023.

FEHRING, R. J. The Fehring model. *In*: CARROLL-JOHSON, P. **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations**. Philadelphia: JB Lippincott, 1994. p. 55-57.

GOMES, A. T. L. *et al.* Innovative methodologies to teach patient safety in undergraduate nursing: scoping review. **Aquichan.**, [s.l.], v. 20, n. 1, p. e2018, 2020. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/11575/5665>. Acesso em: 10 out. 2022.

GURGEL, S. S. *et al.* Nursing competences in the prevention of falls in children in light of the galway consensus. **Texto contexto -**

enferm., Florianópolis, v. 26, n. 4, p. e03140016, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tce/a/sCsRYH5tcTYNm7dMLLxjfdv/?lang=en>
n. Acesso em: 5 mar. 2023.

HADDAD, M. C. L.; ÉVORA, Y. D. M. Qualidade da assistência de enfermagem: a opinião do paciente internado em hospital universitário público. **Cienc. Cuid. Saude.**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 45-52, 2008. Disponível em:
<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6559/3875>. Acesso em: 10 dez. 2022.

HARVEY, K. *et al.* Exploring and evaluating five pediatric falls assessment instruments and injury risk indicators: an ambispective study in a tertiary care setting. **J. Nurs. Manag.**, Portland, v. 8, n. 5, p. 531-541, 2010. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2834.2010.01095.x> Acesso em: 05 mar. 2023.

HERNÁNDEZ-NIETO, R. A. **Contributions to statistical analysis.** Mérida: Universidad de Los Andes, 2002.

HILL-RODRIGUEZ, D. *et al.* The humpty dumpty falls scale: a case-control study. **J. Spec. Pediatr Nurs.**, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 22-32, 2009. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6155.2008.00166.x>. Acesso em: 10 out. 2022.

KHORGAMI, Z. *et al.* Ten-year trends in traumatic injury mechanisms and outcomes: a trauma registry analysis. **Am J Surg.**, [s.l.], v. 215, n. 4, p. 727-34, 2018. Disponível em:
[https://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610\(17\)31438-1/fulltext](https://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610(17)31438-1/fulltext). Acesso em: 5 mar. 2023.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

NAJAFPOUR, Z. *et al.* Risk factors for falls in hospital in-patients: a prospective nested case control study. **Int J Health Policy Manag.**,

[s.l.], v. 8, n. 5, p. 300-306, 2019. Disponível em:
http://www.ijhpm.com/article_3602_77525da61c20c6518d272437eff8b6ee.pdf Acesso em: 9 fev. 2023.

NEIMAN, J. *et al.* Development, implementation, and evaluation of a comprehensive fall risk program. **J Spec Pediatr Nurs.**, [s.l.], v. 16, n. 2, p. 130-139, abr. 2011. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1744-6155.2011.00277.x>. Acesso em: 5 mar. 2023.

PALLANT, J. **SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS**. 7. ed. Berkshire: Open University Press, 2020.

PARKER, C.; KELLAWAY, J.; STOCKTON, K. Analysis of falls within paediatric hospital and community healthcare settings. **J Pediatr Nurs.**, [s.l.], v. 50, p. 31-36, 2020. Disponível em:
[https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(19\)30365-3/fulltext](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(19)30365-3/fulltext). Acesso em: 10 out. 2022.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, [s.l.], v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Disponível em:
<http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2023.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 6. ed. Lisboa: Sílabo, 2014.

RAZMUS, I.; DAVIS, D. The epidemiology of falls in hospitalized children. **Pediatric Nursing**, [s.l.], v. 38, n. 1, p. 31-35, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22474856/> Acesso em: 3 mar. 2023.

SEIFFERT, L. S. *et al.* Indicators of effectiveness of nursing care in the dimension of patient safety. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 73, n. 3, p. 1-8, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/bH386JswdxYD7jBbWMtbFTQ/?lang=en> Acesso em: 06 nov. 2022.

STUBBS, K. E.; SIKES, L. Interdisciplinary approach to fall prevention in a high-risk inpatient pediatric population: quality improvement project. **Physical Therapy**., [s.l.], v. 97, n. 1, p. 97-104, 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/ptj/article/97/1/97/2896945>. Acesso em: 5 mar. 2022.

VEIGA, V. C. *et al.* Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 15-20, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6443312/>. Acesso em: 3 dez. 2022.

VIEIRA, G. L. C. *et al.* Falls among children and teenagers in hospitals: an integrative literature review. **Rev Enferm Cent-Oeste Min.**, Divinópolis, v. 19, n. 9, p. e2709, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsj.edu.br/recom/article/view/2709/2191>. Acesso em: 18 fev. 2023.

Associação entre os aspectos socioeconômicos e a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros em unidades de terapia intensiva Covid-19

4

Nívyá Carla de Oliveira Pereira Rolim¹

Ana Hélia de Lima Sardinha²

Poliana Pereira Costa Rabelo³

Vânia Pinheiro Ramos⁴

¹ Enfermeira, mestre em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

² Enfermeira, doutora em ciências pedagógicas, docente no PPGENF da UFMA.

³ Enfermeira, doutora em enfermagem em saúde pública, docente no PPGENF da UFMA.

⁴ Enfermeira, doutora em neuropsiquiatria e ciências do comportamento, docente no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

RESUMO

O trabalho do enfermeiro está inserido em vários contextos da saúde e tornou-se marcante no cenário ao qual foi exposto durante a pandemia da COVID-19. Nesse contexto, o profissional foi submetido a maiores riscos e a possíveis impactos em sua qualidade de vida no trabalho, principalmente os que trabalharam em unidades de terapia intensiva COVID-19. Diante disto, o estudo tem como objetivo investigar a associação entre os aspectos socioeconômicos e a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros em unidades de terapia intensiva para a assistência à COVID-19. Para tal foi realizado um estudo transversal com abordagem quantitativa, com 83 enfermeiros nas unidades de terapia intensiva de assistência à COVID-19 de hospitais públicos de São Luís, Maranhão. Utilizaram-se questionários de avaliação sociodemográfica e qualidade de vida no trabalho. Foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22 (2013), sendo que na análise da estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e numéricas (esferas e aspectos) foi efetivada uma estimativa de média e desvio padrão. Para avaliar da associação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais com a autoavaliação da qualidade de vida do trabalhador foi realizado o teste do Qui-Quadrado de independência (χ^2). Predominaram as mulheres (90,4%); entre 30 e 39 anos (47%); pardas (51,8%); solteiras (42,7%); com filhos (60,2%); católicas (47,6%); residiam com esposo ou companheiro (53%); imóvel próprio (67,1%); renda até 5 (cinco) salários-mínimos (SM) (41%); e desse grupo 51,8% possuíam uma especialização. A qualidade de vida no trabalho pode estar

positivamente associada com a faixa etária (98,5%); e tipo de imóvel (46,2%). Portanto, pode-se considerar que fatores prévios à pandemia do COVID-19 influenciaram a percepção que os enfermeiros tiveram sobre a qualidade de vida no trabalho.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida. Unidades de Terapia Intensiva. Enfermeiros. COVID-19. Coronavírus.

1 INTRODUÇÃO

A COVID-19, sigla para *coronavirus disease 2019*, é uma doença causada pela infecção do vírus Corona, recém-descoberto, relatado pela primeira vez em 12 de dezembro de 2019, em Wuhan (WANG; TANG; WEI, 2020; ZHOU *et al.*, 2020). Estudado por vários pesquisadores, os quais foram levados a várias hipóteses acerca de sua origem, é relatado por alguns como clone de vírus beta-Corona, associado à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) humana e à Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) (ZHOU *et al.*, 2020). O vírus foi associado ao contato com um mercado de frutos do mar, onde eram vendidos animais de forma ilegal, incluindo aves, morcegos, marmotas e cobras em Wuhan (WANG; TANG; WEI, 2020) e, apesar da hipótese de esses animais serem os possíveis reservatórios naturais desse vírus, ainda não existe uma confirmação oficial para sua origem.

Devido à disseminação desse patógeno, a sociedade viveu momentos de preocupação relacionados à evolução da doença denominada popularmente de COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*),

que de forma acelerada em pouco tempo se espalhou por todos os continentes.

Percebe-se, contudo, que com a referida pandemia ocorreram mudanças no ritmo e na forma do cuidado oferecido pelos enfermeiros, tendo em vista os riscos subjacentes ao contato dos profissionais com esses pacientes. Para Salbego *et al.* (2015), fatores de risco são características ou circunstâncias cuja presença está associada a um aumento da probabilidade de que o dano venha a ocorrer, sem prejudicar se o fator em questão é ou não uma das causas do dano.

Entende-se cuidado como uma ação subjetiva, compreendida universalmente, definido em cada meio de maneira diversificada, refletindo os valores e as práticas socioculturais específicas de determinado grupo social, e não meramente a execução de procedimentos e técnicas ou como ofício de uma profissão (SALBEGO *et al.*, 2015). Também pode ser considerado como significados e sentidos voltados para a compreensão em saúde, como o direito do indivíduo, conforme afirmam Pedrosa e Polejack (2016).

No entanto, para desenvolver essa assistência ao ser humano, visando a englobar suas dimensões, é necessário um cuidado singular, autônomo e multidimensional. As relações e interações necessitam ocorrer por meio do diálogo, da flexibilidade, da horizontalidade, da criatividade e da dinamicidade entre os seres humanos (RANGEL *et al.*, 2017).

Convém mencionar o quantitativo de profissionais de enfermagem, pois segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em 2020 constavam 2.380.152 profissionais infectados,

sendo 581.100 enfermeiros. Destes, 14.973 estão no estado do Maranhão (COFEN, 2020).

A enfermagem em toda a sua equipe desempenhou um papel fundamental na prestação de cuidados durante a pandemia. Esses profissionais compõem o maior grupo da área de saúde no Brasil, conforme já mencionado, e em todo o mundo já se registra mais de 20 milhões de trabalhadores (SOUSA *et al.*, 2020).

Apesar de esses dados apontarem um grande quantitativo, esses profissionais não alcançam a visibilidade e importância referente à sua essencialidade, posto que é a única profissão da área da saúde que ainda não possui jornada de trabalho definida regulamentada em lei nacional (PEREIRA *et al.*, 2020).

Com a elevação na demanda de casos de COVID-19, o trabalho do enfermeiro envolvido nos cuidados a esses pacientes foi intensificado tanto no grau de complexidade quanto em sua jornada de trabalho (MATOS *et al.*, 2020; ALVES; FERREIRA, 2020). Neste sentido, o presente estudo visa investigar a associação entre os aspectos socioeconômicos e a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros em unidades de terapia intensiva COVID-19.

O estudo poderá contribuir para uma reflexão sobre a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros que cuidaram de pacientes com COVID-19 em unidades de terapia intensiva, proporcionando melhorias nas estratégias de atendimento a esses profissionais, bem como a toda a equipe.

2 MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado de maio a agosto de 2021, nas unidades de terapia intensiva COVID-19 de 2 (dois) hospitais da rede pública da Região Nordeste do Brasil, referência no atendimento aos pacientes de COVID-19.

Incluíram-se os enfermeiros que atuaram no atendimento direto aos pacientes com diagnóstico de COVID-19 em unidades de terapia intensiva e com disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. Foram excluídos do estudo os enfermeiros afastados no período da coleta. Desta forma, dos 95 enfermeiros que atuavam nas unidades de terapia intensiva COVID-19, 83 foram elegíveis. A seleção dos participantes se deu por amostragem não probabilística, do tipo conveniência.

Para a coleta de dados foram aplicados 2 (dois) instrumentos de autopreenchimento, sendo o primeiro um questionário sociodemográfico de autoria dos pesquisadores. O segundo instrumento utilizado foi uma escala do tipo questionário estruturado, o *Total Quality of Work Life* (TQWL-42), para a coleta de dados sobre a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

A entrevista foi realizada em uma sala reservada nas próprias unidades de terapia intensiva, em todos os turnos de trabalho, sendo informados sobre o estudo e solicitada a participação voluntária. Cada participante foi entrevistado em uma média de 20 a 30 minutos. As respostas foram registradas nos questionários impressos, sendo os participantes abordados pela própria pesquisadora.

O TQWL-42 foi construído e validado por Pedroso *et al.* (2014), para quantificação da QVT em diferentes populações. O sufixo 42 (quarenta e dois) significa o número de questões relacionadas à qualidade de vida no trabalho do instrumento.

O questionário é formado a partir dos domínios da QVT, sendo estes agrupados aos pares por apresentarem proximidade entre si, dando origem às esferas: Esfera 1 - Biológica/Fisiológica; Esfera 2 - Psicológica/Comportamental; Esfera 3 - Sociológica/Relacional; Esfera 4 - Econômica/Política; e Esfera 5 - Ambiental/Organizacional. Tais esferas são compostas por ramificações (subesferas) denominadas aspectos, dentro dos quais foram agrupadas as questões. Cada esfera é formada por quatro aspectos que, por sua vez, possuem duas questões, totalizando 40 (quarenta) questões, acrescidas de duas questões que abordam a autoavaliação da qualidade de vida no trabalho (PEDROSO *et al.*, 2014).

Na esfera biológica/fisiológica os aspectos são: disposição física e mental; capacidade de trabalho; serviços de saúde e assistência social; e tempo de repouso. A esfera psicológica/comportamental possui os seguintes aspectos: autoestima; significância da tarefa; feedback; e desenvolvimento pessoal e profissional. Na esfera sociológica/relacional os aspectos são: liberdade de expressão; relações interpessoais; autonomia; e tempo de lazer. Na esfera econômica/política os aspectos são: recursos financeiros; benefícios extras; jornada de trabalho; e segurança de emprego. Por fim, ambiental/organizacional os aspectos são: condições de trabalho; oportunidade de crescimento; variedade da tarefa; e identidade da tarefa (PEDROSO *et al.*, 2014).

O escore para cada domínio pode ser transformado em uma escala do tipo *Likert*, que pode variar entre 1 e 5, sendo 1 o pior, e 5 o melhor resultado. Esses extremos representam 0% e 100%, respectivamente, conforme mostra a Figura 1. A qualidade de vida no trabalho é classificada como: Totalmente insatisfatória (0% a 25%); Insatisfatória (25% a 50%); Satisfatória (50% a 75%); Totalmente satisfatória (75% a 100%); (PEDROSO *et al.*, 2014).

Todos os dados foram analisados por meio do uso do programa estatístico *IBM SPSS Statistics 22* (2013). Inicialmente, para se obter um perfil da amostra analisada, foi realizada a análise da estatística descritiva das variáveis sociodemográficas. Das variáveis numéricas (esferas e aspectos) foi efetivada uma estimativa de média e desvio-padrão.

Para a avaliação da associação das variáveis sociodemográficas com a autoavaliação da qualidade de vida do trabalhador foi realizado o teste do Qui-Quadrado de independência (χ^2). O nível de significância para rejeitar a hipótese de nulidade utilizado foi de 5%, ou seja, considerou-se como estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão, e obteve aprovação por meio do Parecer nº 4.300.215, e obedeceu às normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (2013), que faz referência aos estudos envolvendo seres humanos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de participantes no estudo foi 83 (oitenta e três) enfermeiros de unidades de terapia intensiva de dois hospitais de São Luís, Maranhão: o Hospital Dr. Carlos Macieira e o Hospital de Cuidados Intensivos. Observa-se na Tabela 1 que a maioria dos profissionais que participaram deste estudo são do sexo feminino (90,4%), o que demonstra a prevalência de mulheres nessa profissão. Soares *et al.* (2021) observaram também um alto quantitativo (68,8%), sendo a maior parte na faixa etária de 30 a 39 anos (47%).

No que diz respeito ao estado civil, a amostra configurou-se de 35 indivíduos solteiros; 27 casados ou vivendo em união estável; 1 viúvo; e 7 separados ou divorciados. Entre os entrevistados, 60,2% possuíam filhos. Quanto à religião, grande parte citou a católica (47,6%).

Em relação à moradia, a maioria residia com a esposa ou companheiro (53%); e em imóvel próprio (67,1%). Estudo realizado em Minas Gerais que analisava as condições de vida, saúde e trabalho de profissionais de enfermagem frente à pandemia do COVID-19, identificou um percentual semelhante a este, com 74,1% (PASSOS *et al.*, 2022). A maior parte declarou uma renda variando de 3 (três) a 5 (cinco) salários-mínimos (SM) (41%); e desse grupo 51,8% possuíam uma especialização; e 2,4% com mestrado. Os demais eram apenas graduados. Em estudo semelhante sobre qualidade de vida no trabalho foi observado o mesmo perfil (CALIARI *et al.*, 2021).

Foi encontrada uma associação significativa ($p < 0,05$) da autoavaliação da qualidade de vida do trabalhador com as variáveis

faixa etária e tipo de imóvel. Observa-se que os indivíduos mais velhos, com 40 anos de idade ou mais, classificaram a sua qualidade de vida melhor do que as demais faixas etárias (98,5%). Também que aqueles que vivem de aluguel identificaram a sua qualidade de vida como pior do que aqueles que residem em imóvel próprio ou financiado (12,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Teste de Qui-Quadrado de independência. São Luís - MA, Brasil, 2021

Variável independente		Como você avalia a sua qualidade de vida no trabalho?										χ^2	P
		Muito ruim		Ruim		Nem ruim, nem boa		Boa		Muito boa			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sexo	Masculino	0	0	2	25	3	37,5	3	37,5	0	0,0	2,13	0,712
	Feminino	4	5,3	10	13,3	19	25,3	39	52,0	3	4,0		
Faixa etária	< 30	1	5,6	2	11,1	5	27,8	10	55,6	0	0,0	44,09	0,000
	30-39	1	2,6	8	20,5	14	35,9	16	41,0	0	0,0		
	40-49	2	8,7	2	8,7	3	13,0	15	65,2	1	4,3		
	> 49	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7		
Raça/Cor	Preta	0	0,0	1	7,7	4	30,8	8	61,5	0	0,0	9,27	0,680
	Branca	1	4,3	5	21,7	3	13,0	13	56,5	1	4,3		
	Amarela	0	0,0	1	25,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0		
	Parda	3	7,0	5	11,6	15	34,9	18	41,9	2	4,7		

Estado civil	Casado	3	11,1	3	11,1	7	25,9	13	48,1	1	3,7	11,3	0,503
	União estável	1	8,3	3	25,0	3	25,0	5	41,7	0	0,0		
	Solteiro	0	0,0	6	16,7	11	30,6	18	50,0	1	2,8		
	Viúvo/ Divorciado	0	0,0	0	0,0	1	12,5	6	75,0	1	12,5		
Possui filhos/ dependentes	Sim	2	4,0	6	12,0	11	22,0	29	58,0	2	4,0	3,08	0,545
	Não	2	6,1	6	18,2	11	33,3	13	39,4	1	3,0		
Religião	Não	1	11,1	2	22,2	2	22,2	4	44,4	0	0,0	16,59	0,413
	Católica	0	0,0	8	20,5	8	20,5	20	51,3	3	7,7		
	Evangélica	2	6,7	2	6,7	9	30,0	17	56,7	0	0,0		
	Espírita	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0		
	Outras	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0		
Reside com	Esposa	4	9,1	7	15,9	9	20,5	23	52,3	1	2,3	16,05	0,450
	Pais	0	0,0	1	5,3	7	36,8	11	57,9	0	0,0		
	Amigos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0		
	Sozinho	0	0,0	2	20,0	5	50,0	2	20,0	1	10,0		

	Outros	0	0,0	2	22,2	1	11,1	5	55,6	1	11,1		
Tipo de imóvel	Próprio	3	5,5	4	7,3	16	29,1	31	56,4	1	1,8		
	Financiado	1	7,1	2	14,3	2	14,3	7	50,0	2	14,3	20,32	0,009
	Alugado	0	0,0	6	46,2	4	30,8	3	23,1	0	0,0		
Renda mensal (SM)	1 a 2	1	3,4	4	13,8	8	27,6	16	55,2	0	0,0		
	2 a 3	0	0,0	0	0,0	3	27,3	7	63,6	1	9,1		
	3 a 5	3	8,8	6	17,6	7	20,6	18	52,9	0	0,0	25,54	0,061
	5 a 10	0	0,0	2	28,6	2	28,6	1	14,3	2	28,6		
	10 a 20	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0		
Titulação	Graduação	1	2,6	1	2,6	10	26,3	25	65,8	1	2,6		
	Especialização	3	7,0	10	23,3	11	25,6	17	39,5	2	4,7	13,13	0,101
	Mestrado	0	0,0	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0		

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Sobre a autoavaliação da qualidade de vida, as variáveis que apresentaram uma associação significativa com as variáveis independentes foram a faixa etária e o tipo de imóvel. Quanto à faixa etária, os indivíduos com mais de 49 anos consideraram sua qualidade de vida muito boa, percepção possível talvez porque oriunda das condições vivenciadas por esses indivíduos, por estarem com sua carreira consolidada ou conformados com o grau de estabilidade em que se encontram. Estudo realizado por Garbin *et al.* (2019) evidenciou o alto nível de satisfação desses profissionais em decorrência da idade.

Já na associação entre a variável tipo de imóvel, também uma condição significativa, pode estar relacionada à baixa renda familiar ou ao início de carreira, permitindo a esse indivíduo poucas possibilidades de arcar com a compra ou financiamento de um imóvel, reduzindo assim a sua avaliação da qualidade de vida no trabalho. As condições de moradia, segundo alguns autores, são um aspecto que interfere na avaliação da qualidade de vida e estão diretamente relacionadas ao salário (SOARES *et al.*, 2021).

Os outros itens, apesar de não apresentarem uma associação significativa com a autoavaliação da qualidade de vida no trabalho, podem influenciar negativa ou positivamente a QVT, pois é sabido que profissionais com melhores graus de instrução possuem uma avaliação positiva, enquanto profissionais de baixa escolaridade avaliam negativamente a QVT, ou seja, a consideram insatisfatória (CALIARI *et al.*, 2021). Considerando o grau de instrução como maior possibilidade de desenvolvimento na carreira desses profissionais, Fonsêca *et al.* (2021) afirmam que tal condição favorece uma maior segurança na manutenção de seu emprego, principalmente devido à

posse de maiores quantidades de informação, maior conhecimento de medidas de prevenção e controle, além de melhores respostas e atitudes em relação à COVID-19 (SUANO *et al.*, 2022). Com isso pode-se entender que um profissional com menor escolaridade irá procurar outro emprego a fim de conseguir mais segurança, porém o aumento da jornada de trabalho reduz a QVT (LIMA; SILVA; MEDEIROS, 2022), além de ser um determinante importante sobre as situações de doença e saúde dos indivíduos (SILVA *et al.*, 2023).

O trabalho do enfermeiro é fundamental, principalmente nos momentos críticos aos quais esses profissionais foram submetidos, visto que os riscos e as situações às quais são expostos em sua rotina foram potencializadas com a pandemia da COVID-19.

Diante do que foi exposto no resultado é importante salientar como limitação que este estudo foi obtido em meio a uma pandemia, portanto a comparação deve ser feita apenas em momentos críticos, considerando tudo o que está envolvido, incluindo o tipo de serviço em que os profissionais estão inseridos. A generalização, se houver, deve ser cautelosa. Ainda é importante citar a área de atuação desses profissionais, além do fato de um número considerável não ter sido treinado para o atendimento a esses pacientes. A pandemia teve origem sem qualquer conhecimento sobre tal doença e se desenvolveu em uma velocidade muito alta. Talvez em outro cenário esses resultados fossem diferentes.

Como estratégia de melhoria sugere-se o desenvolvimento de redes de informações que possam oferecer mais segurança aos profissionais quanto às decisões procedentes dos principais órgãos de saúde nacionais e mundiais; estratégias para uma educação continuada

pronta, apropriada e preparada para atuar em momentos específicos; fácil acesso a uma rede de apoio psicológico, com monitoramento contínuo da saúde mental da equipe de enfermagem de um modo geral, capaz de reduzir efeitos negativos na saúde desses profissionais, os quais poderão atuar de forma eficaz, com toda a sua potencialidade.

Dessa forma, com os dados desta pesquisa os profissionais têm a possibilidade de tomar consciência da realidade evidenciada em um momento específico, mas que reflete a situação atual. Com isso é possível desenvolver estratégias que possam ser adotadas no processo de trabalho tendo em vista a qualidade de vida no trabalho favorável, contribuindo ainda para a qualidade da assistência prestada.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que o objetivo proposto foi alcançado, pois foi possível identificar as características socioeconômicas dos enfermeiros que trabalharam em unidades de terapia intensiva COVID-19. Identificaram-se as esferas e aspectos da qualidade de vida no trabalho desses profissionais e verificou-se haver alguma associação entre os aspectos sociodemográficos e a qualidade de vida no trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. C. R.; FERREIRA, M. B. Covid-19: Reflexão da atuação do enfermeiro no combate ao desconhecido. **Enferm. Foco**, Brasília, DF, v. 11, n. 1, p. 74-77, 2020. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/covid-19-reflexao-atuacao-enfermeiro/>. Acesso em: 18 nov. 2020.
- CALIARI, J. S. *et al.* Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 75, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1382>. Acesso em: 26 set. 2021.
- COFEN. **Enfermagem em números**: quantitativo de profissionais por regional. Brasília, DF: COFEN, 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 6 abr. 2023.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 6 abr. 2023.
- FONSÊCA, C. R. P. *et al.* Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem: reflexão sobre os impactos da COVID-19. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 11, 2021. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/3886>. Acesso em: 6 abr. 2023.
- GARBIN, K. *et al.* A idade como diferencial no engagement dos profissionais de enfermagem. **Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações**, Brasília, DF, v. 35, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/yPbFbjDqvbQCHPn87P4fNDy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2023.
- LIMA, M. F. M.; SILVA P. S. F.; MEDEIROS, G. G. A enfermagem diante do enfrentamento da pandemia da covid-19 e a qualidade de

vida no trabalho. **REVISIA**, Valparaíso de Goiás, v. 11, n. 1, 16-25, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11n1.p16a25>. Acesso em: 6 abr. 2023.

MATOS, R. A. C. *et al.* Wellbeing at Work before and during the SARS-COV-2 Pandemic: A Brazilian Nationwide Study among Dietitians. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, [s.l.], v. 17, n. 15, p. 5541, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32751853/>. Acesso em: 18 nov. 2020.

PASSOS, H. R. *et al.* Condições de vida, saúde e trabalho de profissionais de enfermagem frente à pandemia de COVID-19. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 48, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/37535>. Acesso em: 6 abr. 2023.

PEDROSA, N. T.; POLEJACK, L. Cuidado e autocuidado em oncologia: significados para profissionais e usuários. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, São Bernardo do Campo, v. 24, n. 2, p. 1-10, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/6402/5475>. Acesso em: 2 dez. 2020.

PEDROSO, B. *et al.* Construção e validação do TQWL-42: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. **Revista de Salud Publica**, Bogotá, v. 16, n. 6, p. 885-896, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n6.30224>. Acesso em: 19 jun. 2023.

PEREIRA, M. S. *et al.* Opinião: É possível pensar em qualidade de vida no trabalho da enfermagem em tempos de coronavírus? **Enfermagem UFMG**, Santa Efigênia de Minas, 2020. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/index.php/noticias/1753-opinioe-possivel-pensar-em-qualidade-de-vida-no-trabalho-da-enfermagem-em-tempos-de-coronavirus>. Acesso em: 19 jun. 2023.

PINHEIRO, J. M. G. *et al.* Qualidade de vida, sintomas depressivos e psiquiátricos menores em estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 1, 2020.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/Pm5tvWXvptLhM3vRVLN6RkK/?lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2023.

RANGEL, R. F. *et al.* Cuidado integral: significados para docentes e discentes de enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 18, n. 1, p. 43-50, 2017. Disponível em:

<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/18866>.

Acesso em: 19 jun. 2023.

SALBEGO, C. *et al.* Significado do cuidado para enfermagem de centro cirúrgico. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 46-53, jan./fev. 2015. Disponível em:

<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2662>. Acesso em: 2 dez. 2020.

SILVA, L. S. *et al.* Contextos de saúde e trabalho de profissionais de enfermagem em tempos de pandemia de COVID-19. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 44, jun. 2023. Disponível em:

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682023000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 abr. 2023.

SOARES, D. *et al.* Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva no Centro-Oeste Goiano. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica de Ceres**, Ceres, v. 10, n. 1, 2021. Disponível em:

<http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/refacer/article/view/5886>. Acesso em: 6 abr. 2023.

SOUSA, A. R. *et al.* Reflexões sobre o processo de enfermagem no trabalho de enfermeiras frente à pandemia da covid-19. **Enferm. Foco**, Brasília, DF, v. 11, n. 1, p. 62-67, 2020. Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3501/804>. Acesso em: 6 abr. 2023.

SUANO, L. A. H. *et al.* Qualidade de vida dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 5, e9211527727, 2022. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/27727/24510/325837>. 6 jun. 2023.

WANG, W.; TANG, J.; WEI, F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. **Journal of Medical Virology**, [s.l.], v. 92, n. 4, p. 441-447, 2020.

Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.25689>. Acesso em: 26 ago. 2021.

ZHOU, P. *et al.* A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. 2020. **Nature**, [s.l.], v. 579, p. 270-273, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2012-7>. Acesso em: 26 ago. 2021.

Modificações da gravidez e adaptação da mulher à luz da teoria de Callista Roy¹

5

Kaliny Mendes Melo²

Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias³

Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa⁴

Claudio,nete Abreu Costa⁵

Ana Paula Araújo Muniz⁶

Lena Maria Barros Fonseca⁷

¹ Capítulo fruto da dissertação intitulada “O Processo de adaptação da mulher às modificações da gestação à luz da Teoria de Callista Roy”, de autoria de Kaliny Mendes Melo, sob orientação da professora doutora Lena Maria Barros Fonseca, defendida em 28 de fevereiro de 2018, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Link de acesso: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/2348>

² Enfermeira, mestre em enfermagem pelo PPGENF da UFMA, enfermeira assistencial do Hospital UDI em São Luís-MA, Brasil.

³ Enfermeira, doutora em políticas públicas, docente do Departamento de Enfermagem, UFMA, São Luís - MA, Brasil.

⁴ Enfermeira, doutora em biotecnologia, docente do PPGENF da UFMA, São Luís-MA, Brasil.

⁵ Enfermeira, graduada pela UFMA, cursando mestrado pelo PPGENF da UFMA, servidora da Secretaria de Saúde do município de São José de Ribamar-MA, Brasil.

⁶ Enfermeira, bolsista voluntária de iniciação científica e bolsista da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), recém-graduada pela UFMA, São Luís-MA, Brasil.

⁷ Enfermeira, doutora em biotecnologia, docente do PPGENF da UFMA, São Luís-MA, Brasil.

RESUMO

Introdução: A gravidez é um evento que envolve modificações físicas e alterações psicológicas na mulher. O apoio dos profissionais de saúde é necessário à gestante e à família no processo de adaptação às modificações. **Objetivo:** Compreender o processo de adaptação da mulher às modificações da gravidez durante o pré-natal. **Método:** Estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica, estruturada pela Teoria de Adaptação de Callista Roy. Participaram 17 gestantes no terceiro trimestre de gravidez que realizavam pré-natal em unidades básicas de saúde do município de São Luís, estado do Maranhão. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, as informações foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo temática-categorial. **Resultados e Discussões:** Emergiram cinco categorias temáticas: O processo fisiológico da adaptação; Desempenho de um novo papel; Relações interpessoais promotoras da adaptação; O papel do enfermeiro na adaptação da gestante; Suporte ineficiente dos profissionais da saúde na adaptação. O suporte social destacou-se como um fator importante para auxiliar o processo adaptativo das mulheres às modificações da gravidez. **Conclusão:** As mulheres encontraram dificuldades de se adaptarem às modificações da gravidez, com ênfase nos aspectos nutricional, postural, instabilidade emocional e relacionado ao sono, associado à carência de educação em saúde no pré-natal. As relações interpessoais e os estímulos promotores de adaptação durante a consulta de enfermagem no pré-natal foram identificadas como importantes auxílio no processo adaptativo. O desenvolvimento de atividades educativas,

principalmente em grupo, e as atitudes acolhedoras dos profissionais de saúde se revelaram como medidas eficazes para a redução de experiências negativas e para viabilizar o processo adaptativo.

Palavras-Chave: Adaptação. Cuidado Pré-Natal. Gravidez. Teoria de Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um evento que envolve modificações físicas e alterações psicológicas na mulher. Essas modificações podem motivar crises e afetar profundamente o seu cotidiano, da família e do seu parceiro, podendo causar desequilíbrio na vida da mulher e no relacionamento conjugal (ALVES; BEZERRA, 2020).

As modificações fisiológicas inerentes à gravidez podem causar mudanças variadas no corpo feminino, como o aumento das mamas, compressão da bexiga com consequente aumento da frequência urinária, manchas na pele pelo aumento da melanina, aumento do volume uterino com a evolução da gravidez, estrias, mudança no aspecto do cabelo, edemas principalmente nas pernas, tornozelos e pés, entre outras. Todas essas mudanças podem influenciar na percepção corporal da mulher, levando a respostas variadas no seu comportamento (ALVES; BEZERRA, 2020).

Uma das alterações mais comuns, o aumento do peso corporal, pode influenciar na autopercepção da imagem corporal implicando a baixa autoestima e contribuindo para gerar experiências negativas em muitas mulheres (BARBOSA *et al.*, 2022). Os reflexos

também podem aparecer no pós-parto, quando algumas mulheres demonstram insatisfação com a sua imagem, e até mesmo aquelas que alegam estar satisfeitas gostariam de mudar alguma parte do corpo. Assim, justifica-se a importância de profissionais de saúde qualificados e sensíveis que busquem compreender e orientar as alterações físicas e emocionais na gestação de forma a promover a adaptação da mulher a tais mudanças (BARDIN, 2016).

A adaptação da mulher às modificações pode ser influenciada pelo seu bem-estar psicossocial, da sua família e da sociedade em que ela vive. A implementação de ações de promoção de saúde da gestante poderá favorecer o processo de adaptação e ser capaz de refletir no presente e no futuro da mãe e do conceito (BRAGA *et al.*, 2020).

Para fundamentar as medidas de enfrentamento das gestantes às modificações impostas pela gravidez, optou-se pelo Modelo Teórico de Adaptação de Callista Roy (BRANDÃO *et al.*, 2017; BRASIL, 2021), que considera a pessoa como um ser adaptativo e holístico, receptor do cuidado prestado. A gestante, neste sentido, seria como um sistema no qual as entradas são caracterizadas como os estímulos, as saídas como respostas, e os processos de controle como mecanismos de enfrentamento, a fim de ofertar respostas aos estímulos existentes.

Nessa perspectiva, este estudo ajusta-se com a ciência da enfermagem, que se relaciona com o conhecimento básico de adaptação das pessoas para compreendê-las em situações de saúde e de doença, portanto, deve promover a adaptação dos indivíduos e

grupos nos modos adaptativos, contribuindo para a saúde e qualidade de vida (CAMPAGNOLI; SILVA; RESENDE, 2019).

Atendendo à pertinência da temática na atualidade para a assistência pré-natal de qualidade, este estudo emerge da seguinte questão norteadora: Como a mulher tem vivenciado o processo de adaptação às modificações físicas e psicológicas da gravidez?

O estudo tem como objetivo compreender o processo de adaptação da mulher às modificações da gravidez.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na Teoria de Adaptação de Callista Roy. Foi desenvolvido de acordo com os critérios preconizados pelo Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ) para pesquisa qualitativa.

Os quatro principais conceitos do modelo de adaptação são: a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem, os quais são continuamente inter-relacionados através dos estímulos originados do meio ambiente e internamente, gerando resposta adaptativa ou não adaptativa e permitindo que a pessoa decida aumentar ou diminuir os esforços para lidar com os estímulos (BRANDÃO *et al.*, 2017; BRASIL, 2021).

Pessoa é um sistema holístico adaptável, sustentado por quatro elementos: o estímulo (pode se originar externamente ou internamente); o mecanismo de enfrentamento (mecanismo de resistência, controle ou *coping*); modos adaptativos (físico ou fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência); e as

respostas (adaptativas e inefetivas). (BRANDÃO *et al.*, 2017; BRASIL, 2021).

O estudo foi realizado em unidades de atenção básica de um distrito sanitário de São Luís-MA. As participantes foram selecionadas de acordo com uma amostragem intencional que atendeu aos critérios de inclusão: gestantes com 30 semanas ou mais de gravidez, de qualquer idade e que portavam a caderneta da gestante. O número de participantes foi definido pela saturação da informação, totalizando 17 gestantes (CHOU; KUO; WANG, 2008; COELHO; MENDES, 2011).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, utilizando-se um roteiro com questões referentes ao perfil socioeconômico, história obstétrica e questões norteadoras relacionadas às modificações da gravidez, ao papel de mãe e ao apoio recebido durante o pré-natal, previamente testados. A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2018, por uma mestranda. Após breve apresentação, as gestantes eram convidadas a participar da pesquisa e ao concordarem a entrevista ocorria em ambiente privativo no próprio ambulatório, de acordo com a disponibilidade da participante. O tempo de entrevista variou de acordo com a narrativa de cada entrevistada, com duração média de 30 (trinta) minutos. Considerando-se a importância do papel educativo do enfermeiro pesquisador, os momentos finais foram oportunizados para enfatizar a importância do cuidado na realização do pré-natal para garantir a saúde da mãe e do bebê. Visando à fidedignidade, as entrevistas foram gravadas em aparelho smartphone, e para manter o anonimato as participantes foram identificadas por pseudônimos de flores.

O conteúdo dos depoimentos foi transcrito e agrupado em núcleos de sentido por meio da análise de conteúdo do tipo análise temática (DUARTE; MEUCCI; CESAR, 2018), que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter fundamentos para a dedução de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. A análise de conteúdo difere em três fases: 1ª etapa, pré-análise, que consiste na organização do material e definição do campo que se deseja centrar; a 2ª etapa compreende aprofundamento, investigando quesitos em comum e divergentes; a 3ª etapa consiste no tratamento dos dados.

Feita a pré-análise, foi realizada a exploração das narrativas e tratamento de resultados e, por fim, as inferências e interpretações sustentadas pela teoria da adaptação, utilizando-se os modos adaptativos descritos pela teórica (exceto o modo autoconceito), assim como a meta da enfermagem, segundo a autora, para constituir as categorias temáticas.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob o Parecer nº 1.999.550.

3 RESULTADOS

A idade das participantes variou entre 16 e 32 anos; a maioria (13) tinha companheiro; quanto à raça/cor referida, 13 eram pardas; 11 recebiam entre 1 e 2 salários-mínimos; 14 tinham o ensino médio completo; 12 eram do lar. Com relação às características obstétricas, 9

não eram primigestas; destas, 6 tiveram parto normal, 1 cesariano e 2 tiveram aborto.

A partir da análise tendo como foco o modo fisiológico, foram identificadas as palavras associadas às modificações do corpo referidas pelas gestantes, baseadas na tipologia de problemas de adaptação segundo o modo fisiológico de Callista Roy (FAGUNDES, 2019).

Quadro 1 – Tipologia de problemas de adaptação segundo as gestantes entrevistadas em uma unidade de atenção básica. São Luís - 2018

Modo Fisiológico	
Tipologia de problemas comuns de adaptação à gravidez	
<i>Nutrição</i>	<i>Atividade e repouso</i>
Nutrição maior ou menor do que as necessidades do organismo; náuseas e vômitos.	Intolerância à atividade Fadiga Privação do sono.
<i>Proteção</i>	<i>Função endócrina</i>
Potencial para enfrentamento ineficiente das modificações do estado imunológico; regulação da temperatura inefetiva.	Estresse Ansiedade Instabilidade do humor.
<i>Fluidos e eletrólitos</i>	<i>Eliminação</i>
Edema	Urgência urinária
<i>Sentidos</i>	
Dor aguda	-

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Com relação à **nutrição**, os comportamentos respostas mais verbalizados pelas gestantes se referiram a náuseas e vômitos, ingesta maior de alimentos que a necessidade corporal; a **atividade e repouso**

foram a fadiga e a privação do sono; **fluidos e eletrólitos, sentidos, eliminação** destacaram-se: edema, dor aguda e urgência urinária. Na função **endócrina** o foco foi o estresse e a instabilidade de humor. Na **proteção** foi destacada a regulação da temperatura inefetiva.

Nas entrevistas foram identificados depoimentos relacionados a adaptação às modificações da gravidez que contribuíram para a formação dos núcleos de sentidos e a organização das seguintes categorias: *O processo fisiológico da adaptação; Desempenho de um novo papel; Relações interpessoais promotoras da adaptação; O papel do enfermeiro na adaptação da gestante; Suporte ineficiente dos profissionais da saúde na adaptação.*

3.1 O processo fisiológico da adaptação

As gestantes destacaram muitas mudanças fisiológicas, trazendo alterações de comportamento e desconforto com as modificações corporais, do sono, disposição no cotidiano e instabilidade emocional, conforme as falas seguintes:

Eu era magrinha, com a gravidez o corpo foi crescendo, mudou meu corpo e as roupas também, é muito estranho, muito mesmo (**Cravo**).

[...] sinto bastante enjoo, tenho azia, que incomoda demais, aí como muito pouco (**Gloriosa**).

Só o cansaço que aumentou, eu fiquei bastante cansada. Tenho que parar para descansar [...] meus pés e minhas mãos incharam bastante (**Camélia**).

Eu durmo pouco, porque se deito de lado o neném mexe muito, se viro do lado direito dói, essa parte é muito difícil, me viro de vários jeitos (**Violeta**).

[...] toda hora tenho que levantar para fazer xixi, essa aí é uma das piores alterações. Sinto muito a dor de cabeça e nas costas [...] (**Margarida**).

[...] até a minha temperatura mudou, eu sinto muito calor, isso me incomoda, tenho que tomar muitos banhos. Penso em nunca mais engravidar (**Amor-Perfeito**).

Agora no final da gravidez eu estou muito estressada, me estresso por besteira. Tô tentando me acalmar (**Girassol**).

Qualquer coisa eu choro, brigo, sinto raiva também, bastante. Tô melhorando (**Jasmim**).

3.2 Desempenho de um novo papel

Na perspectiva da gravidez, esse modo diz respeito à construção da maternidade, assim como o manejo sincrônico com os demais papéis exercidos pela mulher na sociedade. As gestantes relataram sentimentos de felicidade em desempenhar o novo papel de mãe, o que reflete na constituição efetiva da parentalidade. Nessa categoria outros sentimentos foram aflorados, como medo, surpresa e desespero, como mostram as falas:

Ah com a gravidez eu me sinto feliz! Vem mais uma pessoinha na minha vida ‘pra’ mudar. Eu acho que ele vem ‘pra’ fazer a gente bem mais feliz (**Amor-Perfeito**).

Ah, a gravidez me dá muitos medos... de não desempenhar bem o papel de cuidar bem da criança, essas coisas (**Rosa**).

Chorei muito! Achei que minha vida tinha acabado [...] no começo, o pai não me quis mais, eu chorava dia e noite. [...] porque ele me fazia muita falta, mas agora eu percebi que 'pra' mim não faz tanta falta mais (**Cravo**).

Foi muito difícil, era uma coisa que a gente não estava esperando. Mas aí com muita luta, aos poucos, não de minha parte, entendeu? Do meu companheiro, ele foi aceitando [...] a gente passou muita coisa, mas Deus é Deus (**Orquídea**).

3.3 Relações interpessoais promotoras da adaptação

O modo de interdependência como proposto na Teoria de Roy considera como foco de atenção as relações entre as pessoas, tanto como indivíduo quanto como membro de um grupo, sendo definido como relações estreitas entre as pessoas. Nas falas das gestantes observa-se a importância dada ao apoio dispensado pelos familiares, companheiros e amigos.

Fase complicada de muita coisa 'pra' resolver, orçamento lá embaixo. O apoio de minhas irmãs, amigos e de todos que disseram que ia dar tudo certo! E está dando, está melhor, graças a Deus (**Gloriosa**).

[...] eu 'tô' sozinha, separada do pai do neném. Minhas amigas me acolheram. Agradeço muito a Deus, porque se não fossem elas, estaria chorando todo santo dia (**Gérbera**).

[...] eu tive muito apoio dos meus amigos do serviço e do meu companheiro. Porque eu me senti desorientada no início. Fiquei muito abalada, muito triste, muito emotiva. Se não tivesse o apoio dessas pessoas [...] tinha feito um aborto (**Hortênsia**).

3.4 O papel do enfermeiro na adaptação da gestante

As mulheres consideraram a consulta de enfermagem como fundamental na promoção do bem-estar e enfatizaram a importância das ações de orientação para o cuidado no pré-natal, conforme depoimentos a seguir.

Ela [enfermeira] orienta bastante, como se alimentar e até nesses incômodos de azia. Ela vai tirando as dúvidas, ensina o que tem que se comer o que não, ‘tá’ me influenciando para melhor (**Lavanda**).

Ela [enfermeira] dá muitas dicas em relação aos cuidados, sobre fazer o pré-natal direitinho, fazer os exames, tomar a vacina, então está me ajudando sim (**Amor-Perfeito**).

Nos grupos, ela [enfermeira] orienta bastante a gente, como devemos agir na hora do trabalho de parto, como alimentar o bebê, a importância do leite materno. Foi ótimo (**Hortênsia**).

A enfermeira ouviu o coração do bebê [ausculta dos batimentos cardíacos do feto com sonar doppler], que antigamente na primeira gestação eles não realizavam aqui, tô gostando (**Petúnia**).

3.5 Suporte ineficiente dos profissionais da saúde na adaptação

Houve relato das participantes sobre pouco ou nenhum auxílio no processo de adaptação por parte de profissionais enfermeiro e/ou médico no momento da consulta, causando insegurança, o que induziu a gestante a buscar a internet como a principal fonte de informação para sanar suas dúvidas.

Eu não aprendi nada durante as consultas. Geralmente eu leio alguma coisa na internet, procuro informação, mas na consulta mesmo, não deram orientação, a não ser que a gente perguntasse (**Violeta**).

A gente mesmo tem que procurar saber até porque as consultas são rápidas, é 'pra' falar só o necessário, se a gente for falar tudo que a gente precisa ali, pronto, é um jornal! (**Flor de Lótus**).

Eu procuro mais informações com a minha mãe. E algumas dúvidas eu já procuro na internet, eu pergunto lá no google rapidinho (**Amor-Perfeito**).

4 DISCUSSÃO

A Teoria de Adaptação de Callista Roy permitiu compreender o processo de adaptação da mulher frente às modificações corporais na vivência da gravidez.

As mulheres associaram as mudanças corporais durante a gravidez a um processo que envolve mudanças fisiológicas durante esse período. De acordo com Callista Roy, a resposta ao modo fisiológico frente às modificações emitidos pelo sujeito envolve

nutrição, eliminação, atividade e repouso, proteção, sentidos, fluidos e eletrólitos, função endócrina (BRANDÃO, 2017; BRASIL, 2021).

Sintomas referentes à nutrição são frequentes na grávida, muitas vezes acarretando dificuldades para a mulher vivenciar bem a gravidez. As mudanças na silhueta corporal, com reflexo no vestuário, foram encaradas com certa dificuldade pelas gestantes deste estudo. Percebe-se a não adaptação a essas mudanças, causando ainda estranheza (Cravo), assim como sofrimento com a restrição alimentar por causa de náuseas e azia (Gloriosa), alterações que poderiam já ter sido sanadas por se tratar de gestantes no terceiro trimestre. As necessidades nutricionais aumentam para apoiar o crescimento e desenvolvimento fetal, assim como o metabolismo materno, e podem se associar a sintomas desagradáveis, patológicos, e incorrer em risco para a gestação. O aparecimento de náuseas, vômitos e azia ocorre em cerca de 70% das gestantes, como resultado das alterações hormonais, geralmente no início da gravidez (EDWARDS, 2006).

Outro relato faz referência ao aumento da temperatura corporal, não associado ao estado febril, relacionado à proteção. Muito provavelmente em decorrência da súbita mudança no mecanismo de termorregulação, o qual tende a aumentar a produção de calor devido às altas concentrações e atuação do hormônio progesterona, no aumento da temperatura basal (FAGUNDES, 2019). Por desconhecimento ou pela intensidade do referido sintoma, a gestante deste estudo decide por uma forma radical de enfrentamento da adaptação, que é não engravidar mais. Percebe-se, portanto, uma resposta inefetiva. A queixa urinária relatada pelas entrevistadas se refere à urgência miccional, que é uma das mais comuns na gravidez, e na adaptação surgem o cansaço e

o desconforto. Estudo realizado em Belém-PA com primigestas detectou a nictúria (94,9%) e o aumento da frequência urinária diurna (85,9%) (GARBELINI, 2022). O aparecimento de sintomas urinários deve fazer parte das ações educativas ao longo da gravidez, uma vez que tende a afetar a qualidade de vida e as funções de micção da gestante. O músculo do diafragma da pelve, além de sofrer com a ação hormonal, também fica sobrecarregado pelo aumento da massa corporal e pelo peso aumentado do útero, resultando em sintomas urinários, sendo os mais comuns a urgência miccional, frequência urinária diurna aumentada, nictúria, incontinência urinária por esforço e urge incontinência (GANDOLFI, 2019).

A dor lombar, a cefaleia e o edema de membros inferiores foram os referidos como comportamento resposta alusivo ao sentido de fluidos e eletrólitos nesse processo de adaptação. A cefaleia tem relação estreita com o ciclo de vida normal das mulheres, com destaque nas fases de alteração hormonal, dentre elas a gestação (GARDENGHI *et al.*, 2017). Porém, essa queixa não deve ser banalizada no momento da consulta, porque podem indicar situações de risco gestacional como a hipertensão arterial. Os achados deste estudo estão compatíveis com estudo de Gomes *et al.* (2022), onde as gestantes relataram dor lombar iniciada mais frequentemente no segundo trimestre com risco de apresentar lombalgia, afetando os meios de adaptação das gestantes.

O estresse e os sintomas emocionais, como choro imotivado, seguido de raiva, apareceram nos depoimentos das participantes do estudo como destaque da função endócrina do modo fisiológico. A literatura aponta que a necessidade de mudança de estilo de vida imposta

pela gravidez acarreta sintomas de ordem psicossocial, como o estresse, assim como a labilidade emocional, e a gestante apresenta choro fácil e sem motivo aparente. As informações a este grupo foram inadequadas, ou seja, não favoreceram a adaptação. Altos níveis de estresse ou ansiedade vem sendo associada a resultados adversos, podendo afetar o desfecho da gravidez, como aumento do risco de morbidade para a criança, menor peso ao nascer, aumento do risco de parto prematuro e outros danos ao longo da vida da criança (MARQUES; SOUZA, 2019).

A dificuldade para dormir e o cansaço causados pelos incômodos dos chutes e movimentos do feto também estiveram presentes nas falas das gestantes referente ao padrão de sono ineficaz. O estado gravídico envolve inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social. Em consequência dessas modificações os distúrbios do sono são manifestações recorrentes da gestação, que por sua vez pode influenciar de modo negativo nas atividades de vida diária, sendo uma dessas implicações o surgimento do estresse materno, que poderá afetar a saúde do binômio mãe-filho. De acordo com a literatura, a má qualidade geral do sono, a dificuldade de cair no sono, o número de despertares noturnos por noite e o despertar durante a madrugada aumentam no final da gravidez (MARQUES *et al.*; POLO-KANTOLA *et al.*, 2017). Estudo que investigou o cansaço e a fadiga constatou o aumento da severidade da fadiga no primeiro e terceiro trimestre de gestação (ROY; ANDREWS, 2001).

O desempenho de um novo papel na vida das mulheres associado à maternidade, referente ao modo de função do papel que neste estudo está condizente com o papel primário, representou

entusiasmo e felicidade com a proximidade da chegada da criança, mas também preocupação e tristeza. A gravidez pode ser vivenciada de diferentes modos pelas mulheres. Pode trazer felicidade para algumas mães e sua família, mas para outras pode ser uma experiência marcada pela insegurança e sentimentos angustiantes, caracterizando uma mistura de emoções ao longo de toda a gestação, pela natureza transformadora da gravidez (ROY; ANDREWS, 2001). De acordo a teórica, os modos adaptativos propostos são inter-relacionados de forma contínua. A adaptação ocorrerá em algum momento a todas as mães, porém existem mecanismos que podem facilitar esse processo.

No tocante à categoria valor das relações interpessoais, que se insere no modo de interdependência, onde as necessidades afetivas são preenchidas, o relato das entrevistadas demonstra a importância das relações interpessoais como promotora da adaptação da gestante às modificações, com ênfase na valorização do amparo emocional oferecido pelo seu ciclo social, como o acolhimento da família e de amigos. Estas falas atenderam positivamente ao que propõe Roy e Andreys (2001):

Para o indivíduo, as relações envolvem o querer e a habilidade de amar, respeitar e valorizar os outros, bem como aceitar e responder ao amor, ao respeito e ao valor dado pelos outros, o que constituem os sistemas de apoio ao indivíduo, representados por pessoas, grupos ou comunidades (MELO, 2018, p. 66).

Este estudo corrobora estudo realizado em Hong Kong, em que o fator adaptação psicossocial esteve relacionado com o maior apoio

social, como também com maior comprometimento com a gravidez por parte das mães, e menor incerteza durante o período gestacional (SIGURDARDOTTIR *et al.*, 2020).

O modo de interdependência idealizado por Callista Roy centra-se na reciprocidade das relações interpessoais. Neste sentido, destaca-se a atuação do profissional enfermeiro como importante contribuição no processo de adaptação.

Na categoria o papel do enfermeiro na adaptação da gestante, as falas emitidas destacaram o importante papel do enfermeiro concernente ao que propõe a referida teórica. A enfermagem tem como meta promover respostas adaptativas, reduzir respostas ineficientes, visando adequação de uma situação problema (BRANDÃO *et al.*, 2017). Faz parte da ação do enfermeiro a manipulação dos estímulos recebidos pela gestante para promoção de adaptação positiva.

Dentre os estímulos promotores da adaptação foram destaque nas falas das gestantes: o aconselhamento nutricional, as orientações para um acompanhamento pré-natal com realizações de todas as ações previstas, como exames de rotina, vacinação, consultas regulares, educação em saúde sobre trabalho de parto, cuidados com o bebê. Percebem-se respostas positivas relacionadas à aprendizagem, conforme pontuam as gestantes: “*Tá me influenciando para melhor (Lavanda)*”; “*ta me ajudando sim (Amor-Perfeito)*”, “*foi ótimo*”, “*estou gostando*” (*Hortênsia e Petúnia*)”.

A consulta de pré-natal realizada pelo enfermeiro é reconhecida como um espaço de acolhimento que permite sanar dúvidas e prestar informações à mãe e sua família, como é demonstrado no discurso das entrevistadas. Percebe-se que a comunicação entre a enfermeira e a

gestante favorece a compreensão do processo de gravidez, reduz angústias e frustrações e permite a criação de vínculo entre a mulher e a profissional (SIGURDARDOTTIR *et al.*, 2020; SILVA; LIMA, 2017). No entanto, foi destaque a insatisfação de algumas gestantes com a consulta pré-natal, não havendo interação profissional/gestante pela pressa de alguns profissionais na realização da consulta, o que pode dificultar o processo de adaptação.

Houve relato de gestantes usarem a internet para tirar suas dúvidas por não receberem orientação dos profissionais de saúde. Outras buscaram orientações junto à sua mãe porque não tiveram oportunidade de recebê-las durante a consulta de pré-natal. Neste sentido, pode-se inferir que houve estímulo residual, os quais são advindos do meio interno e/ou externo, não são claramente identificados. Com esses estímulos entra em ação o sistema adaptativo, cujo nível será determinado pela intensidade dos estímulos presentes (BRANDÃO *et al.*, 2017). Enfatiza-se que a atenção da equipe deve garantir o atendimento às necessidades de cada gestante, o que vai facilitar, dentre outros aspectos, o processo de adaptação.

O estudo aliado à Teoria de Callista Roy busca promover a adaptação e contribuir para um olhar da pessoa como um sistema adaptável, com mecanismos de resistência, cujas respostas são definidas pelos estímulos que recebem. Além de facilitar a compreensão pelo enfermeiro das necessidades afetadas no modo adaptativo, favorece um melhor entendimento e solução mais bem-sucedida do cuidado às gestantes (IBIAPINA *et al.*, 2016).

Destaca-se como limitação do estudo o aspecto emocional de algumas gestantes durante a entrevista, deixando de manifestar respostas em alguns momentos, de forma clara.

5 CONCLUSÃO

O estudo mostrou dificuldades adaptativas às modificações da gravidez referente ao aspecto nutricional, postural, instabilidade emocional e relacionado ao sono. O desenvolvimento de atividades educativas, principalmente em grupo, atitudes acolhedoras dos profissionais de saúde e as relações interpessoais se revelaram como medidas eficazes para redução de estímulos negativos, para viabilizar o processo adaptativo e o desenvolvimento de uma gravidez sem alterações importantes para a saúde mãe-bebê.

Outro aspecto identificado que dificultou a adaptação da mulher às modificações da gravidez foi a falta de suporte de profissionais de saúde durante as consultas de pré-natal, o que pode implicar inaptidão para o papel de mãe. Por outro lado, os estímulos promotores da adaptação foram destacados na fala das gestantes durante a consulta de enfermagem, reforçando a importância da aplicabilidade do Modelo de Adaptação de Roy na prática da enfermagem, de forma a contribuir para o desenvolvimento das ações desse profissional no acolhimento durante o pré-natal.

Considera-se que este estudo constitui uma oportunidade para discussão do processo de adaptação da gestante às modificações da gravidez. Enfatiza-se a importância da consulta de enfermagem para a saúde materna e o acompanhamento individualizado pelo enfermeiro

à gestante nesse processo adaptativo. Além disso, espera-se que os profissionais de saúde sejam sensibilizados quanto à importância do cuidado holístico durante a consulta de pré-natal.

REFERÊNCIAS

ALVES, T. V.; BEZERRA, M. M. M. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, Jaboaão dos Guararapes, v. 14, n. 49, p. 114-126, fev. 2020. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2324>. Acesso em: 6 jun. 2023.

BARBOSA, E. S. A. *et al.* Psychosocial and mental health aspects during pregnancy in the COVID-19 pandemic. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 3, e56111326921, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26921>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BRAGA, R. O. *et al.* Orientação às gestantes acompanhadas no pré-natal por equipes multiprofissionais de saúde da família. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n.10, e 7929109054, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/9054/8209/127421>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRANDÃO, L. C. M. *et al.* Sintomas urinários em primigestas atendidas no centro de saúde escola de uma universidade estadual. **Arq. Ciênc. Saúde**, [s.l.], v. 24, n. 3, p. 31-34, jul./set. 2017. Disponível em: <https://perineo.net/pub/brandao2017.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fascículo 3: Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de gestantes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_gui_a_alimentar_fasciculo3.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

CAMPAGNOLI, M.; SILVA, C. P.; RESENDE, R. C. P. Atendimento de pré-natal na estratégia saúde da família: a singularidade da assistência de enfermagem, Piracicaba. **Revista Nursing**, [s.l.], v. 22, n. 251, p. 2915-2920, 2019. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/401/381>. Acesso em: 20 jan. 2023.

CHOU, F. H.; KUO, S-H.; WANG, R-H. A longitudinal study of nausea and vomiting, fatigue and perceived stress in, and social support for, pregnant women through the three trimestres. **Kaohsiung J Med Sci**, [s.l.], v. 24, n. 6, p. 306-314, 2008.

COELHO, S. M. S.; MENDES, I. M. D. Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 845-850, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/xkwqGfDtDZ4ZRRSHm9ttKmP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2023.

DUARTE, V. M.; MEUCCI, R. D.; CESAR, J. A. Dor lombar intensa em gestantes do extremo Sul do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 23, n. 8, p. 2487-2494, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Wj9Hz5CJwxxMv4nNkw4PnwS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2023.

EDWARDS, M. J. Review: hyperthermia and fever during pregnancy. **Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.**, [s.l.], v. 76, n. 7, p. 507-516, 2006.

FAGUNDES, D. L. **Avaliação da qualidade do sono em gestantes**. 2019. 45 f. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/33964/1/DISSERTAcao%20Dennys%20Lapenda%20Fagundes.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2023.

GARBELINI, M. C. L. *et al.* Impacto do estresse gestacional no desenvolvimento fetal: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 7027-7043, mar./abr. 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/46776/pdf>. Acesso em: 20 jan. 2023.

GANDOLFI, F. R. R. *et al.* Mudanças na vida e no corpo da mulher durante a gravidez. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, [s.l.], v. 27, n. 1, p. 126-131, jun./ago. 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190607_200629.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023.

GARDENGHI, L. A. *et.al.* Gestational lower limb edema and venous reflux in healthy primigravidae. **Int. Angiol.**, [s.l.], v. 36, n. 6, p. 569-573, 2017.

GOMES, F. C. S. *et al.* Fatores associados ao perfil psicossocial de mulheres durante o pré-natal. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 55, n. 1, maio 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.183396>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MARQUES, A. C. M.; SOUZA, L. F. **Gestação e seus fatores emocionais**. 2019. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia) – Unievangélica, Anápolis, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/8110/1/Gesta%c3%a7%c3%a3o%20e%20seus%20fatores%20emocionais.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MARQUES, A. R.; FALCAO, A. M. Headache in pregnancy: when the family doctor makes a difference. **Rev. Port. Med. Geral Fam.**, v. 33, n. 3, p. 230-236, 2017.

MARQUES, B. L. *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/hR4MwpCd88cvTfs9ksLJGFs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MELO, K. M. **O processo de adaptação da mulher às modificações da gestação à luz da Teoria de Callista Roy**. 2018. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/2348/2/Kaliny%20Mendes.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2023.

POLO-KANTOLA, P. *et al.* Sleep quality during pregnancy: associations with depressive, and anxiety symptoms. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, [s.l.], v. 96, n. 2, p. 198-206, 2017. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.13056>. Acesso em: 20 jan. 2023.

ROY, S. C.; ANDREWS, H. *The Roy Adaptation Model*. 3. ed. London: Person Education LTD, 2009.

ROY, S. C.; ANDREWS, H. *A teoria da enfermagem: o modelo de adaptação de Roy*. [S.l.: s.n.], 2001.

SIGURDARDOTTIR, T. *et al.* Can postpartum pelvic floor muscle training reduce urinary and anal incontinence? A randomized, rater-blinded controlled trial. **Am J Obstet Gynecol.**, [s.l.], v. 222, n. 3, p. 247.e1-247.e8, mar. 2020.

SILVA, I. S.; LIMA, G. A. Aplicabilidade da teoria da adaptação de sister Callista Roy na prática de enfermagem. *In: JOIN EDIÇÃO BRASIL*, 3., 2017, Campina Grande. **Anais eletrônicos** [...]. Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/49537>. Acesso em: 27 fev. 2023.

IBIAPINA, L. G. *et al.* Assistência de enfermagem às adolescentes gestantes sob a ótica de Callista Roy. **Enfermagem em Foco**, Brasília – DF, v. 7, n. 3/4, p. 46-50, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/915/345>. Acesso em: 27 fev. 2023.

Percepções acerca do envelhecimento: vivências de idosos da 4ª idade

6

Josafá Barbosa Marins¹

Ana Hélia de Lima Sardinha²

Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa³

Lucia Hisako Takase Gonçalves⁴

¹ Enfermeiro, mestre em enfermagem, docente da Faculdade Edufor.

² Enfermeira, doutora em ciências pedagógicas, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e membro do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF).

³ Enfermeira. Doutora em biotecnologia, docente do Departamento de Enfermagem da UFMA e do PPGENF.

⁴ Doutora em enfermagem.

RESUMO

O envelhecimento da população é um fenômeno presente na sociedade, ocasionado pela melhoria no acesso aos serviços de saúde e qualidade de vida. A longevidade surge como resultado desse processo e destaca-se o crescimento da população com 80 anos ou mais, conhecida como 4ª idade. O objetivo deste estudo é compreender a percepção dos idosos da 4ª idade acerca do processo de envelhecimento. Realizou-se um estudo com abordagem mista, onde foram entrevistados 32 idosos com 80 anos ou mais que estavam em atendimento no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), de ambos os sexos, com capacidade física e cognitiva que permitisse interação com o pesquisador. Utilizou-se como instrumento de pesquisa um questionário que permitiu caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes e o roteiro de entrevista. Os dados foram coletados e organizados em planilhas do programa Microsoft Office Excel® 2013 for Windows 2010 e realizou-se uma análise descritiva (frequência absoluta e relativa) por meio do programa Epi-info 7. Dos participantes 68% são do sexo masculino; entre 80 e 90 anos (53%); negros (40%); casados (53,13%); convivendo com filhos (46%). Os dados qualitativos foram analisados por meio da técnica de análise do conteúdo de Bardin. Após análise das entrevistas as seguintes categorias emergiram para discussão: *Intenções e vivências do processo de envelhecimento; Instituições sociais e o processo de envelhecimento; e Significados atribuídos ao envelhecer*. Destaca-se a importância da compreensão do processo de envelhecimento como ferramenta para reconstrução de políticas públicas e tomada de decisão dos profissionais para atender com qualidade as reais necessidades

desse grupo populacional.

Palavras-Chave: Envelhecimento. Longevidade. Percepção.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo adaptativo que depende da interação de fatores genéticos, biológicos e socioculturais. As atitudes em relação à velhice refletem os conhecimentos do senso comum e os conhecimentos científicos disponíveis sobre essa fase da vida humana (AMTHAUER, 2017).

O ser humano sempre se preocupou com o envelhecimento, encarando-o de formas diferentes. Assume, assim, uma dimensão heterogênea. Alguns o caracterizaram como uma redução nas capacidades diárias, outros o consideram como um período de crescente vulnerabilidade e de mais dependência. Outros, ainda, veneram a velhice como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade. Cada uma dessas atitudes corresponde a uma verdade parcial, mas nenhuma representa a verdade total (CORRÊA *et al.*, 2020).

Estudo realizado por Murakami *et al.* (2014) afirma que a mudança demográfica trouxe consequências sociais, econômicas e de cuidados de saúde. A medicina e seus avanços, as mudanças no estilo de vida e o acesso a informações fizeram com que a expectativa de vida aumentasse e que os idosos conseguissem envelhecer em condições físicas e mentais mais saudáveis. Para tanto, conhecer as características dessa população tão heterogênea se faz primordial para a implementação de medidas interventivas adequadas, seja no âmbito

pessoal ou coletivo.

O envelhecimento é um fato mundial em que a população está cada vez mais aumentando a longevidade com o transcorrer dos anos. Esses dados tornam-se mais evidentes ao observarmos a estimativa para o ano de 2025: 1,2 bilhões de pessoas serão idosas, a maioria vivendo em países em desenvolvimento (CORRÊA *et al.*, 2020). No Brasil, o envelhecimento cresce a cada ano. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no país existem mais de 28 milhões de pessoas idosas e estima-se que na próxima década esse número dobrará (IBGE, 2018).

O Maranhão é o segundo maior estado em número de idosos do país (568.591), representando 7,8% da população. Destes, 1,1% da população encontra-se com idade igual ou maior a 80 anos, enquanto a sua capital, São Luís, possui um contingente populacional de idosos de 32.260 (4,4%) da população, sendo 5.682 idosos com 80 anos ou mais (IBGE, 2015). Diante do aumento do grupo populacional em questão, novas terminologias e novos conceitos surgem para classificar os indivíduos em idade mais avançada. Distingue-se a 3ª idade (idosos com idades entre 60 e 79 anos); e 4ª idade (idosos com idade maior ou igual a 80 anos), em uma tentativa de ajustar algumas classificações e circunstâncias culturais, psicológicas e ideológicas das sociedades ocidentais da atualidade (MINAYO; FIRMINO, 2019).

A heterogeneidade das expressões vividas e percebidas sobre a velhice reflete as diversas possibilidades de o idoso interpretar essa fase da vida, dependendo da história de cada um, da disponibilidade do suporte afetivo, do nível social e dos sistemas de valores pessoais. O ser idoso é um evento cujas concepções podem variar no tempo e no

espaço, dependendo dos significados atribuídos a ele. Os significados são diferentes em decorrência da realidade familiar, social e cultural (SILVA, 2009).

Buscar formas de melhorar a qualidade de vida se torna essencial para a população idosa, pois com o envelhecimento há várias modificações no indivíduo que afetam a qualidade de vida em suas diversas dimensões, ou seja, nas esferas física, psicológica, no relacionamento social, na produtividade, renda, ambiente onde vive, entre outras (DAGIOS; VASCONCELOS; EVANGELISTA, 2015).

Refletir sobre a percepção do envelhecimento, a partir dos discursos dos idosos da 4ª idade, é um caminho para entender esse novo olhar sobre o envelhecer, haja vista que a percepção do idoso poderá variar de acordo com o grupo socioeconômico e cultural ao qual está ligado. O estudo dessa temática é essencial tendo em vista a particularidade dos indivíduos ao vivenciar uma situação tão individual e repleta de desafios e recompensas que é o envelhecer. Para a enfermagem tal estudo se torna fundamental, pois essa categoria possui forte vínculo e responsabilidade com os idosos atendidos nas unidades de saúde. Ao conhecer como os idosos percebem e vivenciam o envelhecimento, a assistência prestada estará embasada nas necessidades e vivências desse público.

Levando em consideração a importância na compreensão do processo de envelhecimento, surgiu o questionamento: Qual a percepção dos idosos da 4ª idade acerca do processo de envelhecimento?

O presente estudo objetivou compreender a percepção acerca do envelhecimento dos idosos da 4ª idade atendidos no Centro de

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem mista. O método qualitativo, conforme Minayo (2014, p. 57), “se aplica ao estudo das percepções e das opiniões, produtos das interpretações, que os seres humanos fazem a respeito de como convivem, sentem e pensam”.

A pesquisa foi realizada no CAISI, no município de São Luís-MA. O CAISI é uma unidade de saúde complementar da rede de especialidades exclusiva para usuários a partir de 60 anos. Um centro de referência de nível intermediário, inaugurado em 16 de agosto de 2006, para atendimento a idosos do município de São Luís-MA, mantido com recursos do Sistema Único de Saúde através da Secretaria Municipal de Saúde. No centro são oferecidos atendimentos ambulatoriais nas áreas de angiologia, cardiologia, endocrinologia, geriatria, ginecologia, gastroenterologia, neurologia e reumatologia, entre outros, além da central de marcação para consultas e exames, academia, reabilitação física e serviço social.

A população da pesquisa foi constituída por idosos da 4ª idade, com 80 anos ou mais. A escolha dos participantes foi dada de forma intencional, considerando os aspectos de caracterização como idade, condições de saúde e cognição preservada. O número de participantes na abordagem qualitativa teve como critério a saturação dos dados. Como critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 80 anos, apresentar capacidade física e cognitiva para manter um diálogo

efetivo, e disponibilidade para participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: aqueles que desistiram da pesquisa durante a entrevista, idosos que não apresentavam possibilidade de responder os questionamentos da entrevista. Participaram do estudo o total de 32 idosos.

A coleta de dados foi realizada no período de março de 2017 a junho de 2018. Primeiramente identificou-se a capacidade cognitiva para o idoso manter um diálogo efetivo com o pesquisador. Após selecionar os idosos aptos a participar do estudo, realizou-se uma entrevista semiestruturada para caracterizar o perfil sociodemográfico com questões referentes a: sexo, idade, estado civil, escolaridade, raça, ocupação atual, renda salarial, arranjo familiar, moradia, e um roteiro de entrevista voltado para a percepção acerca do processo de envelhecimento baseado nas seguintes questões norteadoras: O que é envelhecer para o senhor(a)? Como está sendo seu envelhecimento? Deseja acrescentar mais alguma coisa? Outros questionamentos foram acrescentados conforme a necessidade no decorrer de cada entrevista, que teve em média a duração de 30 minutos.

A coleta foi realizada pelo pesquisador em ambiente reservado, em uma sala disponibilizada no local da pesquisa. Os participantes foram abordados de maneira individual ou com a presença de um familiar, de acordo com a decisão do idoso. Após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram realizadas as entrevistas. As entrevistas foram registradas com o auxílio de gravador de voz do tipo digital e transcritas na íntegra.

Os dados sociodemográficos foram armazenados no Programa Excel 2013, e realizou-se uma análise descritiva (frequência absoluta e

relativa) por meio do programa Epi-info 7.

No estudo dos discursos utilizou-se a análise temática, que é uma técnica de análise de conteúdo que focaliza os significados das comunicações. A partir desses significados são atribuídas inferências ou deduções lógicas (BARDIN, 2016). Após a transcrição dos textos para o computador, realizaram-se leituras exaustivas para estabelecer categorias que possam expressar o relato dos idosos. Os discursos não foram alterados ou corrigidos no que se refere à acentuação e gramática. O processamento das informações ocorreu através da análise categorial de conteúdo.

De acordo com Bardin (2016), as etapas a serem seguidas são: pré-análise, constituída pela leitura flutuante, que permite contato exaustivo com o material coletado. Seguindo a constituição do corpus, o material foi organizado de forma a responder quesitos de validade, como: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Nessa fase determinam-se as unidades de registro (frases), as hipóteses, o quadro teórico no qual os resultados serão analisados, os recortes e a forma de categorização; exploração do material onde se procedem as operações de categorização. Trabalhamos com recortes de texto em unidades de registro (frases), deixando-se em cada entrevista transcrita uma margem à direita para anotações. Realizou-se a quantificação de unidades de registro estabelecidas com posterior agregação dos dados, escolhendo as prováveis categorias; no tratamento dos resultados e interpretação foi construído um diagrama que coloca o sistema de categorias em evidência para análise, interpretação e inferências sobre o objeto de estudo, que é a percepção sobre o envelhecimento.

Este projeto faz parte de um projeto maior intitulado: Avaliação

da saúde da pessoa idosa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o Parecer substanciado número 1.757.188, conforme as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (2013).

Durante a pesquisa foram respeitados os princípios éticos e legais através da autorização verbal e por escrito por meio do TCLE, assegurando a participação voluntária, o direito de retirar a autorização em qualquer fase da pesquisa, sem penalizações.

Na apresentação dos resultados e discussão utilizaram-se letras para os idosos e uma numeração crescente ao lado para identificar o entrevistado e preservar o anonimato dos participantes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a técnica de análise temática, levantamento das hipóteses e unidades de registro, três categorias emergiram: Intenções e vivências do processo de envelhecimento; Significados do processo de envelhecimento; Sentidos atribuídos ao envelhecer.

Um total de 32 idosos compôs a amostra da pesquisa. Destes, 68% eram do sexo masculino; 53% possuíam entre 80 e 90 anos; 87% residem em casa; 40% são negros. Quanto à religião, 68% são católicos; 21% são protestantes. Em relação ao estado civil, 46% são viúvos; 53% são casados. 50% dos participantes possuem ensino médio completo. Quanto à renda familiar, 43% possuem entre 3 e 4 salários-mínimos.

3.1 Intenções e vivências do processo de envelhecimento

A portaria que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que “o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica” (BRASIL, 2006, p. 143). Pode-se inferir que a autonomia e a independência estão ligadas à manutenção do funcionamento integrado e harmonioso de cognição, humor, mobilidade e comunicação.

Atualmente percebe-se que ocorre uma mudança na forma de envelhecer da sociedade, consequência da melhoria das políticas públicas que facilitam o acesso aos serviços de saúde. Tais benefícios aumentam a expectativa de vida e permitem que esse grupo populacional vivencie um processo de envelhecimento em melhores condições do que há alguns anos. Essa melhora se reflete no aumento da longevidade, na independência dos idosos na realização de atividades básicas de vida resultando em um envelhecimento ativo.

Meu envelhecimento tá sendo bom, faço as coisas sozinho (I3).

Manter a autonomia e a independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para os indivíduos, conforme já consta em diversas políticas de diferentes países. Com o passar dos anos, percebe-se uma tendência de a sociedade excluir o idoso devido à sua menor produtividade, o que pode conduzi-lo a um isolamento social e perda da autonomia ligado à redução do seu papel de decisão dentro da própria família (ELIAS *et al.*, 2018).

Percebe-se nos discursos de muitos idosos o desejo de possuir maior independência, porém existe uma limitação por parte dos familiares, geralmente filhos, em controlar as atividades e reduzir a autonomia do idoso. Essa superproteção é algo cultural, pois acredita-se que o idoso não possui capacidade para sozinho desempenhar atividades antes realizadas, sobretudo na quarta idade, quando se tem em mente um indivíduo fragilizado. Isto gera a perda de autonomia por parte do idoso, que aos poucos sente-se menos útil e excluído do seio familiar.

Em casa meu filho se preocupa muito comigo, tem medo de eu cair, tomar o remédio errado, essas coisas. Acham que voltamos a ser menino (I6).

Meu filho se preocupa muito comigo, não faço mais o que eu quero como era antes (I9).

Tendo em vista tal processo de exclusão, essa fase da vida acaba sendo vista por muitos idosos como uma fase de limitações, dependência e perda de autonomia para tomar decisões ou opinar em situações de âmbito familiar. O envelhecimento torna-se muitas vezes uma fase em que o indivíduo se torna passivo de ações familiares, associado a consultas médicas com especialistas e uso de fármacos para manter uma saúde equilibrada.

Estudos populacionais sobre utilização de medicamentos no Brasil mostram que, de fato, a idade avançada é um dos principais fatores de risco para ser um grande utilizador de medicamentos de uso crônico (PEREIRA *et al.*, 2017).

Existe um anseio quanto a essa questão medicamentosa, rotina

de consultas e principalmente de dependência dos familiares para realização de atividades rotineiras, como por exemplo, vestir-se e alimentar-se. Esse sentimento de angústia e limitação se reflete no estado psicológico do idoso e influencia a ocorrência da depressão, que acomete muitos idosos, e a sensação de que a morte está próxima.

De acordo Tibães *et al.* (2021), em pesquisa com 568 idosos em um município de Santa Catarina, a taxa de prevalência de depressão foi de 20,4%, e os maiores riscos estão voltados para a população feminina, solteiras, de pior renda familiar e que foram hospitalizadas no último ano da entrevista.

A morte é vivida simbolicamente nas perdas vivenciadas na velhice. Ao passar por perdas, o idoso lida inevitavelmente com a morte e vivencia o processo de luto. Envelhecimento e morte estão simbolicamente ligados, de maneira acentuada, na sociedade e na cultura (KREUZ; FRANCO, 2017).

Ao se questionar sobre a velhice, a temática morte se faz presente em alguns discursos, seja relacionada a si mesmo ou a familiares.

Velhice é quando a gente já viveu bastante e já está próximo da morte né (I27).

Fiquei viúvo então minha vida acabou na metade do tempo (I15).

Essa visão negativa do processo de envelhecimento encontra-se presente na fala de diversos idosos, apesar de o envelhecimento ocorrer de forma mais ativa, o sentimento negativo associado a doenças, morte e uso de medicamentos encontra-se fortemente enraizado. A

velhice como sinônimo de doença, perda da qualidade de vida segue sendo a concepção de muitos idosos.

Vale ressaltar que embora a maioria dos idosos apresente algum tipo de doença crônica é possível continuar vivendo com qualidade, desde que essas doenças sejam controladas e a pessoa mantenha sua funcionalidade, que pode ser preservada e aperfeiçoada, por exemplo, com exercícios cotidianos e práticas educativas (RIBEIRO *et al.*, 2019).

3.2 Instituições sociais e o processo de envelhecimento

Diante do envelhecimento os idosos possuem diversas instituições como ponto de apoio. O núcleo familiar surge como importante contribuição, pois fornece segurança, cria um sentimento de pertencimento e acolhe o idoso em suas múltiplas dimensões. Família, não necessariamente de sangue, são pessoas com quem o idoso constrói laços de confiança e apoio.

Envelhecer no geral tá sendo maravilhoso. Tenho minha família que está sempre do meu lado, vejo meus netos crescerem (I16).

A família é uma instituição que possui grande valor, e sua função principal é cuidar, zelar e proteger seus membros, entre outras responsabilidades, com toda a carga social existente sobre o núcleo familiar (FIGUEIREDO, 2020). A família é o lócus privilegiado de vínculos afetivos e intercâmbios de apoio em vários domínios. Sua configuração, a sua capacidade assistencial cotidiana, é referenciada a aspectos dos contextos demográfico e socioeconômico e às condições

materiais, à saúde física e aos recursos psicológicos e sociais de seus membros (ANJOS *et al.*, 2017).

Encontra-se no discurso dos participantes um sentimento de pertencimento ao grupo familiar, de dependência desse grupo na oferta de cuidados, e do idoso que possui certo nível de limitação e ao mesmo tempo o grupo familiar desse idoso tem dependência dele no que refere à renda mensal necessária para a manutenção do domicílio.

Agora na velhice eu tento cuidar do meu dinheiro, mas a gente acaba ajudando muito a família que vive com a gente (I23).

Tenho minhas finanças, às vezes uso com alguma consulta ou remédio, mas sempre minha filha tira uma parte para casa (I30).

Estudo realizado por Neri *et al.* (2013), em ambiente familiar com 134 idosos, aponta que a maior parte (72,4%) dos idosos eram chefes de família, contribuindo total (49,2%) ou parcialmente (44%) para o seu sustento.

Percebe-se aqui a importância dada ao idoso que vive em ambiente familiar, pois sua contribuição financeira ajuda na manutenção do domicílio. Muitas vezes a dependência que o idoso possui impossibilita um membro da família de possuir renda. Vale pensar no idoso que não possui um indivíduo na família para prestar cuidados em caso de dependência.

O idoso pode ficar em desvantagem ao precisar de ajuda para atividades cotidianas e, ao mesmo tempo, ter de sustentar a família num momento da vida em que é esperada maior centralidade da geração do

meio, no desempenho de papéis de autoridade e de provisão de suporte. Por outro lado, em situações de pobreza o fato de ajudar a família com dinheiro pode proteger o idoso de abandono e maus-tratos, pelo menos enquanto ele não se torna física e cognitivamente dependente. Os idosos nessas condições geralmente não têm prioridade quanto às suas necessidades até que uma crise importante na saúde ocorra (ELIAS *et al.*, 2018).

Outra instituição social presente na vida de muitos idosos é a igreja. Durante as entrevistas diversos participantes afirmaram possuir a fé como alicerce, o apoio em uma religião como base para seguir a vida. A espiritualidade e as crenças são uma dimensão do ser humano e auxiliam no estabelecimento de valores morais.

Na vida a gente sempre tem que acreditar em alguma coisa né, eu vou na igreja todo domingo. Fico bem quando faço isso (I19).

Envelhecer tem sido bom, vou a igreja, tenho minha fé, acho que isso ajuda a gente (I27).

Diante das perdas e da finitude da vida há uma maior necessidade de autocompreensão e de sentido, e uma das formas de enfrentar a resistência a tal crise existencial é a transformação interior. Mediante a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais é possível encontrar apoio e oportunidade para refletir, superando, assim, as perdas (NUNES *et al.*, 2017).

Percebe-se uma relação entre religiosidade e qualidade de vida. Muitos idosos referem a fé como alicerce necessário de enfrentamento, superação de perdas e lutas diárias. Esses dados corroboram dados

encontrados em outros estudos nos quais se verificou que muitos pacientes têm buscado recursos espirituais e religiosos a fim de melhorar a sua satisfação com a vida. Na amostra foi verificado que a satisfação com a vida foi fortemente influenciada pelas facetas paz, totalidade e integração (NUNES *et al.*, 2017).

3.3 Significados atribuídos ao envelhecer (experiência, aprendizado)

O envelhecimento é vivenciado por muitos idosos como um período em que se atinge o ápice de experiência e aprendizado. A chamada longevidade caracteriza-se como uma fase de sabedoria. A sociedade de modo geral também associa a velhice com sabedoria, experiência, porém doenças, tratamentos e morte continuam sendo a representação de muitas pessoas sobre essa fase da vida.

Envelhecendo a gente aprende muito né, vê muita coisa, vê o mundo mudar (I23).

Quando a gente envelhecer trazemos tudo o que aprendemos toda a vida, é uma fase de sabedoria (I30).

Em um estudo realizado com um grupo de estudantes percebe-se que associar a velhice à sabedoria foi comum a dois diferentes grupos do 1º e do 4º ano de uma escola superior de enfermagem. As representações sociais da velhice para diferentes grupos dividem-se em elementos de carga positiva e negativa. Dentre os elementos positivos tem-se a sabedoria e experiência como núcleo (FONSECA *et al.*, 2014).

Outro estudo realizado com jovens, adultos e idosos evidenciou que a sabedoria tem relação com a idade (CACHIONI *et al.*, 2017). A longevidade, principalmente quando se estuda idosos com 80 anos ou mais, traz consigo a ideia associada à sabedoria. O idoso por si possui sentimento de pertencimento desse título como algo que não pode ser excluído de sua essência. Popularmente as pessoas afirmam que os idosos são fonte de conhecimento e sabedoria e, desta forma, cabe a eles respeito, autonomia e dignidade como ser humano, como é de direito.

As limitações desta pesquisa encontram-se voltadas para as dificuldades que podem estar presentes ao se realizar a coleta de dados, pois como se trata da subjetividade dos indivíduos, estes podem ter dificuldade de expressá-las, e o pesquisador necessita formular conceitos e compreensões a partir da análise desses dados.

Outra limitação presente nos estudos qualitativos é que tanto os investigadores como investigados são agentes, o que implica risco de perder a objetivação, estando em jogo a subjetividade do investigador. Além disso, pode haver redução da compreensão do outro e da realidade a uma compreensão introspectiva de si mesmo.

4 CONCLUSÃO

A partir do objetivo proposto emergiram as seguintes categorias: Intenções e vivências do processo de envelhecimento; Instituições sociais e o processo de envelhecimento; e Significados atribuídos ao envelhecer. Os idosos perceberam que o envelhecimento pode ser tranquilo quando associado ao apoio da família, um processo

que significa esperar pela morte, uma fase que carrega muita sabedoria pelas experiências vividas e ainda como uma fase que é marcada pela necessidade de ajudar financeiramente a família.

Ao observar como o idoso percebe e vivencia o processo de envelhecimento, o profissional de saúde consegue compreender de forma mais clara o contexto em que o idoso está inserido e suas necessidades. Destaca-se, portanto, a importância da percepção do processo de envelhecimento como ferramenta para reconstrução de políticas públicas e como guia para a tomada de decisão dos profissionais aptos a atender as reais necessidades desse grupo populacional.

REFERÊNCIAS

AMTHAUER, C.; FALK, J. W. Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso. **Rev. Fund. Care Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 99-105, jan./mar. 2017.

Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/158754/001014444.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 9 jun. 2023.

ANJOS, K. F. *et al.* Características de idosos e de seus cuidadores familiares. **Rev. enferm. UFPE online**, Recife, n. 11, v. 3, p. 1146-1145, mar. 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13489/16209>. Acesso em: 9 jun. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70 Brasil, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 143, n. 202, p. 142-145, 20 out. 2006. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/10/2006&jornal=1&pagina=142&totalArquivos=224>. Acesso em: 26 maio 2017.

CACHIONI, M. *et al.* Bem-estar subjetivo e psicológico de idosos participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 340-351, maio/jun. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/dw4k4zv6YWRrhQ8mCX6tmCn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 6 abr. 2023.

CORRÊA, C. R. S. *et al.* A Polifarmácia no público idoso: perigos, tendências e conflitos de interesse. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 7, n. 3, art. 5, p. 63-75, set./dez. 2020. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/2203/491492979>. Acesso em: 11 jun. 2023.

DAGIOS, P.; VASCONCELLOS, C.; EVANGELISTA, D. H. R. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos não institucionalizados participantes de um centro de convivência e idosos institucionalizados em Ji- Paraná/RO. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 469-484, 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/41571>. Acesso em: 11 jun. 2023.

ELIAS, H. C. *et al.* Relação entre funcionalidade familiar e arranjo domiciliar de idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, n. 21, v. 5, p. 582-590, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/VvbQLh6h7TqyVhMFWTZDcks/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2023.

FIGUEIREDO, T. E. Envelhecimento e família: reflexões sobre a responsabilização familiar, os desafios às políticas sociais e a

regulamentação da profissão de cuidador de pessoa idosa. **Archives of Health**, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 101-110, maio/jun. 2020. Disponível em:

<https://ojs.latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/28/23>. Acesso em: 11 jun. 2023.

FONSECA, A. M. L. P. *et al.* Velhice: representações sociais construídas por estudantes de enfermagem e idosos. *In*: LOPES, M. J. L.; MENDES, F. R. P.; SILVA, A. O. (org.). **Envelhecimento: estudos e perspectivas**. São Paulo: Martinari, 2014. p. 131-145.

IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>. Acesso em: 15 ago. 2017.

IBGE. Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em: 9 mar. 2023.

IBGE. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 7 maio 2017.

KREUZ, G.; FRANCO, M. H. P. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento—Revisão Sistemática de Literatura. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 168-186, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200012. Acesso em: 11 jun. 2023.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a Saúde de Idoso**. Belo Horizonte: SES/MG, 2006. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=85. Acesso em: 25 maio 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa**

qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MINAYO, M. C. S.; FIRMINO, J. O. A. Longevidade: bônus ou ônus? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 24, v. 1, p. 4-5, 2019.

MURAKAMI, E. *et al.* Ser nonagenário: a percepção do envelhecimento e suas implicações. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 65-82, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000200005. Acesso em: 11 jun. 2023.

NERI, A. L. *et al.* O que os idosos entendem por velhice saudável e feliz? *In*: NERI, A. L. (org.). **Fragilidade e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2013. p. 341-362.

NUNES, M. G. S. *et al.* Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1102-1115, out./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/tnJvCQZWHxBQkj4zmYrf3cf/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2023.

PEREIRA, K. G. *et al.* Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, n. 20, v. 2, p. 335-344, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/HW5m6chDzrqRpMh8xJVvDrx/>. Acesso em: 11 jun. 2023.

RIBEIRO, I. A. *et al.* Síndrome do idoso frágil em idosos com doenças crônicas na Atenção Primária. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 53, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/WrsWGQYsSpcmVTBCYzPmXzv/a/bstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2023.

SILVA, J. V. **Saúde do idoso e a enfermagem**: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos. São Paulo: Iátria, 2009.

TIBÃES, E. C. S. *et al.* Funcionalidade e depressão em idosos não institucionalizados em um centro de referência em saúde do norte de

Minas Gerais, Brasil. **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, n. 7, v. 12, p.119263-119282, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/41723>. Acesso em: 11 jun. 2023.

Tendência das taxas de incidência e letalidade da leishmaniose visceral na região nordeste do Brasil¹

7

Arlene de Jesus Mendes Caldas²

Larissa Neuza da Silva Nina³

Thais Furtado Ferreira⁴

Vanessa Moreira da Silva Soeiro⁵

Tereza Cristina Silva⁶

Elza Lima da Silva⁷

¹ Capítulo fruto da dissertação “Distribuição espaço-temporal da Leishmaniose Visceral no Brasil no período de 2007 a 2020”, de autoria de Larissa Neuza da Silva Nina, sob orientação da professora doutora Arlene de Jesus Mendes Caldas, defendida em 10 de março de 2023, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Ainda não publicada no repositório da universidade.

² Enfermeira. Doutora em patologia humana. Docente do PPGENF da UFMA.

³ Enfermeira. Mestra pelo PPGENF da UFMA.

⁴ Enfermeira. Doutora em saúde coletiva. Docente do curso de Enfermagem (*Campus* Pinheiro) da UFMA.

⁵ Enfermeira. Doutora em saúde coletiva. Docente do curso de Enfermagem (*Campus* Pinheiro) da UFMA.

⁶ Bióloga. Doutora em saúde coletiva. Docente do curso de Biologia do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA).

⁷ Enfermeira. Doutora em fisiopatologia clínica e experimental. Docente do PPGENF da UFMA.

RESUMO

Introdução: A Leishmaniose Visceral (LV) encontra-se entre as endemias prioritárias das ações de saúde, estando incluída na lista de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN). No Brasil, está em expansão territorial, caracterizada por mudanças epidemiológicas, especialmente pela urbanização da doença, e pela expansão para outras macrorregiões brasileiras. **Objetivo:** Analisar a tendência da LV na Região Nordeste. **Métodos:** Estudo ecológico da tendência dos casos e óbitos por LV ocorridos na Região Nordeste durante o período de 2013 a 2019. Utilizou-se modelo de regressão linear generalizada de Prais-Winsten para verificar a tendência do agravo na região. **Resultados:** A tendência da incidência da LV mostrou-se decrescente no Piauí, Ceará e Bahia, permanecendo estável nos demais estados da região. Houve decréscimo da tendência da letalidade somente na Paraíba, apresentando-se estável nos demais estados. **Conclusão:** A LV mostrou-se estável na Região Nordeste, mas com aumento do potencial de letalidade. O presente estudo pode contribuir para a elaboração e fortalecimento de ações de controle da LV mais específicas.

Palavras-Chave: Leishmaniose Visceral. Estudos de Séries Temporais. Epidemiologia.

1 INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Visceral (LV), também conhecida como calazar, encontra-se entre as endemias consideradas como prioritárias

das ações de saúde, estando incluída na lista de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN). Sua expansão no território brasileiro é caracterizada por mudanças epidemiológicas, especialmente pela urbanização da doença, conforme Engels e Zhou (2020), e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2022).

No Brasil, A LV é causada pelo protozoário *Leishmania infantum chagasi* e transmitida por flebotomíneos do gênero *Lutzomyia* (*Lutzomyia longipalpis* e *Lutzomyia cruzi*), conhecido popularmente como “mosquito-palha, birigui, asa branca, tatuquira e cangalhinha”. O cão é considerado o principal reservatório urbano do parasita, desempenhando um papel importante na transmissão e epidemiologia da doença. Apresenta-se como uma doença infecciosa generalizada, crônica, caracterizada por febre, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, anemia, hipergamaglobulinemia, edema e estado de debilidade progressivo, podendo levar a óbito (BRASIL, 2019).

A LV apresenta distribuição mundial em 76 países, distribuídos nas Américas, na Ásia, na Europa, no Oriente Médio e na África. Nas Américas, 12 países são endêmicos e é considerada uma das zoonoses mais relevantes, principalmente devido à magnitude, distribuição geográfica e alta taxa de letalidade (OPAS, 2018).

No continente americano, cerca de 96% dos casos estão concentrados no Brasil, com incidência de 4,35 casos por 100.000 habitantes. A média da letalidade de LV, no Brasil, no período de 2000 a 2015, foi de 6,7, sendo que em 2016 a taxa foi de 7,9, considerada a mais elevada quando comparada a outros continentes (OPAS, 2018; BRASIL, 2019).

Historicamente reconhecida como uma endemia rural, a partir da década de 1980 observou-se um paulatino processo de urbanização da LV. A primeira grande epidemia urbana registrada no país ocorreu em Teresina-PI. Posteriormente, epidemias foram descritas em Natal-RN e São Luís- MA, e subsequentemente registrou-se sua disseminação para outras regiões do país. Além disso, nota-se que a doença apresenta aspectos climáticos, sociais e geográficos diferenciados (OPAS, 2022; FURTADO *et al.*, 2015; BRASIL, 2019).

Apresenta ampla distribuição geográfica no Brasil, com o maior número de casos registrados na Região Nordeste, seguido por Sudeste, Norte, Centro-Oeste e Sul. Os estados do Maranhão, Ceará, Bahia e Piauí são aqueles que concentram maior número de casos (TOLEDO *et al.*, 2017).

Diante do exposto, emergiu a necessidade de conhecer a tendência dos casos e óbitos da LV na Região Nordeste, visando fornecer subsídio para uma adequação de recursos e direcionamento das ações de saúde, fundamental para o controle da doença. Assim, temos como hipótese que os casos e óbitos por LV apresentam uma tendência de queda ao longo do tempo entre os estados da Região Nordeste; e como objetivo, analisar a tendência da LV na Região Nordeste.

2 MÉTODOS

Estudo ecológico da tendência dos casos e óbitos por Leishmaniose Visceral ocorridos na Região Nordeste do Brasil durante o período de 2013 a 2019, tendo como unidade de análise os estados da região estudada.

A Região Nordeste é a terceira maior região do Brasil e a maior em número de estados: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe. Sua área total é de 1.561.177 km². Mantém temperatura média entre 20° e 28° C. Em áreas localizadas acima de 200m e no litoral oriental a média é de 24° a 26°C, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019).

Foram selecionados todos os casos e óbitos por LV na Região Nordeste, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde do Brasil (SINAN/MS), e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/MS) no período de 2013 a 2019. Essas informações foram coletadas em julho de 2021.

Para o cálculo de incidência foi considerado como numerador o número de casos de LV ocorridos no município, e como denominador, a população residente no respectivo município multiplicada por 100 mil. Para o cálculo das taxas de letalidade foi considerado como numerador o número de óbitos de LV ocorridos no município, e como denominador, os casos de LV no respectivo município multiplicados por 100.

Utilizou-se o modelo de regressão linear generalizada de Prais-Winsten, que leva em consideração a autocorrelação serial, ou seja, a dependência de uma medida seriada com seus próprios valores em momentos anteriores. Tal procedimento permitiu avaliar as variações como crescentes, decrescentes ou estáveis, a partir da análise da medida de crescimento e do nível de significância ($p < 0,05$) (ANTUNES; CARDOSO, 2015).

Os cálculos de incidência, letalidade e tendência foram realizados no Programa Stata® versão 14.0, a análise estatística espacial foi realizada no software GeoDa versão 1.14.0 e os mapas temáticos foram construídos no software QGIS (versão 3.22.3). Para o georreferenciamento das informações foi utilizada a malha digital dos municípios, a partir da base cartográfica do IBGE.

Esta pesquisa utilizou dados secundários disponíveis no SINAN e SIM/MS, sem identificação de sujeitos, sendo facultada a apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (2013, 2016).

3 RESULTADOS

Entre os anos de 2013 e 2019 foram notificados na Região Nordeste 13.036 casos e 1.048 óbitos por LV. Os estados com maiores incidências foram Maranhão, Ceará e Piauí, e as maiores letalidades foram Maranhão, Pernambuco, Sergipe e Bahia. A Região Nordeste, em 2014, apresentou a maior incidência de casos (3,93/100.000 habitantes), e em 2019, a menor incidência de casos (2,52/100.000 habitantes). Em relação à taxa de letalidade da LV, observou-se variação anual em 2013, com a taxa de 6,14%, atingindo pico em 2016, com 9,42%, e em 2019, o valor foi de 7,99% (Tabela 1).

Tabela 1 – Tendência da incidência e taxa de letalidade de leishmaniose visceral na Região Nordeste do Brasil, no período de 2013-2019

Variáveis	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Coefficiente	p-valor	Tendência	Taxa de variação
Incidência											
Maranhão	9,92	7,77	7,75	9,48	10,20	9,48	5,61	-0,019252	0,360	Estável	-
Piauí	6,19	8,23	6,71	5,32	7,21	5,51	4,43	-0,0278118	0,030	Decrescente	-6,20
Ceará	5,00	6,00	5,14	3,56	3,76	3,76	3,23	-0,0409897	0,007	Decrescente	-9,00
Rio Grande do Norte	2,25	2,85	2,18	2,42	2,45	2,67	2,48	0,0031895	0,520	Estável	-
Paraíba	0,84	1,24	1,11	0,70	1,14	1,13	1,14	0,0093559	0,549	Estável	-
Pernambuco	0,66	1,70	1,78	1,12	1,83	2,00	1,66	0,0435144	0,096	Estável	-
Alagoas	0,73	1,26	1,32	0,63	1,33	3,07	1,98	0,0743644	0,076	Estável	-
Sergipe	2,14	2,75	2,72	2,21	3,06	2,90	2,57	0,0115554	0,175	Estável	-
Bahia	2,03	3,13	2,30	1,43	2,01	2,05	1,25	-0,0385893	0,050	Decrescente	-8.50
Nordeste	3,33	3,93	3,44	2,91	3,52	3,50	2,52	-0,0147237	0,106	Estável	-

Taxa de letalidade											
Maranhão	11,59	3,56	8,08	12,34	10,02	7,98	5,10	-0.002365	0.950	Estável	-
Piauí	5,08	8,37	5,58	7,60	7,76	5,56	4,83	-0.0116308	0.476	Estável	-
Ceará	6,38	8,66	9,17	8,78	10,03	7,92	8,81	0.0127663	0.282	Estável	-
Rio Grande do Norte	2,63	5,15	9,33	11,90	6,98	6,45	8,05	0.0660527	0.191	Estável	-
Paraíba	0,00	14,29	15,91	10,71	8,70	6,67	4,35	-0.1109426	<0.001	Decrescente	-22.5
Pernambuco	9,84	6,33	10,24	9,52	8,09	5,26	8,81	-0.0167267	0.323	Estável	-
Alagoas	8,33	4,76	9,09	4,76	6,67	10,78	7,58	0.0254701	0.167	Estável	-
Sergipe	6,38	14,75	16,39	22,00	12,86	15,15	10,17	0.0190378	0.609	Estável	-
Bahia	8,17	6,75	6,88	6,39	7,14	9,90	7,53	0.0103714	0.412	Estável	-
Nordeste	6,14	7,11	8,53	9,42	8,74	8,25	7,99	0.0184386	0.221	Estável	-

Fonte: Os autores com base nos dados do SINAN (2021).

A tendência de incidência da LV mostrou-se estável no Nordeste. Analisando-se os estados, houve decréscimo desse indicador no Piauí (-6,20%), no Ceará (-9,00%), e na Bahia (-8,50%), e estabilidade nos demais. Quanto à tendência da taxa de letalidade, observou-se decréscimo apenas na Paraíba (22,50%), permanecendo estável na região e nos demais estados (Tabela 1).

4 DISCUSSÃO

Apesar da elevada incidência da LV na Região Nordeste do Brasil, a tendência da doença se manteve estável na região e na maioria dos estados no período estudado. A taxa de letalidade da LV apresentou-se decrescente somente no estado da Paraíba, mantendo-se estável na região e nos demais estados.

A LV é uma doença vetorial típica de regiões tropicais e subtropicais e afeta principalmente países em desenvolvimento, onde a pobreza, a falta de condições básicas de saneamento e as alterações ambientais são fatores determinantes à sua propagação (BRASIL, 2019). Essas características encontradas na Região Nordeste do Brasil contribuem para a endemicidade da doença.

Dentre as regiões do país, o Nordeste apresenta histórico de alta incidência, sendo na década de 1990 responsável por aproximadamente 90% dos casos notificados de LV (BRASIL, 2019). Com a expansão da doença para outras regiões, essa situação vem se modificando e o Nordeste apresenta diminuição da proporção de notificações de LV, enquanto o Norte apresenta aumento nas notificações, o que pode ser justificado pelos esforços de vigilância e controle da doença na região. No entanto, segundo levantamento de dados já realizado em períodos anteriores, é possível verificar que o Nordeste ainda representa a metade de casos de LV no país (TELES *et al.*, 2015; OPAS, 2018).

O presente estudo mostra que a tendência da incidência, ao longo do período analisado, se apresentou estável na maioria dos estados, indicando que apesar de a incidência da LV se apresentar alta na região, não foi observada mudança no panorama de incidência da

doença. Uma possível explicação para o fato é que não foram priorizadas as ações de controle, ou quando presentes não foram efetivas, uma vez que parecem ter apenas evitado o aumento da incidência da doença na região (BRASIL, 2017; OPAS, 2018; ALVES; FONSECA, 2018).

O mesmo comportamento foi observado em relação à tendência da taxa de letalidade da LV, que se apresentou estável na região e na maioria dos estados, exceto na Paraíba onde se mostrou em decréscimo. Assim, foi possível verificar que mesmo nos estados onde a incidência está em decréscimo a letalidade se mantém estável. Pressupõe-se que onde a incidência é menor e a letalidade estável o tratamento não está sendo feito de forma adequada, contribuindo para o crescimento de óbitos, o que pode ser justificado pelas dificuldades de manejo clínico da doença. Sabe-se que o diagnóstico da LV, na maioria das vezes, é feito em ambiente hospitalar, o que pode retardar o início do tratamento, aumentando a gravidade da doença e a probabilidade de óbito. A disponibilização de testes rápidos para diagnóstico da LV, que ainda é restrita a alguns serviços, seria uma importante estratégia na detecção da doença antes de complicações clínicas (ALVES; FONSECA, 2018; OPAS, 2018).

Somam-se ainda as dificuldades em operacionalizar as ações de controle da doença devido à insuficiência de infraestrutura técnico-operacional. Recursos financeiros e humanos insuficientes, falta de acesso e acolhimento nas unidades de saúde, carência de ações de educação em saúde, configuram-se como desafios na execução das ações de controle e tratamento da doença (SILVA *et al.*, 2017; VON ZUBEN; DNALÍSIO, 2016).

A manutenção da situação de endemicidade e a expansão geográfica da doença requerem ações enérgicas, sendo recomendados processos que facilitem o diagnóstico e o tratamento precoce dos casos humanos. Assim, medidas devem ser implementadas com o objetivo de reduzir a população de flebotomíneos; eliminação de reservatórios; atividade de educação permanente para os profissionais; e educação em saúde para a população. Os municípios devem pautar essas ações em análises epidemiológicas, buscando a realização de forma integrada, uma vez que estas quando realizadas de forma isolada não são eficazes na prevenção ou controle da doença (SAMPAIO *et al.*, 2015; BARRETO *et al.*, 2011; VON ZUBEN; DNALÍSIO, 2016).

Estudos (GÓES; JERALDO; OLIVEIRA, 2014; LUZ *et al.*, 2009) têm demonstrado que, além de intervenções ambientais e controle vetorial, é necessária a atualização constante dos profissionais em todos os níveis de assistência, bem como a realização de ações integradas de programas e entre os serviços de saúde na identificação precoce de casos suspeitos, para que sejam diagnosticados e tratados em tempo hábil, e que esses fatores têm contribuído para a redução da letalidade da LV.

Reitera-se a importância da notificação da doença, uma vez que além de fornecer dados para a vigilância em saúde, propicia a elaboração de ações de controle e combate da doença (MELO *et al.*, 2018).

Este estudo tem como ponto forte a utilização de análise de tendência dos casos e óbitos da LV na Região Nordeste, visto que a maioria dos estudos avalia perfil epidemiológico da doença em estados

isolados (MAIA *et al.*, 2014; TELES *et al.*, 2015; FURTADO *et al.*, 2015; BARBOSA, 2016; CAVALCANTI *et al.*, 2017).

As limitações encontradas no presente estudo são próprias de pesquisas com base em dados secundários, em que a qualidade do preenchimento das informações nas fichas de notificações muitas vezes contribui para a subestimação das informações. Contudo, mesmo com a possibilidade de dados subnotificados, os resultados encontrados se mostram impactantes e podem subsidiar o planejamento de ações para o controle da doença.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que a Região Nordeste continua responsável por elevado número de casos e óbitos por LV ocorridos no país. Os estados do Maranhão, Ceará e Piauí apresentaram maiores incidências da doença no período. A tendência da taxa de incidência e da taxa de letalidade mostraram-se estáveis na região e na maioria dos estados.

Esses resultados indicam que são necessárias ações de prevenção e diagnóstico precoce da doença, bem como estudos acerca do comportamento das populações e da influência de fatores ambientais na distribuição e letalidade da LV. Esses achados podem ser úteis para a vigilância de casos e óbitos, atuação dos profissionais e gestores em saúde, bem como para nortear políticas públicas com vistas à redução dos indicadores estudados.

REFERÊNCIAS

- ALVES, W. A.; FONSECA, D. S. Leishmaniose visceral humana: estudo do perfil clínico- epidemiológico na região leste de Minas Gerais, Brasil. **J. Health Biol. Sci.**, Fortaleza, v. 6, n. 2, p. 133- 130, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1764/630>. Acesso em: 11 jun. 2023.
- ANTUNES, J. L. F.; CARDOSO, M. R. A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 656-576, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zzG7bfRbP7xSmqgWX7FfGZL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2023.
- BARBOSA, I. R. Leishmaniose Visceral Humana no município de Natal-RN: análise clínico-epidemiológica e espacial. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 2, n. 1, p. 89-101, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/8559/7120>. Acesso em: 11 jun. 2023.
- BARRETO, M. L. *et al.* Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. **The Lancet**, [s.l.], v. 377, ed. 9780, p. 1877-1889, maio 2011. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60202-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60202-X/fulltext). Acesso em: 19 jun. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em: 19 jun. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/volume-unico-2017.pdf. Acesso em: 19 jun. 2023.

CAVALCANTI, O. L. *et al.* Aspectos da incidência de Leishmaniose Visceral Humana e Canina no município de Floriano/PI, Brasil.

Revista Espacios, Caracas, v. 38, n. 8, p. 20, 2017. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n08/17380821.html>. Acesso em: 19 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013. Disponível em:

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 11 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=24/05/2016&pagina=44>. Acesso em: 11 jun. 2023.

ENGELS, D.; ZHOU, X. N. Neglected tropical diseases: an effective global response to local poverty-related disease priorities. **Infect. Dis. Poverty.**, [s.l.], v. 9, n. 1, p. 1-9. 2020. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6986060/>. Acesso em: 19 jun. 2023.

FURTADO, A. S. *et al.* Análise espaço-temporal da leishmaniose visceral no estado do Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3935-3942, dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/S5FqVGZdNqDBwgCGXN3yYPD/>. Acesso em: 11 jun. 2023.

GÓES, M. A. O.; JERALDO, V. L. S.; OLIVEIRA, A. S. Urbanização da leishmaniose visceral: aspectos clínicos e epidemiológicos em Aracaju, Sergipe, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 31, p. 119-126, 2014.

Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/685/618>. Acesso em: 11 jun. 2023.

IBGE. Censo demográfico população de habitantes. **Sidra**, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: www.sidra.gov.br. Acesso em: 20 set. 2019.

LUZ, Z. M. P. *et al.* The organization of health services and visceral leishmaniasis: an integrated intervention to improve diagnosis and treatment. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1177-1184, maio 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XRdXjJ5vztrKYBXQ49m7RSc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2023.

MAIA, C. S. *et al.* Análise Espacial da Leishmaniose Visceral Americana no município de Petrolina, Pernambuco, Brasil. **Hygeia**, Uberlândia, v. 10, n. 18, p. 167- 176, jun. 2014. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/24027/14857>. Acesso em: 11 jun. 2023.

MELO, M. A. S. *et al.* Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 71, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/104/153>. Acesso em: 11 jun. 2023.

OPAS. **Leishmanioses**: informe epidemiológico das Américas, nº 6. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34857/LeishReport6_por.pdf?sequence=5#:~:text=Nas%20Am%C3%A9ricas%2C%20os%20casos%20de,%20prov%C3%ADncias%2C%20distritos%2C%20etc. Acesso em: 26 jun. 2023.

OPAS. **Leishmanioses**: informe epidemiológico das Américas, nº 11. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2022. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56832/OPASCDEVT220021_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 26 jun. 2023.

SAMPAIO, R. B. *et al.* Mobilização para um Programa de Pesquisa Translacional em Leishmanioses: uma Solução para Saúde Pública. **Tempus, actas de saúde colet.**, Brasília, DF, v. 9, n. 3, p. 249-267,

set. 2015. Disponível em:
<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1800/1461>. Acesso em: 19 jun. 2023.

SILVA, K. B. M. *et al.* Análise Espacial da Leishmaniose Visceral no Município de Palmas, Tocantins, Brasil. **Hygeia**, Uberlândia, v. 13, n. 25, p. 18-29, set. 2017. Disponível em:
<https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/36095>. Acesso em: 19 mar. 2023.

TELES, A. P. S. *et al.* Fatores de risco associados à ocorrência da Leishmaniose Visceral na área urbana do município de Campo Grande/MS. **Hygeia**, Uberlândia, v. 11, n. 21, p. 35-48, 2015. Disponível em:
<https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/29627>. Acesso em: 19 mar. 2023.

TOLEDO, C. R. S. *et al.* Vulnerabilidade à transmissão da leishmaniose visceral Humana em área urbana brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 49, p. 1-11, 2017. Disponível em:
http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872017051006532/0034-8910-rsp-S1518-87872017051006532-pt.x51180.pdf. Acesso em: 11 jun. 2023.

VON ZUBEN, A. P. B.; DNALÍSIO, M. R. Dificuldades na execução das diretrizes do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral em grandes municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, 2016. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/PLxTwhghysWd8JyCYrrnmnTM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2023.

Conhecimento e fatores relacionados sobre diabetes *mellitus* tipo 2¹

8

Raquel de Aguiar Portela²

José Rodrigo Santos Silva³

Santana de Maria Alves de Sousa⁴

Líscia Divana Carvalho Silva⁵

Rosilda Silva Dias⁶

Andréa Cristina Oliveira Silva⁷

¹ Capítulo fruto da dissertação intitulada “Avaliação do conhecimento e adesão às atividades de autocuidado em pessoas com diabetes mellitus”, de autoria de Raquel de Aguiar Portela, sob orientação da Dr.^a Andrea Cristina Oliveira Silva, defendida em 12 de março de 2021, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).
Link de acesso: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/3792>

² Enfermeira, mestre em enfermagem pelo PPGENF da UFMA, enfermeira do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA).

³ Estatístico, doutor em biometria e estatística, docente do Departamento de Estatística e Ciências Atuariais da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

⁴ Enfermeira, doutora em ciências sociais, docente do PPGENF da UFMA.

⁵ Enfermeira, doutora em ciências, docente do PPGENF da UFMA.

⁶ Enfermeira, doutora em fisiopatologia clínica e experimental, docente do PPGENF da UFMA.

⁷ Enfermeira, doutora em ciências, docente do PPGENF da UFMA.

RESUMO

Introdução: A elevada prevalência do diabetes *mellitus* na população mundial e suas complicações demonstram a importância do conhecimento sobre as medidas preventivas a serem adotadas pelas pessoas. **Objetivo:** Identificar o conhecimento das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 sobre a doença, relacionando-o com variáveis sociodemográficas e clínicas. **Método:** Estudo transversal, quantitativo, realizado nas unidades de saúde do distrito Centro, em São Luís-MA, Brasil. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2019 a outubro de 2020, por meio de um formulário com dados sociodemográficos e clínicos e do questionário de avaliação do conhecimento. Para a análise dos dados utilizou-se o teste do Qui-Quadrado ou Exato de Fisher, adotando nível de significância de 5%, através do *software* R, versão 4.0.0. Foram respeitados os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos. **Resultados:** A amostra foi composta por 270 pessoas com diabetes. Identificou-se que 51,1% tinham conhecimento insatisfatório sobre sua doença, com maiores proporções de acertos nas questões relacionadas à fisiologia básica, e de erros nas questões relativas à substituição de alimentos. Verificou-se significância estatística do conhecimento em relação à faixa etária ($p=0,015$), escolaridade ($p=0,000$), ocupação ($p=0,001$) e participação em grupos de educação em diabetes ($p=0,010$). Não houve significância estatística da variável sexo e morar com outra pessoa. **Conclusão:** O conhecimento sobre diabetes dos participantes evidenciou significância estatística com as características sociodemográficas e clínicas, revelando que as pessoas idosas, com baixa escolaridade, aposentados

e que não participam de grupos educativos necessitam de um atendimento focado em suas características e dificuldades individuais, inserindo-as em atividades educativas para a construção e fortalecimento do conhecimento sobre o diabetes, estimulando o autocuidado e a prevenção de complicações.

Palavras-Chave: Conhecimento. Diabetes *Mellitus* Tipo 2. Educação em Saúde. Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A prevalência do diabetes *mellitus* (DM) na população mundial tem aumentado ao longo do tempo devido ao envelhecimento da população, ao crescente desenvolvimento econômico e à urbanização, que levam a estilos de vida sedentários e a um maior consumo de alimentos não saudáveis. Em todo o mundo, mais de meio bilhão de pessoas vivem com diabetes, e essa condição crônica configura-se entre as dez principais causas de morte (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2021; MALTA *et al.*, 2019).

O diabetes constitui-se em um importante desafio mundial por afetar a saúde da pessoa, a família, a sociedade e os sistemas de saúde, devido aos impactos na mortalidade e na qualidade de vida ocasionados por incapacidades, perda de produtividade e complicações crônicas advindas da doença, além dos elevados custos financeiros (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2021; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2022).

O conhecimento das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) sobre a doença é essencial para o controle da glicemia e

prevenção de complicações como a cardiovascular, retinopatia, nefropatia e neuropatia. Além disso, pode influenciar o seu engajamento no tratamento e as decisões relacionadas aos cuidados essenciais como a alimentação balanceada, prática regular de exercícios físicos, não abandono do tratamento medicamentoso, higienização e cuidados com os pés (TRAJANO *et al.*, 2018).

Alguns estudos têm investigado o conhecimento de pessoas com DM2 sobre a doença em diferentes países e culturas. No entanto, os resultados variam de acordo com a idade, nível socioeconômico, educação e tempo de diagnóstico (ASMELASH, 2019; DUGANI; MIELKE; VELLA, 2021; YAN *et al.*, 2022).

No Brasil, particularmente, é premente investigar o conhecimento de pessoas com DM2, uma vez que o país é um dos líderes em prevalência de diabetes no mundo, com cerca de 15,7 milhões de pessoas diagnosticadas (*INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION*, 2021). Além disso, o DM2 é responsável pela elevada morbidade e mortalidade no país, o que ressalta a importância de aprimorar a educação em saúde para essa população (RAMOSK; PRUDÊNCIO, 2020).

A falta de conhecimento pode levar a complicações graves e até mesmo à morte (CASTRO *et al.*, 2021). Portanto, faz-se necessário investigar o nível de conhecimento das pessoas com DM2 nas diferentes regiões e localidades do Brasil. Isso permitirá a identificação de lacunas no conhecimento e o desenvolvimento de intervenções educativas específicas para melhorar o controle da doença e prevenir complicações.

A educação em diabetes é o processo de desenvolvimento de habilidades para o autocuidado por meio do compartilhamento de conhecimentos para o gerenciamento dessa condição. Com a incorporação de ferramentas para atingir as metas estabelecidas em cada etapa do tratamento, as pessoas com diabetes são motivadas a serem o centro das decisões do seu próprio tratamento, com estímulos para mudanças de comportamentos positivos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2022).

No contexto da atuação profissional os enfermeiros precisam assumir o seu espaço, orientando a população quanto às ações de prevenção de complicações e promoção da saúde. Isso pode ser feito por meio de ação educativa na sala de espera, grupos educativos, nas consultas de enfermagem, visitas domiciliares e demais estratégias de ação que possam auxiliar na orientação da população (REALE *et al.*, 2019).

Assim, as ações educativas baseadas no diálogo e na reflexão podem ser recursos efetivos para a formação de um conhecimento crítico que possibilitará ampliar a compreensão das pessoas e de sua autonomia diante de suas condições de vida e saúde a fim de traduzir o conhecimento teórico em ações práticas, visto que auxilia no autocuidado, previne complicações, melhora a qualidade de vida e aumenta a longevidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2022).

O manejo de pessoas com diabetes depende em grande parte do nível de compreensão dessa condição e da habilidade de seu cuidado diário, pois o conhecimento e as práticas de autocuidado são elementos essenciais para a manutenção da saúde e prevenção de complicações

(ZAMBRANO; BAUTISTA, 2022). Nessa perspectiva, enfermeiros e demais profissionais da saúde podem conhecer essa realidade e estabelecer estratégias para ajudá-las no enfrentamento do diabetes, com destaque para os cuidados diários e tratamento, orientando-as a lidar melhor com as dificuldades vivenciadas, reduzindo a suscetibilidade a complicações.

Neste sentido, objetivou-se identificar o conhecimento das pessoas com DM2 sobre a doença, relacionando-o com variáveis sociodemográficas e clínicas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa realizado nas unidades de saúde do distrito Centro que atendem pessoas com diabetes ou por meio de visitas domiciliares em companhia dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pertencentes às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) desse distrito, no município de São Luís-MA, Brasil.

Para definir o tamanho da amostra utilizou-se a fórmula para cálculos de população finita, e pelo fato de os estudos não utilizarem estimativas de proporção ou média geral do conhecimento sobre o diabetes considerou-se a proporção da população de 50% o número de pessoas com DM2 vinculados às unidades de saúde ($n=671$), erro de estimativa de 5%, nível de confiança de 95%, acrescido de 10% para possíveis perdas ou exclusões (LUIZ; MAGNANINI, 2000). A amostra foi do tipo não probabilística por conveniência e constituída por 270 pessoas com DM2, atendendo aos seguintes critérios de inclusão: ser

maior de 18 anos, estar vinculado às unidades de saúde pesquisadas e que tivesse sido diagnosticado com DM2 há no mínimo seis meses, tempo considerado suficiente para ter vivenciado as adaptações à nova rotina de vida em virtude do diagnóstico da doença. Não foram incluídas pessoas que apresentassem problemas que dificultassem ou impedissem a comunicação verbal.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2019 a outubro de 2020, por meio de um formulário contendo dados sociodemográficos e clínicos e do questionário de avaliação do conhecimento, versão traduzida e adaptada para a população brasileira (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2005) do *Diabetes Knowledge Scale Questionnaire* (DKN-A).

O formulário com dados sociodemográficos e clínicos foi construído pela pesquisadora e contempla informações sobre sexo, idade, escolaridade, ocupação, mora com outra pessoa, participação em grupo de educação em diabetes, peso, estatura, índice de massa corporal, tempo de diagnóstico, complicações do diabetes e acompanhamento nutricional, médico e com enfermeiro.

O questionário de avaliação do conhecimento (DKN-A) possui 15 itens de respostas de múltipla escolha acerca de diferentes aspectos relacionados ao conhecimento geral do diabetes. Apresenta cinco amplas categorias: fisiologia básica, incluindo a ação da insulina; hipoglicemia; grupos de alimentos e suas substituições; gerenciamento do diabetes na intercorrência de alguma outra doença e princípios gerais dos cuidados da doença. A escala de medida é de 0-15, e cada item é aferido com escore um (1) para resposta correta e zero (0) para incorreta. Os itens de 1 a 12 requerem uma única resposta correta. Para

os itens de 13 a 15 existem 2 respostas corretas e todas devem ser assinaladas para obter o escore um (1). Um escore maior que oito pontos indica conhecimento sobre o diabetes (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2005).

Dessa forma, para a categorização dos resultados do DKN-A utilizou-se o termo conhecimento insatisfatório para as pontuações menores ou iguais a oito pontos e conhecimento satisfatório para as pontuações maiores que oito pontos.

O banco de dados foi processado pelo *software* R, versão 4.0.0, com análise descritiva dos dados na qual foram computadas as frequências e percentuais das variáveis qualitativas. Posteriormente, na análise da variável DKN-A e de sua relação com as demais variáveis qualitativas utilizou-se os testes de Qui-Quadrado e Exato de Fisher, adotando-se o nível de significância de 5%.

A pesquisa obedeceu aos requisitos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (2013), que rege a pesquisa com seres humanos, estando aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, sob o parecer de número 3000818.

3 RESULTADOS

Na avaliação geral relacionada ao nível de conhecimento sobre o diabetes identificou-se que 51,1% (n=138) dos entrevistados apresentaram conhecimento insatisfatório e 48,9% (n=132) apresentaram conhecimento satisfatório sobre sua doença.

No que concerne às respostas obtidas dos 15 itens do questionário DKN-A, verificou-se que as questões que obtiveram maior proporção de acertos foram referentes à compreensão de que no diabetes sem controle o açúcar no sangue é alto (83,3%, n=225), o controle mal feito do diabetes pode resultar numa chance maior de complicações tardias (74,8%, n=202), e que se uma pessoa com diabetes estiver tomando insulina e ficar doente ou não conseguir comer a dieta prescrita, ela deveria continuar a tomar insulina (74,8%, n=202) (Tabela 1).

Quanto às maiores proporções de erros, estes estiveram relacionados a questões como se a pessoa não estiver com vontade de comer o pão francês permitido na dieta para o café da manhã, ela pode comer quatro biscoitos de água e sal e trocar por dois pães de queijo médios (48,2%, n=130), e que a hipoglicemia é causada por excesso de insulina (47,0%, n=127). Sobre as questões que não souberam informar, obteve-se maior proporção no entendimento de que a presença de cetonas na urina é um mau sinal (83,0%, n=224), e na questão relacionada à substituição alimentar que especificou que um pão francês é igual a quatro biscoitos de água e sal, e um ovo é igual a uma porção de carne moída (41,5%, n=112) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de acertos, erros e não soube informar relacionados às respostas dos itens sobre o conhecimento do diabetes baseado no questionário DKN-A. São Luís-MA, Brasil, 2020. (n=270)

Respostas dos itens do DKN-A	Acertos n (%)	Erros n (%)	Não soube informar n (%)
1. No diabetes sem controle o açúcar no sangue é alto;	225 (83,3)	17 (6,3)	28 (10,4)
2. O controle mal feito do diabetes pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde;	202 (74,8)	39 (14,4)	29 (10,7)
3. A faixa de variação normal de glicose no sangue é de 70-110 mg/dL;	186 (68,9)	35 (13,0)	49 (18,2)
4. A manteiga é composta principalmente de gordura;	151 (55,9)	38 (14,1)	81 (30,0)
5. O arroz é composto principalmente de carboidratos;	133 (49,3)	54 (20,0)	83 (30,7)
6. A presença de cetonas na urina é um mau sinal;	41 (15,2)	5 (1,9)	224 (83,0)
7. Alterações nos pulmões são possíveis complicações que não estão geralmente associadas a diabetes;	185 (68,5)	32 (11,9)	53 (19,6)
8. Se uma pessoa que está tomando insulina apresentar uma taxa alta de açúcar no sangue ou na urina, assim como presença de cetonas, ela deve manter a mesma quantidade de insulina e	163 (60,4)	79 (29,3)	28 (10,4)

	a mesma dieta e fazer um exame de sangue e de urina mais tarde;			
9.	Se uma pessoa com diabetes está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta receitada ela deve continuar a tomar insulina;	202 (74,8)	40 (14,8)	28 (10,4)
10.	Se você sente que a hipoglicemia está começando você deve comer ou beber algo doce imediatamente;	190 (70,4)	55 (20,4)	25 (9,3)
11.	Alface e agrião são alimentos que você pode comer o quanto quiser;	178 (65,9)	70 (25,9)	22 (8,2)
12.	A hipoglicemia é causada por excesso de insulina;	92 (34,1)	127 (47,0)	51 (18,9)
13.	Um quilo é uma unidade de peso igual a 1.000 gramas;	172 (63,7)	42 (15,6)	56 (20,7)
14.	Um pão francês é igual a quatro biscoitos de água e sal, e um ovo é igual a uma porção de carne moída e são duas substituições corretas;	62 (23,0)	96 (35,6)	112 (41,5)
15.	Se eu não estiver com vontade de comer o pão francês permitido na minha dieta para o café da manhã, eu posso comer quatro biscoitos de água e sal e trocar por dois pães de queijo médios;	50 (18,5)	130 (48,2)	90 (33,3)

Fonte: Autoria própria.

Na relação do conhecimento das pessoas com DM2 com as variáveis sociodemográficas, foi possível verificar que as variáveis relativas à faixa etária, escolaridade, ocupação e participar de grupo de

educação em diabetes tiveram significância estatística, enquanto não houve diferença estatisticamente significativa quanto às variáveis sexo e morar com outra pessoa, conforme detalhado na Tabela 2.

Na variável faixa etária observou-se que com o aumento da idade, o conhecimento sobre a doença diminuiu gradativamente, alcançando 60,0% de conhecimento satisfatório entre os entrevistados que estavam na faixa etária de 18 a 39 anos, 54,9% entre os que tinham de 40 a 59 anos, 54,7% entre os que tinham de 60 a 69 anos, e apenas 33,8% de conhecimento satisfatório entre as pessoas acima de 70 anos (Tabela 2).

Em relação à escolaridade, notou-se que o percentual de pessoas com conhecimento satisfatório apresentava melhor escolaridade, com 16,0% para analfabetos, 45,5% para pessoas com ensino fundamental, 61,0% para pessoas com ensino médio, e 83,3% para pessoas com ensino superior (Tabela 2).

Quanto à ocupação, que igualmente apresentou relação significativa com o conhecimento, foi observado que 71,1% das pessoas economicamente ativas e 56,6% das pessoas que trabalhavam em casa possuíam conhecimento satisfatório. Desempregados e aposentados foram aqueles que apresentaram o menor nível de conhecimento, com 38,5% e 38,2%, respectivamente (Tabela 2).

Além desses resultados, foi possível constatar que 69,2% das pessoas que possuíam conhecimento satisfatório sobre a doença participavam de algum grupo de educação em diabetes, enquanto somente 45,5% das pessoas que não participavam de grupo de educação apresentaram conhecimento satisfatório (Tabela 2).

Tabela 2 – Relação do conhecimento das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 segundo as variáveis sociodemográficas. São Luís-MA, Brasil, 2020. (n=270)

Variáveis	Conhecimento		p-valor*
	Satisfatório n (%)	Insatisfatório n (%)	
Sexo			0,913
Feminino	91 (48,4)	97 (51,6)	
Masculino	41 (50,0)	41 (50,0)	
Faixa etária			0,015
18 a 39 anos	3 (60,0)	2 (40,0)	
40 a 59 anos	45 (54,9)	37 (45,1)	
60 a 69 anos	58 (54,7)	48 (45,3)	
Acima de 70 anos	26 (33,8)	51 (66,2)	
Escolaridade			0,000
Analfabeto	4 (16,0)	21 (84,0)	
Ensino fundamental	71 (45,5)	85 (54,5)	
Ensino médio	47 (61,0)	30 (39,0)	
Ensino superior	10 (83,3)	2 (16,7)	
Ocupação			0,001
Aposentado	52 (38,2)	84 (61,8)	
Trabalha em casa	43 (56,6)	33 (43,4)	
Ativo	32 (71,1)	13 (28,9)	
Desempregado	5 (38,5)	8 (61,5)	
Mora com outra pessoa			0,422
Sim	124 (49,8)	125 (50,2)	
Não	8 (38,1)	13 (61,9)	
Grupo de educação em diabetes			0,010
Sim	27 (69,2)	12 (30,8)	
Não	105 (45,5)	126 (54,5)	

Fonte: Autoria própria.

*Teste do Qui-Quadrado; Exato de Fisher.

Na relação do conhecimento das pessoas com DM2 (DKN-A) com as variáveis clínicas não houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis relativas ao IMC ($p=0,151$), tempo de diagnóstico ($p=0,413$), complicação do DM ($p=0,206$), acompanhamento nutricional ($p=0,181$), acompanhamento médico ($p=1,000$) e acompanhamento com enfermeiro ($p=0,617$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Relação do conhecimento das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 segundo as variáveis clínicas. São Luís-MA, Brasil, 2020. (n=270)

Variáveis	Conhecimento		p-valor*
	Satisfatório n (%)	Insatisfatório n (%)	
Índice de Massa Corporal			0,151
Abaixo do peso	0 (0,0)	1 (100,0)	
Normal	38 (41,3)	54 (58,7)	
Sobrepeso	58 (55,2)	47 (44,8)	
Obesidade	36 (50,0)	36 (50,0)	
Tempo de diagnóstico			0,413
Menor que 05 anos	38 (45,8)	45 (54,2)	
05 a 10 anos	27 (44,3)	34 (55,7)	
Acima de 10 anos	67 (53,2)	59 (46,8)	
Complicação do diabetes			0,206
Sim	53 (44,2)	67 (55,8)	
Não	79 (52,7)	71 (47,3)	
Acompanhamento nutricional			0,181
Sim	38 (56,7)	29 (43,3)	
Não	94 (46,3)	109 (53,7)	
Acompanhamento médico			1,000

Sim	123 (49,0)	128 (51,0)	
Não	9 (47,4)	10 (52,6)	
Acompanhamento com enfermeiro			0,617
Sim	40 (51,9)	37 (48,1)	
Não	92 (47,7)	101 (52,3)	

Fonte: Autoria própria.

*Teste do Qui-Quadrado; Exato de Fisher.

4 DISCUSSÃO

Evidenciou-se que mais da metade dos participantes apresentou conhecimento insatisfatório acerca da doença, estando em concordância com os resultados encontrados em outras pesquisas (ASSUNÇÃO *et al.*, 2017; LIMA *et al.*, 2020; TESTON *et al.*, 2017; VIETTA *et al.*, 2019). Uma compreensão elementar a respeito do diabetes é importante para quem convive com essa condição crônica, devido aos possíveis benefícios do conhecimento sobre os cuidados com a saúde e tratamento dessas pessoas.

As questões que obtiveram maiores proporções de acertos estiveram relacionadas aos aspectos da fisiologia básica. Fato semelhante ao observado por Borba *et al.* (2019) em um ensaio clínico randomizado realizado com idosos diabéticos na atenção primária à saúde, em que as maiores proporções de acertos estiveram igualmente enquadradas nessa categoria, com destaque para a questão relativa à quantidade de açúcar no sangue no descontrole da doença. E a outra questão referente à chance de complicações em caso de controle inadequado do diabetes, constatado também em uma pesquisa sobre o

conhecimento e atitudes em DM2 com vistas a oferecer subsídios para o autocuidado e promoção da saúde (SANTOS *et al.*, 2016).

Por outro lado, destaca-se que as questões com maiores proporções de erros foram aquelas relativas às substituições de alimentos, resultado condizente com os achados em outros estudos sobre o conhecimento das pessoas com diabetes sobre a doença (BORBA *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2016). Além disso, a maior parte das pessoas entrevistadas não soube informar que a presença de cetonas na urina seria um mau sinal em relação ao diabetes. Pesquisa realizada por Borba *et al.* (2019) em unidades de saúde da cidade de Recife (PE) esclareceu que o desconhecimento do termo cetona poderia estar associado à escassa utilização da palavra na comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas com diabetes.

A prática educativa durante os atendimentos em saúde configura-se como uma estratégia imprescindível para o empoderamento, controle e tratamento da doença por meio do conhecimento dos benefícios e ações de autocuidado, a fim de estimular a adesão a essas práticas e contribuir positivamente para sua qualidade de vida, afirmam Bezerra *et al.* (2020).

No que diz respeito à relação do conhecimento com as variáveis sociodemográficas e clínicas, identificou-se significância estatística com a faixa etária, escolaridade, ocupação e participação em grupo de educação em diabetes. Alguns autores verificaram que o conhecimento da doença diminuiu com o avanço da idade e baixa escolaridade, sendo preditores para o insuficiente letramento funcional em saúde (ASSUNÇÃO *et al.*, 2017; BORBA *et al.*, 2019). Possivelmente um maior nível de escolaridade configura como um fator que facilita a

assimilação de uma variedade de informações sobre o DM (AMARAL *et al.*, 2019).

Reforça-se que a escolaridade é um fator que contribui positivamente para um adequado tratamento, visto que proporciona o acesso à informação, podendo resultar em melhorias na prática do autocuidado. Entretanto, na educação em saúde os profissionais de saúde devem criar estratégias que facilitem o aprendizado das pessoas com diabetes mesmo diante de um baixo nível de escolaridade (SANTOS; FREITAS, 2018).

As pessoas economicamente ativas e que trabalhavam em casa são as que possuíam um maior nível de conhecimento sobre o diabetes em oposição aos aposentados e desempregados. Em pesquisa desenvolvida por Assunção *et al.* (2017), que abordou o conhecimento e atitude de pacientes com diabetes *mellitus*, a ocupação também teve associação significativa com o conhecimento, com destaque para as pessoas que trabalhavam fora. Contudo, em estudo transversal de base populacional realizado em Passo Fundo/RS, a ocupação não teve associação estatística com o conhecimento das pessoas entrevistadas, o que possivelmente se explica em razão de a população predominante ser idosa, não exercendo atividade profissional (LIMA *et al.*, 2020).

As pessoas que participavam de grupo educativo sobre o diabetes apresentavam melhor conhecimento sobre a doença. Alguns autores relataram que o compartilhamento de informações pode contribuir com o conhecimento sobre a doença e ajudar na formação de hábitos e responsabilidade no manejo do DM (AMARAL *et al.*, 2019; MOURA *et al.*, 2019^a; TRAJANO *et al.*, 2018).

Desafios diários são enfrentados pelas pessoas com diabetes quanto às mudanças no estilo de vida a fim de alcançarem um melhor controle da doença, prevenindo complicações. Desse modo, a educação em saúde contribui positivamente para que os conhecimentos adquiridos reflitam em atitudes positivas com relação ao diabetes, convertendo-se em ações de autocuidado (MOURA *et al.*, 2019b).

Sobre as variáveis que não obtiveram resultado significativo, ressalta-se o fato de a pessoa com DM morar com outra pessoa, o tempo de diagnóstico e o acompanhamento profissional por nutricionista, médico e enfermeiro.

Embora neste estudo não tenha sido observada a relação do conhecimento com a variável morar com outra pessoa, acredita-se que ter o apoio de pessoas próximas pode trazer benefícios positivos no processo de gerenciamento da doença. Por outro lado, em um estudo transversal realizado por Borba *et al.* (2019) com 202 pessoas com diabetes, foi constatada essa associação no arranjo familiar, mas o fato de a pessoa morar sozinha foi considerado como um fator de proteção para o conhecimento insuficiente sobre o diabetes, condição que pode ter despertado a busca por conhecimento, autonomia e independência por parte dessas pessoas.

O tempo de diagnóstico também não teve influência no conhecimento sobre a doença, assim como foi igualmente observado em outros estudos (SANTOS *et al.*, 2016; TESTON *et al.*, 2017). Entretanto, esperava-se que o tempo de doença exercesse repercussões no nível conhecimento, em virtude das orientações profissionais que geralmente são fornecidas ao longo do tratamento, da possível participação em grupos educativos ao longo do tratamento e até mesmo

pelo acesso a outros meios de informações na busca por conhecer mais a respeito do diabetes para implementar em seus cuidados com a saúde.

O acompanhamento profissional por nutricionista, médico ou enfermeiro não obteve relação significativa com o conhecimento das pessoas sobre o diabetes, resultado inquietante, visto que de alguma forma as orientações educativas desses profissionais não impactaram no conhecimento dos entrevistados. Apesar disso, observa-se que a educação em saúde e a abordagem multiprofissional não são as únicas direções nesse processo de conhecimento, devendo ser valorizadas as questões psicológicas, familiares e sociais de cada pessoa que são de extrema importância para o enfrentamento da doença, além do alinhamento dos serviços de saúde e da terapêutica com as necessidades individuais, contribuindo para uma melhor compreensão sobre a doença e estímulo à adesão ao tratamento do DM (ALMEIDA; ALMEIDA, 2018).

Nessa perspectiva, o acompanhamento multiprofissional favorece a ampliação e a integralidade da assistência às pessoas com diabetes, visando à melhoria do controle da doença, a prevenção de complicações, e a qualidade de vida, afirmam Moreira *et al.* (2021).

Este estudo teve como limitações a amostragem por conveniência, em que apenas as pessoas com DM2 vinculadas às quatro unidades de saúde compuseram essa amostra, impedindo a generalização dos resultados para as outras unidades de saúde do município.

5 CONCLUSÃO

Nesta pesquisa identificou-se que uma parte significativa das pessoas com diabetes possuíam conhecimento insatisfatório a respeito da doença, desconhecendo informações básicas sobre os princípios gerais dos cuidados com a doença, hipoglicemia e substituições alimentares, evidenciando o quanto é indispensável o acompanhamento profissional dessas pessoas com diabetes e orientações educativas contínuas para a construção e fortalecimento do conhecimento geral sobre a doença.

Observou-se ainda a relação significativa do conhecimento com algumas variáveis sociodemográficas, revelando que as pessoas idosas, com baixo nível de escolaridade, aposentados e que não participam de grupos educativos, necessitam de um atendimento focado em suas características e dificuldades individuais. É indispensável inseri-las em atividades de educação em diabetes, oportunizando a troca de saberes, de experiências, de desenvolvimento da autonomia e de ações de autocuidado.

Neste sentido destaca-se a importância das atividades de educação em diabetes, em relação ao conhecimento geral a respeito da doença, para a conscientização e adesão às atividades de autocuidado. Assim, na assistência à saúde das pessoas com diabetes, os enfermeiros e demais profissionais da saúde podem contribuir efetivamente com a consolidação do conhecimento através das orientações educativas, de forma a incentivar as ações práticas de autocuidado que são fundamentais para o controle da doença e tratamento do DM.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. S.; ALMEIDA, J. M. A educação em saúde e o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 20, n. 1, p. 13-7, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/325004178_A_educacao_e_m_saude_e_o_tratamento_do_diabetes_mellitus_tipo_2_em_uma_unidade_de_familia. Acesso em: 19 mar. 2020.

AMARAL, R. T. *et al.* Conhecimento dos diabéticos frente à doença e orientações no autocuidado. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 1, p. 346-352, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239077>. Acesso em: 26 jun. 2023.

ASMELASH, D. *et al.* Knowledge, attitude, and practice towards glycemic control and its associated factors among diabetes mellitus patients. **J. Diabetes Res.**, [s.l.], v. 9, n. 3, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6476031/>. Acesso em: 29 abr. 2023.

ASSUNÇÃO, S. C. *et al.* Conhecimento e atitude de pacientes com diabetes mellitus da Atenção Primária à Saúde. **Em. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/VKnfBrxPjnRnNGdwNKs7Zjr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2023.

BEZERRA, T. C. *et al.* Avaliação da integridade tissular dos pés de adultos e idosos com diabetes mellitus tipo 2. In: SILVA, I. S. (org.). **Ciência da Saúde no Mundo Contemporâneo: Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Rio Branco: Stricto Sensu, 2020. P. 47-58.

BORBA, A. K. O. T. *et al.* Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 125-136, jan. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.35052016>. Acesso em: 26 jun. 2023.

CASTRO, R. M. F. *et al.* Diabetes mellitus e suas complicações – uma revisão sistemática e informativa. **Brazilian Journal of Health Review**, [s.l.], v. 4, n. 1, p. 3349-3391, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/24958>. Acesso em: 30 abr. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 6 abr. 2023.

DUGANI, S. B.; MIELKE, M. M.; VELLA, A. Burden and management of type 2 diabetes in rural United States. **Diabetes Metab Res Em.**, [s.l.], v. 37, n. 5, p. e3410, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7990742/pdf/nihms-1642563.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2023.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 10. Ed. [S.l.]: IDF, 2021.

LIMA, A. P. *et al.* Knowledge and attitude towards type 2 diabetes among older adults: a population-based study. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 729-740, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v25n2/em_1413-8123-csc-25-02-0729.pdf. Acesso em: 26 jun. 2023.

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 9-28, 2000. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4116370/mod_resource/content/1/Determinac%CC%A7a%CC%83oamostraRonir2000_2.pdf. Acesso em: 26 jun. 2023.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde. **Em. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, 2019. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000300408&lng=em&nrm=em. Acesso em: 28 abr. 2023.

MOREIRA, T. R. *et al.* Outcome indicators of multi-professional diabetes care in a reference 189razilia. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 30, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0052>. Acesso em: 28 abr. 2023.

MOURA, K. L. *et al.* Estilo de vida e autopercepção em saúde no controle do Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 18, n. 1, p. 52-60, jan./abr. 2019^a. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/28426/19149>. Acesso em: 28 abr. 2023.

MOURA, N. S. *et al.* Alfabetização em saúde e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 3, p. 734-40, 2019b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/66msT3Tsw8Kw5Yd7cTJFYxb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2023.

RAMOSK, A.; PRUDÊNCIO, F. A. Conhecimento de pacientes sobre diabetes mellitus tipo II. **Revista Artigos. Com**, [s.l.], v. 18, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/3922/2234>. Acesso em: 28 abr. 2023.

REALE, R. *et al.* Short-term efficacy of high intensity group and individual education in patients with type 2 diabetes: a randomized single-center trial. **J Endocrinol. Invest.**, [s.l.], v. 42, n. 4, p. 403-409, 2019. Disponível em: <https://doi:10.1007/s40618-018-0929-6>. Acesso em: 28 abr. 2023.

SANTOS, B. M. O. *et al.* Conhecimento e atitudes em diabetes mellitus tipo 2: subsídios para autocuidado e promoção de saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 23, n. 4, p. 31-36, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.23.4.2016.443>. Acesso em: 28 abr. 2023.

SANTOS, T. B. M.; FREITAS, B. J. S. A. Adesão ao tratamento dietético em portadores de diabetes mellitus assistidos pela estratégia saúde da família. **Braspen Journal**, [s.l.], v. 33, n. 1, p. 76-85, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-908862>. Acesso em: 27 jun. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2022-2023**. São Paulo: SBD, 2022.

TESTON, E. F. *et al.* Fatores associados ao conhecimento e à atitude em relação ao diabetes mellitus. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 4, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50850/pdf>. Acesso em: 28 abr. 2023.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 906-911, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26984.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2023.

TRAJANO, S. S. *et al.* Percepção de pacientes com diabetes sobre o autocuidado. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 3, p. 1-10, jul./set. 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7598/pdf>. Acesso em: 28 abr. 2023.

VIETTA, G. G. *et al.* Impacto do conhecimento nas atitudes, no sofrimento e qualidade de vida do paciente diabético. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 48, n. 4, p. 51-61, out./dez. 2019. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/520>. Acesso em: 6 fev. 2023.

YAN, Y. *et al.* Prevalence, awareness and control of type 2 diabetes mellitus and risk factors in Chinese elderly population. **BMC Public Health**, [s.l.], v. 19, n. 22, p. 1-6, 2022. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9295461/pdf/12889_

2022_Article_13759.pdf. Acesso em: 30 abr. 2023.

ZAMBRANO, K. P. M.; BAUTISTA, C. A. O. Práticas de autocuidado que realizan pacientes com diabetes mellitus tipo 2 de Cartagena, Colombia. 2021. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 13, n. 3, 2022. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2534>. Acesso em: 28 abr. 2023.

Fatores associados ao letramento em saúde de pessoas recuperadas da Covid-19¹

9

Letícia Maria de Melo Sarmiento²

Adenilson da Silva Gomes³

Nelson Miguel Galindo Neto⁴

Katarinne Lima Moraes⁵

Jaqueline Galdino de Albuquerque Perrelli⁶

Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão⁶

¹ Capítulo fruto da dissertação intitulada “Letramento em saúde de pessoas recuperadas da COVID-19”, de autoria de Letícia Maria de Melo Sarmiento, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Cecília Maria de Queiroz Frazão e Prof.^a Dr.^a Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli, defendida em 30 de setembro de 2022, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Link de acesso: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/50>

² Enfermeira, mestre pela Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE.

³ Enfermeiro, doutorando da pós-graduação em enfermagem da UFPE.

⁴ Enfermeiro, doutor em enfermagem, docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE).

⁵ Enfermeira, doutora em enfermagem, docente da Universidade de Brasília (UnB).

⁶ Enfermeira, doutora em enfermagem, docente da Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE.

RESUMO

Introdução: Atividades da intervenção/educação em saúde foram realizadas por enfermeiros com o objetivo de instrumentalizar as pessoas sobre como evitar, contrair ou disseminar a COVID-19, que foi considerada uma pandemia pela Organização mundial da saúde, em março de 2020. No entanto, a insuficiência de letramento em saúde em alguns indivíduos pode ter prejudicado a compreensão do conteúdo.

Objetivo: Analisar os fatores associados ao letramento em saúde de pessoas recuperadas da COVID-19. **Metodologia:** Trata-se de um estudo analítico, transversal e com abordagem quantitativa realizado com 22 pacientes que foram internados e tratados por COVID-19 num hospital universitário do Nordeste do Brasil. A coleta de dados ocorreu no período de abril a junho de 2022, por meio de dois instrumentos, um para a caracterização de perfil sociodemográfico/clínico, e outro, a versão brasileira do *European Health Literacy Survey Questionnaire short short form*. Os dados coletados foram organizados em uma planilha no Microsoft Office Excel e analisados com o auxílio do pacote estatístico R e Jasp versão 0.16.3. Para a análise da associação entre as variáveis sociodemográficas/clínicas qualitativas e os níveis de letramento em saúde foi utilizado o Teste Exato de Fisher e os testes de correlação. Para todos os testes foi estabelecida a significância estatística de 5%.

Resultados: Os participantes apresentaram, em média, 48,63 anos ($\pm 13,69$), com variação de 18 a 64 anos. Observou-se diferença dos escores de letramento em saúde entre pessoas com e sem ensino médio. Além disso, a variável comorbidade também mostrou correlação com o escore de letramento em saúde.

Conclusão:

O letramento em saúde mostrou correlação com escolaridade e comorbidade. Assim, as intervenções voltadas para o aumento do letramento em saúde devem considerar, especialmente, as pessoas com baixa escolaridade e que apresentam doenças preexistentes.

Palavras-Chave: Letramento em Saúde. Educação em Saúde. Enfermagem. Infecções por Coronavírus.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir da detecção dos rumores sobre uma doença emergente denominada COVID-19, deu-se início a uma mobilização entre vários setores do governo com diversas ações sendo implementadas, dentre as quais incluiu-se a elaboração de um plano de contingência que adotou a propagação da informação por meio da disponibilização dos números de casos confirmados e óbitos, boletins epidemiológicos, bem como investimento na divulgação de informações sobre a doença COVID-19 (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Como forma de evitar a propagação ou disseminação da doença em todo o mundo, ações estratégicas como o isolamento social e a comunicação em saúde foram equânimes e condizentes em todos os países frente à pandemia da COVID-19. O maior objetivo nessa comunicação globalizada e rápida está em educar as pessoas sobre seu agente etiológico, o coronavírus (SARS-CoV-2), e como evitar a propagação ou disseminação da infecção (PAAKKARI; OKAN, 2020).

A Organização Mundial de Saúde, por meio da *Commission on Social Determinants of Health*, identificou o Letramento em Saúde (LS)

como um determinante social da saúde, estabelecendo relação entre este e a qualidade de vida da população, ao 195razilian-lo como fundamental ao autocuidado (END FGM EUROPEAN NETWORK, 2016).

O LS pode ser entendido como o agrupamento de ações como conhecer, motivar, e as competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar, entender, interpretar e aplicar informações escritas ou faladas sobre saúde como meta de realizar julgamentos e decisões na vida cotidiana em relação à saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde que mantenham ou melhorem a qualidade de vida durante o curso de vida (MORAES *et al.*, 2017; PAVÃO *et al.*, 2021; SØRENSEN *et al.*, 2012). Logo, um indivíduo com nível de LS satisfatório poderá ter melhor condição de saúde do que aquele com nível limitado, já que este teria menos noção da importância de medidas preventivas, por exemplo, ou maior dificuldade de entender instruções sobre autocuidado (ADAMS *et al.*, 2009; LORINI *et al.*, 2017).

A verificação da associação do LS e seus fatores pode ajudar os profissionais de saúde a formularem estratégias para desenvolver as capacidades individuais e comunitárias das pessoas, bem como orientar na tomada de decisões que promovam a saúde. Dentre os profissionais de saúde tem-se o enfermeiro, o qual possui o papel de promover a saúde das pessoas sendo um facilitador de mudanças para hábitos saudáveis. Assim, as atividades educativas realizadas pelo enfermeiro devem promover a construção do conhecimento voltado para provocar mudanças nos hábitos de vida dos indivíduos, tendo em vista que o homem constrói seu saber a cada dia, a partir do que vê, ouve, sente e percebe (BARBOSA *et al.*, 2016).

Logo, o enfermeiro ao analisar o LS, bem como os dados sociodemográficos e clínicos de um indivíduo, estabelece informações sólidas para guiar intervenções de educação em saúde voltadas para as reais necessidades da clientela. E nessa perspectiva ele ajuda o indivíduo a compreender as razões por trás das recomendações, e a refletir sobre os resultados de suas várias ações possíveis (PAAKKARI; OKAN, 2020). Diante dessa problemática, o presente estudo teve como objetivo analisar os fatores associados ao LS de pessoas recuperadas da COVID-19.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo analítico, transversal e com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE), integrante do Sistema Único de Saúde (SUS).

A população do estudo foi composta por pessoas recuperadas de COVID-19 que estiveram internadas no HC/UFPE, no período de abril a dezembro de 2020, totalizando um número de 123. Foram analisados os prontuários desses pacientes para obtenção do número de contato dos possíveis participantes seguindo os critérios de elegibilidade, a saber: pessoas com idade entre 18 e 64 anos, recuperados pela COVID-19, que foram internados por consequência dessa doença no HC/UFPE. O recorte de idade foi definido considerando a recomendação dos autores da versão original do HLS-EU-Q, cuja versão com seis itens foi utilizada nesta pesquisa (SØRENSEN *et al.*, 2015). Foram consideradas perdas: participantes

não localizados depois de três tentativas de contato e os que não possuíam acesso à internet, uma vez que a coleta de dados ocorreu de forma virtual.

Após análise do prontuário, verificou-se que dos 123 anteriormente citados, sete eram menores de 18 anos; 16 prontuários não possuíam número de contato do paciente ou familiares ou apresentavam contatos do serviço; cerca de 16 pacientes estavam acima de 64 anos; e 13 pessoas foram a óbito durante ou após o internamento, restando 71 prontuários a serem analisados.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a junho de 2022, por meio do contato com os 71 pacientes por ligação telefônica e/ou mensagem via *WhatsApp*®. Desse total, seis pacientes não aceitaram participar do estudo e 43 pessoas não responderam às ligações telefônicas e/ou mensagens por *WhatsApp*®, mesmo após três tentativas, finalizando com 22 pacientes a amostra do presente estudo.

Para os 22 pacientes foram informados os dados da pesquisa e a importância da sua participação no estudo e enviado o *link* dos questionários por meio de mensagem. Os instrumentos foram incluídos na plataforma *Google Forms*®, com a página inicial composta pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pesquisas virtuais.

Os instrumentos de coleta de dados foram compostos por variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica, e para o LS utilizou-se a versão brasileira do *European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form* (HLS – EU – Q6), a saber HLS-Q6-BR.

A caracterização sociodemográfica ocorreu por meio das seguintes variáveis: idade; sexo; escolaridade; renda (em salários-

mínimos – valor vigente no ano de 2022); estado civil; atividade remunerada. Quanto às variáveis clínicas, optou-se por: tempo de internação hospitalar; se houve internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI); presença de comorbidades; realização de procedimentos realizados durante a internação hospitalar; uso de bebida alcoólica e de cigarro. Além disso, foram incluídas questões relacionadas às possíveis informações adquiridas durante a internação, a saber: durante o internamento houve algum tipo de orientação educativa? Quem proporcionou?

Quanto ao HLS-Q6-BR, trata-se de uma escala composta por seis itens, validada para o português brasileiro, apresentando boas propriedades psicométricas para aferição dos níveis de letramento em saúde, justificando a sua utilização neste estudo (MIALHE *et al.*, 2021).

O escore final individual é uma média aritmética calculada a partir da soma das respostas das seis questões, que pode variar de 1 a 4. O escore é calculado desde que pelo menos cinco das seis questões sejam respondidas de forma diferente de 1, sendo que valores maiores indicam melhores níveis de LS. Os autores definiram três níveis de letramento para esta escala: inadequado (escore abaixo de 2); problemático (escore entre 2 e 3); e suficiente (3-4) (LORINI *et al.*, 2017; SANTOS; MIALHE, 2020).

Uma vez coletadas as informações, os dados foram organizados em uma planilha do software *Microsoft Excel*®, analisados por meio do pacote estatístico R e JASP (versão 0.16.3) [Software de computador]. A análise descritiva ocorreu por meio de frequências absolutas e relativas, além de medida de tendência central (média) e medida de dispersão (desvio-padrão).

Para investigar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas sobre os escores de letramento em saúde foi utilizado o teste *t* de Student para amostras independentes. Para tanto, inicialmente, verificou-se a distribuição da variável numérica escore do letramento em saúde, por meio do teste de normalidade de Shapiro-Wilk, cujo valor $p > 0,05$ demonstrou que esse escore atendeu à distribuição normal padrão ($p = 0,232$). O tamanho de efeito para as diferenças demonstradas no teste *t* de Student foi analisado a partir dos parâmetros propostos por Cohen (1992), conforme descrição a seguir: efeito irrisório ($\geq -0,20$ a $< .20$), pequeno ($\geq .21$ a $< .39$), médio ($\geq .40$ e $< .79$), e alto ($\geq .80$).

Sobre a relação entre as variáveis, utilizou-se o Teste Exato de Fisher para investigar a associação entre os níveis de letramento em saúde (inadequado, problemático e suficiente), e as variáveis sexo, escolaridade, renda, ter companheiro(a), atividade remunerada, tempo de internação, internamento em UTI, comorbidade, procedimentos invasivos, e ter recebido orientação educativa. Além disso, verificou-se a correlação entre as variáveis citadas por meio da Correlação Kendall's tau-b (τ) e da Correlação Ponto-bisserial em. A magnitude da correlação foi avaliada por meio dos parâmetros a seguir (COHEN, 1992): $r = 0,00$ (Nula); $r = 0,10$ a $0,30$ (Moderada); $r = 0,30$ a $0,50$ (Forte). O tamanho de efeito da correlação (r^2) foi analisado a partir dos seguintes critérios (COHEN, 1992): $r^2 = 0,00$ (Nula); $r^2 = 0,10$ a $0,39$ (Frac); $r^2 = 0,40$ a $0,70$ (Moderada); $r^2 = 0,71$ a $0,80$ (Forte); $r^2 = 0,81 - 0,99$ (Muito forte); e $r^2 = 1,00$ (Perfeita). Para todos os testes foi estabelecida a significância estatística de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFPE e do HC/UFPE, sob os pareceres nº 45338721.5.0000.5208 e nº 453388721.5.3001.8807, respectivamente.

3 RESULTADOS

Em relação à caracterização sociodemográfica, os participantes apresentaram, em média, 48,63 anos ($\pm 13,69$), com variação de 18 a 64 anos. Mais detalhes podem ser consultados na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de pessoas recuperadas da COVID-19 (n=22). Recife, PE, 2022

Variáveis	N	%
Escolaridade		
Sem grau de instrução	1	4,5
Educação infantil	1	4,5
Ensino fundamental	5	22,7
Ensino médio	12	54,5
Ensino superior	2	9,1
Pós-graduação	1	4,5
Sexo		
Feminino	11	50,0
Masculino	11	50,0
Estado civil		
Com companheiro (a)	14	63,6
Sem companheiro (a)	8	36,4
Exerce atividade remunerada		

Variáveis	N	%
Não	14	63,6
Sim	8	36,4
Renda		
Menos de um salário-mínimo	3	13,6
Um a três salários-mínimos	18	81,8
Mais de três salários-mínimos	1	4,5

Fonte: Dados da pesquisa.

Já a Tabela 2 refere-se à caracterização clínica das pessoas recuperadas da COVID-19 durante o período de internamento no HC/UFPE.

Tabela 2 – Caracterização clínica de pessoas recuperadas da COVID-19 (n=22). Recife, PE, 2022

Variáveis	N	%
Tempo de internação hospitalar		
Até 7 dias	2	9,1
8 a 15 dias	7	31,8
16 a 30 dias	8	36,4
Acima de 30 dias	4	18,2
Não informado	1	4,5
Internação em Unidade de Terapia Intensiva		
Sim	14	63,6
Não	8	36,4
Comorbidades		
Sim	18	81,8

Variáveis	N	%
Não	4	18,2
Uso de bebida alcoólica		
Não	17	77,3
Sim	5	22,7
Uso de cigarro		
Não	21	95,5
Sim	1	4,5
Procedimentos realizados durante a internação hospitalar*		
Acesso venoso central	14	63,6
Sonda vesical	12	54,5
Sonda nasoenteral	10	45,5
Ventilação mecânica	9	40,9
Hemodiálise	6	27,3
Recebeu orientação educativa durante a internação		
Sim	19	86,4
Não	3	13,6
Profissional que fez a orientação educativa*		
Médico	16	72,7
Enfermeiro	14	63,6
Técnico de enfermagem	7	31,8
Outro profissional de saúde	7	31,8

Fonte: Dados da pesquisa.

*Múltiplas respostas.

Com relação ao letramento em saúde dos participantes (Tabela 3), o escore final variou de 1,8 a 4,0, com média de 2,8 pontos ($\pm 0,58$). Quanto à distribuição da pontuação do LS, observou-se o mesmo percentual (40,9%) para os níveis problemático e suficiente.

Tabela 3 – Descrição dos escores de letramento em saúde de pessoas recuperadas da COVID-19 (n=22). Recife, PE, 2022

Níveis de letramento em saúde	N	%	Estatísticas descritivas
Inadequado	4	18,2	Média=2,8
Problemático	9	40,9	Desvio padrão=0,58
Suficiente	9	40,9	p=0,232*

Fonte: Dados da pesquisa.

*Teste de normalidade de Shapiro-Wilk.

Para a verificação das variáveis capazes de influenciar o letramento em saúde, verificou-se diferença de média dos escores entre os grupos de variáveis, a saber: sexo, escolaridade, estado civil, atividade remunerada, tempo de internação, internação em UTI, presença de comorbidade, uso de álcool e tabaco (agrupadas em virtude da frequência de ocorrência), e orientação educativa durante a internação. Assim, realizou-se o teste *t* de Student cujos dados estão apresentados nas Tabela 4 e 5.

Tabela 4 – Diferença de média dos escores de letramento em saúde de acordo com variáveis sociodemográficas de pessoas recuperadas da COVID-19 (n=22). Recife, PE, 2022

Variáveis de grupo	N	Escore		Estatística do teste <i>t</i>							
		Letramento em Saúde		<i>t</i>	<i>Gf</i>	<i>p</i> *	Diferença de Média	IC (95%)		<i>d</i> *	
		<i>M</i>	<i>DP</i>					LI	LS		
Sexo	F	11	2,80	0,50	0,06	20	0,953	0,02	-0,51	0,55	0,02
	M	11	2,79	0,68							
Companheiro(a)	Não	8	2,77	0,46	0,15	20	0,885	0,04	-0,51	0,59	0,07
	Sim	14	2,81	0,65							
Atividade remunerada	Não	14	2,77	0,52	0,23	20	0,823	0,06	-0,49	0,61	0,11
	Sim	8	2,83	0,71							
Escolaridade											
Ensino fundamental	Não	17	2,86	0,62	-1,00	20	0,327	-0,30	-0,91	0,32	0,52
	Sim	5	2,57	0,38							

Ensino médio	Não	10	2,52	0,43	2,25	20	0,036	0,51	0,04	0,98	0,99
	Sim	12	3,02	0,60							
Ensino superior	Não	19	2,85	0,58	-1,14	20	0,269	-0,40	-1,15	0,34	0,75
	Sim	3	2,44	0,54							
Renda											
Menos de um salário- mínimo	Não	19	2,80	0,62							
	Sim	3	2,77	0,35	-0,05	20	0,956	-0,02	-0,79	0,75	0,05
Um a três salários- mínimos	Não	4	2,58	0,48	0,80	20	0,432	0,26	0,41	0,93	0,47
	Sim	18	2,84	0,60							

Fonte: Dados da pesquisa.

F: feminino; M: masculino; *d**: *d* de Cohen – medida de tamanho de efeito; **p* – valor de significância para o Teste *t* de Student; *LI: Limite inferior; *LS: Limite superior; *M: média; *DP: desvio padrão.

Conforme a Tabela 4, observou-se diferença dos escores de letramento em saúde entre pessoas com e sem ensino médio ($p=0,036$), de modo que pessoas que informaram esse nível de escolaridade apresentaram escore médio de letramento maior ($M=3,02$) em comparação com aqueles que não possuem esse nível de escolaridade ($M=2,52$). O tamanho de efeito para esse resultado foi elevado (d de Cohen= $0,99$). As demais variáveis sociodemográficas não exerceram influência estatisticamente significativa sobre a média do escore de letramento em saúde.

Quanto às variáveis clínicas, evidenciou-se diferença dos escores de letramento em saúde entre pessoas com e sem comorbidades ($p<0,001$), de modo que participantes com comorbidades apresentaram escore médio de letramento menor ($M=2,61$) em comparação com aqueles que não possuem nenhuma outra doença ($M=3,63$). O tamanho de efeito para esse resultado foi elevado (d de Cohen= $2,49$). As demais variáveis clínicas não exerceram influência estatisticamente significativa sobre a média do escore de letramento em saúde, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 – Diferença de média dos escores de letramento em saúde de acordo com variáveis clínicas de pessoas recuperadas da COVID-19 (n=22). Recife, PE, 2022

Variáveis de grupo	N	Escore		Estatística do teste <i>t</i>							
		LS		<i>T</i>	<i>Gl</i>	<i>p</i> *	Diferença de Média	IC (95%)		<i>d</i> *	
		<i>M</i>	<i>DP</i>					LI	LS		
Tempo de internação											
Até 7 dias	Não	2	2,70	0,52	1,54	19	0,141	0,63	-0,23	1,49	0,72
	Sim	19	3,33	0,94							
8 a 15 dias	Não	14	2,87	0,63	-1,23	19	0,233	-0,32	-0,87	0,23	0,59
	Sim	7	2,55	0,40							
16 a 30 dias	Não	13	2,76	0,67	0,06	19	0,957	0,01	-0,54	0,57	0,02
	Sim	8	2,77	0,41							
Acima de 30 dias	Não	17	2,74	0,50	0,27	19	0,789	0,09	-0,59	0,77	0,16

	Sim	4	2,83	0,91							
Internação em UTI	Não	8	2,92	0,70	-0,74	20	0,472	-0,19	-0,73	0,35	0,34
	Sim	14	2,73	0,52							
Comorbidades	Não	4	3,63	0,48	-4,27	20	<0,001	-1,01	-1,50	-0,52	2,49
	Sim	18	2,61	0,42							
Uso de bebida alcoólica	Não	17	2,80	0,55	-0,12	20	0,903	-0,04	-0,67	0,60	0,07
	Sim	5	2,76	0,75							
Recebeu orientação educativa durante a internação	Não	3	3,11	0,35	-1,02	20	0,322	-0,37	-1,11	0,38	0,62
	Sim	19	2,75	0,60							

Fonte: Dados da pesquisa.

**d* de Cohen – medida de tamanho de efeito; *Valor de *p* – Teste *t* de Student.

Após a verificação da diferença de média dos escores de letramento em saúde entre grupos de variáveis, investigou-se a associação entre os níveis de letramento em saúde (inadequado, problemático e suficiente), e as variáveis sexo, escolaridade, renda, ter companheiro(a), atividade remunerada, tempo de internação, internamento em UTI, comorbidade, procedimentos invasivos, e ter recebido orientação educativa, por meio do Teste Exato de Fisher, Correlação Kendall's tau-b e Correlação Ponto-bisserial.

Não foram encontradas associações entre as variáveis citadas anteriormente, a partir do Teste Exato de Fisher. Contudo, nas análises de correlação, a variável comorbidade mostrou correlação com os níveis de LS ($\tau = -0,495$; $\tau^2 = 0,245$; $p = 0,017$). Ter comorbidade está moderadamente correlacionada com o decréscimo dos níveis de LS ou o baixo nível de LS está moderadamente associado com a ocorrência de comorbidade. As demais variáveis não mostraram correlação com esses níveis.

Na análise de correlação ponto-bisserial entre o escore de LS e as variáveis sexo, escolaridade, renda, ter companheiro(a), atividade remunerada, tempo de internação, internamento em UTI, comorbidade, procedimentos invasivos e ter recebido orientação educativa, evidenciou-se que o escore final de LS mostrou correlação fraca com o nível de escolaridade ($r = 0,450$; $r^2 = 0,202$; $p < 0,05$), de modo que ter o ensino médio está levemente correlacionado com o aumento do escore de LS. De modo semelhante aos resultados demonstrados para os níveis de LS, a variável comorbidade também mostrou correlação com o escore de LS ($r = -0,691$; $r^2 = 0,477$; $p < 0,01$). Ter comorbidade está moderadamente correlacionada com o decréscimo do escore de LS ou

o baixo escore de LS está moderadamente associado com a ocorrência de comorbidade.

6 DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que a distribuição do LS foi semelhante para os níveis problemático e suficiente, sendo o nível inadequado o de menor porcentagem. Estudos que utilizaram o HLS – EU ou suas adaptações apresentam variações nos níveis de LS (KASSIE *et al.*, 2022). Estudo evidenciou que metade dos participantes apresentaram LS suficiente. Outros autores evidenciaram proporções que variaram de 5,2% (PAVÃO *et al.*, 2021) a 66,6% (HO *et al.*, 2022) de participantes com letramento em saúde adequado.

LS é um determinante social da saúde influenciado por características socioeconômicas, culturais e funcionamento dos sistemas de saúde. Estudos sobre LS vêm demonstrando a associação desse construto com variáveis sociodemográficas tais como escolaridade, renda, etnia e idade (DUONG *et al.*, 2015; LIMA *et al.*, 2022; PAVÃO *et al.*, 2021). Os grupos mais vulneráveis, ou seja, aqueles com maior probabilidade de apresentarem um baixo nível de LS, segundo dados da literatura, são compostos por indivíduos em idades mais avançadas, minorias étnicas ou raciais, indivíduos com baixos níveis de escolaridade ou renda, e aqueles com várias doenças associadas (PAVÃO *et al.*, 2021).

As variáveis estudadas nesta pesquisa como sexo, idade, renda e ter recebido orientações educativas não mostraram correlação com os

níveis de LS. Porém, pode ser visto na literatura que a elevada proporção de indivíduos com baixos níveis de LS se deve a diversos fatores e pode estar diretamente relacionada ao perfil da população em cada estudo (PAVÃO *et al.*, 2021).

Segundo alguns autores, embora a maior quantidade de entrevistados tenha sido de mulheres, existe correlação entre o LS ser homem e de idade avançada, os quais estavam no grupo com letramento limitado/inadequado (LIMA *et al.*, 2022). Tais dados divergiram de outros estudos quanto ao sexo, uma vez que ser do sexo feminino, ter idades mais avançadas e menor escolaridade estiveram associados a piores níveis de LS (PAVÃO *et al.*, 2021). Conforme já mencionado neste estudo, as variáveis sexo, idade e renda não mostraram relação com o LS, que pode estar relacionado com o reduzido tamanho da amostra desta pesquisa.

Outra investigação mostrou que maior LS está significativamente associado à idade mais jovem, maior capacidade de pagar por medicamentos e maior status social, o que é consistente com os achados de um estudo europeu que usou o HLS-EU-Q e com pesquisas usando outras ferramentas no Canadá e nos Estados Unidos, mostrando que o LS é geralmente menor em indivíduos mais velhos e entre aqueles de baixa renda (DUONG *et al.*, 2015).

A idade apresenta-se como uma variável de correlação com o LS, de modo que a idade mais elevada está associada a pior LS. Dados mostram que idosos com LS limitado/inadequado são mais propensos a não aderir ao esquema terapêutico e a não entender corretamente o relatório de alta. Além disso, esse público apresenta menor adesão ao tratamento medicamentoso e demonstra pior técnica para administração

de medicações quando comparados com os que possuem letramento adequado. Com o aumento da expectativa de vida, cada vez mais idosos utilizarão os serviços de saúde e, com isso, mostra-se a importância de determinar o LS dessa população para que se tenha o cuidado adequado (LIMA *et al.*, 2022; MARQUES; ESCARCE; LEMOS, 2018).

Ainda sobre os determinantes sociais, a escolaridade também é uma variável vinculada ao LS de tal forma que neste estudo foi observada uma correlação fraca entre essas variáveis. Ter o ensino médio esteve levemente correlacionado com o aumento do escore de LS. Esse dado converge com um estudo encontrado (MARQUES; ESCARCE; LEMOS, 2018) que identificou associação de pessoas com menos anos de estudo e piores níveis de LS.

A baixa escolaridade compromete a capacidade de ler ou entender as orientações fornecidas pelos profissionais da saúde. Isso faz com que essa população de menor escolaridade possua um menor conhecimento sobre sua condição de saúde e maior dependência de terceiros para tomar decisões (LIMA *et al.*, 2022). Estudos afirmam que é possível identificar que a baixa escolaridade contribui para a falha na adesão terapêutica pela falta de habilidades de leitura, escrita e fala, comprometimento ao acesso aos serviços de saúde, interpretação das recomendações profissionais e entendimento da complexidade da doença, não adesão às instruções de cuidados, maiores taxas de reapresentação, resultados de saúde ruins e níveis mais baixos de saúde autorreferida. Visualiza-se, então, a teoria de que pacientes com maior LS compreenderão melhor suas condições e, portanto, sentirão que têm maior capacidade de gerenciar seus próprios cuidados (WAYMENT *et al.*, 2020).

Sobre a associação entre variáveis clínicas e LS, este estudo evidenciou diferença, em termos de média, dos escores de LS entre pessoas com e sem comorbidades, de modo que ter comorbidade está moderadamente correlacionado com o decréscimo dos níveis de LS ou o baixo nível de LS está moderadamente associado com a ocorrência de comorbidade. Duong *et al.* (2015) evidenciaram associação negativa entre LS e doenças de longo prazo, assim como neste estudo. Os autores explicam o fato de pessoas com menor LS apresentarem menor capacidade de gerenciar sua saúde.

Sabe-se que as habilidades básicas de leitura, escrita e numeramento são essenciais durante o tratamento das condições crônicas, pois podem levar a complicações graves, duradouras e que impactarão diretamente na qualidade de vida das pessoas em longo prazo. Dessa forma, é fundamental compreender a repercussão do LS nos pacientes com esses tipos de doença, uma vez que tais complicações crônicas estão intimamente associadas ao mau autogerenciamento do tratamento (LIMA *et al.*, 2022).

O manejo adequado de doenças crônicas é influenciado pela compreensão da patologia e do seu tratamento, bem como pela ajuda de terceiros com melhores índices de letramento nos casos em que haja dificuldade no entendimento das informações, uma vez que esses fatores influenciarão os desfechos clínicos (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2021).

O nível de LS tem efeitos positivos e negativos sobre o estado de saúde e os comportamentos de saúde. De acordo com a literatura, tem sido determinante que indivíduos com baixo LS têm práticas inadequadas de proteção e desenvolvimento da saúde, dificuldades no

manejo de doenças crônicas e adesão ao tratamento. Há, também, um aumento na taxa de aplicações médicas incorretas, doenças e hospitalizações, custos de saúde e mortes (ASTANTEKIN; ERKAL; SEMA, 2019).

O enfermeiro, ao analisar o LS, bem como o perfil sociodemográfico e clínico do sujeito, estabelece informações sólidas para guiar intervenções de educação em saúde voltadas para as reais necessidades da clientela. Nessa perspectiva, possibilita a esse sujeito compreender as razões por trás das recomendações e refletir sobre os resultados de suas várias ações possíveis.

Com a identificação de fatores associados ao LS é possível fornecer informações importantes aos profissionais de saúde como subsídios sólidos para a melhoria da assistência aos indivíduos. Com base nessa constatação os profissionais de saúde poderão dar mais ênfase ao grupo de pacientes e apoiá-los no desenvolvimento de suas capacidades, desenvolvendo o LS como mais uma estratégia de melhoria da comunicação entre eles (XU; LEUNG; CHAU, 2018). Propor o uso de instrumentos que abordem o LS no planejamento do cuidado pode direcionar as intervenções em saúde de maneira mais específica e direcionadas para as dificuldades dos pacientes, ou seja, é necessário conhecer melhor o nível de LS da população para garantir a promoção da saúde.

Como limitações do estudo destacam-se o delineamento de corte transversal, que não permite estabelecer relação de causalidade; o reduzido tamanho da amostra impossibilita fazer inferências para a população de pacientes recuperados da COVID-19; e a seleção dos participantes de forma não probabilística. Outra limitação pode estar

relacionada à coleta em apenas uma instituição pública, localizada em uma capital do Nordeste brasileiro, que pode diferir da realidade dos pacientes sobreviventes da COVID-19 em outras instituições como hospitais privados e localizados em municípios do interior do estado de Pernambuco.

7 CONCLUSÃO

O letramento em saúde foi problemático e insuficiente para 59,1% da amostra. Observou-se diferença dos escores de letramento em saúde e o ensino médio, de modo que pessoas que informaram esse nível de escolaridade apresentaram escore médio de letramento maior em comparação com aqueles que não possuem esse nível de escolaridade, com elevado tamanho de efeito para esse resultado.

Quanto às variáveis clínicas, evidenciou-se diferença dos escores de letramento em saúde entre pessoas com e sem comorbidades, de modo que participantes com comorbidades apresentaram escore médio de letramento menor, em comparação com aqueles que não possuem nenhuma outra doença. O tamanho do efeito para esse resultado foi elevado.

A análise do LS pode fornecer subsídios para a implementação das atividades de educação em saúde voltadas para o aumento desse letramento e, por conseguinte, melhoria da qualidade de vida desses sujeitos e do processo de trabalho dos enfermeiros.

Recomenda-se futuros estudos de avaliação do LS juntamente com a autoeficácia e autogestão dos pacientes, com amostras maiores e

mais representativas, uma vez que são fatores que influenciam o fenômeno do LS.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, R. J. *et al.* Health literacy: a new concept for general practice? **Australian Family Physician**, [s.l.], v. 38, n. 3, p. 144-147, 2009. Disponível em: <https://www.racgp.org.au/getattachment/b4e0db19-0bdb-4399-9907-334b1767f608/Health-literacy.aspx>. Acesso em: 25 set. 2022.
- ASTANTEKIN, F. O.; ERKAL, Y. A.; SEMA, Y. D. The Effects and Related Factors of Health Literacy Status and Self-Efficacy of Pregnant Women. **International Journal of Caring Sciences**, [s.l.], v. 12, n. 3, p. 1815-24, 2019. Disponível em: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/55_astantekin_original_12_3.pdf. Acesso em: 21 set. 2022.
- BARBOSA, L. B. *et al.* Estudos de avaliação do conhecimento nutricional de adultos: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-462, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dZQk6PhRfCTRd3whsWHRnXG/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2022.
- COHEN, J. Statistical Power Analysis. **Current Directions in Psychological Science**, [s.l.], v. 1, n. 3, p. 98-101, jun. 1992.
- DUONG, V. T. *et al.* Health Literacy in Taiwan: A Population-Based Study. **Asia Pacific Journal of Public Health**, [s.l.], v. 27, n. 8, p. 871-880, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1010539515607962>. Acesso em: 19 set. 2022.
- END FGM EUROPEAN NETWORK. **World Health Organization (WHO) – Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. Geneva: Commission Social Determinants of Health, 2016. Disponível em: <https://www.endfgm.eu/resources/health/who-closing-the-gap-in-a->

generation-health-equity-through-action-on-the-social-determinants-of-health-2008/. Acesso em: 27 jun. 2023.

HO, H. *et al.* Self-Care, Health Literacy and Their Associations Amongst Patients with Chronic Kidney Disease (CKD) in Primary Care. **The Preprint Server For Health Sciences – MedRxiv**, [s.l.], 2022. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.03.02.22271758v1.full.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2023.

KASSIE, S. Y. *et al.* Information seeking about COVID-19 and associated factors among chronic patients in Bahir Dar city public hospitals, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. **Biomed Central Infectious Diseases**, [s.l.], v. 22, n. 325, 2022. Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-022-07315-4>. Acesso em: 12 set. 2022.

LIMA, A. S. *et al.* Letramento funcional em saúde em pacientes portadores de doenças crônicas. **Research, Society And Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 9, e15211931795, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/31795/27007/359092>. Acesso em: 19 set. 2022.

LORINI, C. *et al.* Health literacy in Italy: a cross-sectional study protocol to assess the health literacy level in a population-based sample, and to validate health literacy measures in the Italian language. **BMJ Open**, [s.l.], v. 7, 11, e017812, 2017. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/217razilia/bmjopen/7/11/e017812.full.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2023.

MARQUES, S. R. L.; ESCARCE, A. G.; LEMOS, S. M. A. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. **CoDAS**, São Paulo, v. 30, n. 2, e20170127, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/t3VnctRJz9RJ5cNjQgyXvQv/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 27 jun. 2023.

MIALHE, F. L. *et al.* Propriedades psicométricas do instrumento adaptado European Health Literacy Survey Questionnaire short-short

form. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, e3436, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/8RBWRXL3wcGKz8TL6dSCMCB/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 27 jun. 2023.

MORAES, K. L. *et al.* Letramento funcional em saúde e conhecimento de doentes renais em tratamento pré-dialítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 70, n. 1, p. 155-162, jan./fev. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vpYhtvPmqCSGCGRV3CGn5Cd/?lang=pt#>. Acesso em: 27 jun. 2023.

OLIVEIRA, W. K. *et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 29, n. 2, e2020044, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>. Acesso em: 21 set. 2022.

PAKKARI, L.; OKAN, O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. **The Lancet Public Health**, [s.l.], v. 5, n. 5, p. 249-250, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4). Acesso em: 27 jun. 2023.

PAVÃO, A. L. *et al.* Avaliação da literacia para a saúde de pacientes portadores de diabetes acompanhados em um ambulatório público. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, e00084819, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/tMLFp5Wk9StnrhMg4tB33sg/#>. Acesso em: 27 jun. 2023.

SANTOS JÚNIOR, J. L. *et al.* Relação do letramento funcional em saúde com a insuficiência renal em pessoas com diabetes mellitus. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 12, n. 2, p. 270-276, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3938/1130>. Acesso em: 27 jun. 2023.

SANTOS, B. L.; MIALHE, F. L. Associações entre os níveis de letramento em saúde geral e autoavaliação da saúde bucal. *In*: CONGRESSO (VIRTUAL) DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNICAMP, 28., 2020, Campinas. **Anais eletrônicos** [...]. Campinas:

UNICAMP, 2020. Disponível em:
<https://www.prp.unicamp.br/219razilian-congresso/resumos/2020P16547A33375O3203.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2023.

SØRENSEN, K. V. *et al.* Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). **European journal of public health**, [s.l.], v. 25, n. 6, p. 1053-8, 2015.

Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668324/>. Acesso em: 27 jun. 2023.

SØRENSEN, K.V. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **Biomed Central Public Health**, [s.l.], v. 12, n. 80, 2012. Disponível em:

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>. Acesso em: 27 jun. 2023.

WAYMENT, A. *et al.* Beyond Access Block: understanding the role of health literacy and self-efficacy in low-acuity emergency department patients. **Ochsner Journal**, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 161-169, 2020. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7310186/>. Acesso em: 27 jun. 2023.

XU, X. Y.; LEUNG, A. Y. M.; CHAU, P. H. Health Literacy, Self-Efficacy, and Associated Factors Among Patients with Diabetes. **Health Literacy Research and Practice**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 67-77, 2018. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6607806/>. Acesso em: 27 jun. 2023.

Relações familiares disfuncionais de cuidadores de pessoas com transtorno mental¹

10

Jaciquely José da Costa Andrade²

Candida Maria Rodrigues dos Santos³

Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli⁴

Iracema da Silva Frazão⁵

Ana Marcia Tenório de Souza Cavalcanti⁶

¹ Capítulo fruto da dissertação intitulada “Funcionalidade familiar e sobrecarga de familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental”, de autoria Jaciquely José da Costa Andrade, sob orientação de Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti e coorientação de Iracema da Silva Frazão, defendida em 30 de julho de 2019, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). *Link* de acesso: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/38292/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20Jaciquely%20Jos%c3%a9%20da%20Costa%20Andrade.pdf>

² Enfermeira, mestre em enfermagem, docente da Faculdade Macêdo de Amorim (FAMAM).

³ Enfermeira, doutoranda em enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, docente do Departamento de Enfermagem da UFPE.

⁴ Enfermeira, doutora em neuropsiquiatria e ciências do comportamento, docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE.

⁵ Enfermeira, doutora em serviço social, docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE.

⁶ Enfermeira, doutora em saúde da criança e do adolescente, docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, terapeuta de família e casal.

RESUMO

A presença de uma pessoa com transtorno mental, no ambiente familiar, pode gerar mudanças em diversos aspectos da sua rotina que podem incorrer numa sobrecarga a seus membros, além de possíveis disfunções familiares. O objetivo desta pesquisa foi descrever as relações familiares de cuidadores de pessoas com transtorno mental. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com seis cuidadores. Utilizou-se o genograma para apresentar as relações familiares. Os genogramas foram construídos por meio de entrevista com a pessoa índice que estava no papel de familiar e cuidador. O desenho gráfico dos genogramas foram construídos utilizando o software GenoPro® versão 2016. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) com seres humanos, com o número do parecer: 3.215.365. Dos familiares cuidadores que participaram da construção do genograma, duas eram filhas dos usuários com transtorno mental, duas eram mães, uma irmã e um cônjuge. As idades dos entrevistados variaram de 21 a 80 anos. Em relação ao estado civil, quatro eram casados, uma separada e uma viúva. Observou-se, por meio da análise dos genogramas, que a maior fonte de apoio dos cuidadores foi sua família extensa, ainda que alguns cuidadores não estejam satisfeitos com o apoio que recebem desses familiares. A avaliação das famílias permitiu analisar o contexto de forma integral, e possibilitou conhecer as relações familiares entre os membros, o apoio que o cuidador recebe de seus familiares para dar assistência à pessoa com transtorno mental e como acompanhar de forma intrínseca as situações que podem

acarretar desestruturação dos vínculos afetivos e uma possível disfunção familiar.

Palavras-Chave: Transtornos Mentais. Relações Familiares. Cuidador. Saúde da Família. Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica e a implementação do processo de desinstitucionalização trouxeram, dentre outras transformações no cuidado em saúde mental, a reinserção social da pessoa com transtorno mental. Os serviços de saúde mental aproximaram novamente o usuário de sua família e da comunidade. Com isso o contexto familiar se torna o ambiente principal de intervenção e reabilitação, de modo que a família deve ser assistida e inserida nos projetos de atenção à saúde mental, inclusive no projeto terapêutico singular (PTS) (CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015).

O ambiente familiar pode contribuir na reinserção social e no processo de ressocialização, garantindo à pessoa com transtorno mental o direito à cidadania, além de benefícios terapêuticos. Os familiares podem ser o suporte da pessoa em sofrimento mental. Ademais, é no ambiente familiar que deve acontecer a elaboração de soluções para os problemas existentes (CAMPANA; SOARES, 2015). No entanto, a família de pessoas com transtornos mentais, com frequência, poderá lidar com comportamentos problemáticos e, por vezes, agressivos (CAMPANA; SOARES, 2015), além da sobrecarga ao cuidador da pessoa com transtorno mental (ELOIA *et al.*, 2018). O termo sobrecarga

familiar é definido como impacto causado no ambiente familiar por meio do convívio com a pessoa com transtorno mental, envolvendo os cuidadores em aspectos emocionais, econômicos e práticos (ELOIA *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, por vezes, os familiares não se sentem preparados para cuidar de seu parente com adoecimento mental. Além disso, a presença de pessoa com transtorno mental pode ocasionar alterações e reações no ambiente familiar que alguns membros não conseguem lidar e compreender. Esse processo pode levar a sentimento de culpa e pessimismo, isolamento social e sobrecarga do cuidador (ANDRADE *et al.*, 2021). Por isso, algumas famílias acabam transmitindo a responsabilidade do cuidado da pessoa doente a uma instituição, por não compreender e não saber lidar com alguns comportamentos apresentados pelo sujeito, por desconhecer o problema de saúde de seu familiar, e até mesmo por sentir-se sobrecarregada física e emocionalmente pela convivência com essa pessoa (MAFTUM *et al.*, 2017).

O apoio do profissional de saúde a esse cuidador e sua família pode ser uma estratégia importante na redução da sobrecarga familiar e na manutenção da boa funcionalidade familiar. Nos dispositivos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) encontra-se o enfermeiro, membro de equipe multiprofissional que desenvolve um papel importante na educação em saúde, promoção da saúde, no acolhimento e escuta qualificada, criando o vínculo que será importante para a atenção à saúde da pessoa em sofrimento mental e de sua família (SANTOS *et al.*, 2020). Evidências acerca das relações familiares de cuidadores de pessoas com transtorno mental podem subsidiar

intervenções de enfermagem mais eficazes voltadas para as famílias e, sobretudo, para os cuidadores, e para a educação permanente dos profissionais que prestam cuidado diariamente a esses usuários. Diante do exposto, esta pesquisa tem o objetivo de descrever as relações familiares de cuidadores de pessoas com transtorno mental.

2 MÉTODO

2.1 Tipo, local e período do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no período de abril a maio de 2019, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tipo II, localizado no município de Vitória de Santo Antão-PE. O referido serviço atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e acolhe usuários que fazem uso de drogas, a depender da situação. Foram selecionadas seis famílias com acentuada disfunção familiar, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: a) familiar com idade igual ou superior a 18 anos; b) autodeclarar-se cuidador principal do usuário acompanhado no CAPS, com diagnóstico médico de transtorno mental, exceto transtorno relacionado ao uso de drogas; e c) apresentar acentuada disfunção familiar de acordo com a escala APGAR de família, cuja pontuação é de 0 a 4 e se refere ao nível de satisfação do cuidador com o funcionamento da família. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: a) familiares cuidadores que apresentavam alguma condição clínica que os impossibilitasse responder aos questionamentos; e b) familiares que recebiam qualquer tipo de remuneração financeira pelo

cuidado prestado, pois isso caracterizaria a formalidade da função de cuidador.

Para obtenção desses dados foi aplicado um instrumento estruturado construído pela própria pesquisadora com perguntas referentes a dados do familiar cuidador principal coletados por meio de entrevista (sexo, idade, estado civil, renda familiar, ajuda para cuidar do paciente, outras pessoas na casa ou na sua família que possuem outras doenças, crianças morando na mesma casa, grau de parentesco com o paciente, renda própria do paciente, tipo de residência, tempo que cuida do paciente, quantas pessoas moram na casa, frequentou ou frequenta a escola, anos de estudo, trabalha atualmente, atividade de lazer, satisfação em cuidar, problema de saúde, tratamento de saúde, relação com o paciente, comportamentos do paciente que incomodam), e se o cuidador já recebeu alguma orientação sobre a doença da pessoa com transtorno mental de um profissional de saúde (estratégias educativas e ferramenta educativa utilizada na orientação).

Para a avaliação da funcionalidade familiar um dos instrumentos utilizados é o APGAR de família. Sua aplicação permite detectar a presença de uma disfunção familiar. Esse instrumento mensura a satisfação dos membros da família por meio de cinco domínios *adaptation* (adaptação), *partnership* (companheirismo), *growth* (desenvolvimento), *affection* (afetividade) e *resolve* (capacidade resolutiva). Essa avaliação independe da fase do ciclo de vida em que se encontram os familiares (SILVA *et al.*, 2014). Os resultados adquiridos com a aplicação da escala são convertidos em escores a partir da soma dos valores obtidos em cada um dos cinco itens. As alternativas de respostas são: sempre (2); algumas vezes (1); e nunca

(0). A pontuação total varia de 0 a 10. O somatório dos itens concebe o nível de satisfação familiar: de 0 a 4 acentuada disfunção familiar; de 5 a 6 moderada disfunção; e de 7 a 10 boa funcionalidade (VERA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2014).

Sobre a avaliação das relações familiares foi construído o genograma das famílias utilizando no mínimo três gerações, de acordo com a história das relações de cada família. Foram identificados os padrões relacionais entre os membros da família a partir do olhar do cuidador principal. Para essa etapa da coleta de dados as famílias que apresentaram menor pontuação na escala que avalia a funcionalidade familiar (APGAR familiar), ou seja, as famílias que obtiveram pontuação 0 a 4, caracterizadas com acentuada disfunção familiar, foram convidadas a participar da construção do genograma. Verificou-se que 15 famílias apresentaram disfunção familiar acentuada. No entanto, dois familiares relataram não ter disponibilidade para participar da construção do genograma; um familiar desistiu de participar da construção do genograma; e com seis familiares o pesquisador não obteve êxito no contato para agendar a entrevista. Dessa forma, um total de seis familiares aceitaram participar da construção do genograma e compuseram a amostra deste estudo.

Os genogramas foram construídos por meio de entrevista com a Pessoa Índice (PI) que estava no papel de familiar e cuidador. O desenho gráfico dos genogramas foram construídos utilizando o software GenoPro® versão 2016. Após a construção do genograma, avaliaram-se as relações familiares em três categorias, segundo o Modelo Calgary de Avaliação da Família (WRIGHT; LEAHEY, 2012): Aspecto estrutural das famílias (composição familiar, gênero e ordem

de nascimento, e sua estrutura externa – família extensa); Aspecto de desenvolvimento das famílias (estágios de desenvolvimento, tarefas e vínculos afetivos); e Aspecto funcional das famílias (funcionamento instrumental – atividades da vida diária, e expressivo – papéis, alianças e uniões). Para garantir o anonimato dos participantes foram descritos nos genogramas as três primeiras letras de seus nomes. Foram realizadas entrevistas domiciliares, previamente agendadas por contato telefônico, individualmente, a partir de um roteiro previamente elaborado pela pesquisadora. Para confecção dos genogramas foi utilizada uma folha de papel em branco iniciando a construção pela representação do familiar cuidador. As gerações foram incluídas seguindo a ordem de nascimento, ou seja, da esquerda para a direita, iniciando pela pessoa com maior idade em cada uma das gerações (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Foram representadas as estruturas básicas de cada família, de acordo com o relato do familiar, identificando o que era significativo para cada família. Utilizaram-se símbolos para a construção dos genogramas, os quais estão descritos nas figuras na seção dos resultados. Os dados foram coletados no CAPS, por meio de entrevista com o familiar em um espaço reservado do CAPS e no domicílio, a fim de garantir a privacidade do participante e evitar possíveis constrangimentos. O estudo foi aprovado pelo CEP com seres humanos, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com o número do parecer: 3.215.365.

3 RESULTADOS

Foram entrevistados seis familiares que se autodeclararam como cuidadores principais para construção dos respectivos genogramas das famílias com acentuada disfunção familiar. Dos familiares cuidadores, duas eram filhas dos usuários com transtorno mental, duas mães, uma irmã e um cônjuge. As idades dos entrevistados variaram de 21 a 80 anos. Em relação ao estado civil, quatro eram casados, uma separada e uma viúva. Com relação ao grau de escolaridade, duas entrevistadas cursaram o ensino médio completo, uma cursou o ensino superior completo, duas tinham o ensino médio incompleto e um não concluiu o ensino fundamental. A renda mensal das famílias variou de menos de um salário-mínimo até mais de três salários; duas famílias viviam com menos de um salário; duas com um salário; uma com dois salários; e uma com mais de três salários. Uma das cuidadoras relatou que a família dependia totalmente da ajuda financeira de seus avós maternos. As profissões citadas pelos participantes foram: professora (1); do lar (3); aposentada (1); e autônomo (1). Uma das cuidadoras mesmo sendo aposentada desenvolvia uma atividade autônoma como costureira para complementar a renda familiar. A seguir, estão apresentadas as representações gráficas dos genogramas e a descrição das famílias.

Família 1: Estrutura e as relações familiares da cuidadora “SIL” (Figura 1)

SIL, 40 anos, casada, mãe de dois filhos, com ensino superior completo, trabalha como professora. Há alguns anos foi diagnosticada

com depressão. Fez tratamento com antidepressivo, obtendo melhora de seu quadro clínico, tendo as medicações suspensas por sua psiquiatra (Figura 1). Após o adoecimento de sua irmã SOL, que faz acompanhamento no CAPS atualmente, SIL voltou a apresentar um quadro com sintomas de ansiedade e angústia. Com diagnóstico médico de depressão, faz uso de Desvenlafaxina e Alprazolam. SIL mora com PAU, com quem é casada há 16 anos e tem dois filhos. Sua irmã SOL e sua sobrinha EVA (filha de SOL) vieram morar em sua casa após seu adoecimento e separação. Seus pais se separaram quando ela era criança e ela foi morar com seus avós maternos. Sua mãe faleceu quando ela tinha três anos, sendo criada por sua avó materna, que considera como sua segunda mãe. Possui histórico familiar de depressão.

SIL tinha um relacionamento muito próximo com sua avó materna, que faleceu. Após o adoecimento de sua irmã SOL passaram a ter um relacionamento muito próximo. Considera sua tia GEN como uma mãe e possui um relacionamento muito próximo, apesar de GEN morar em outra cidade. Tem um relacionamento próximo e conflituoso com seu esposo PAU, que não aceita muito bem a presença de SOL em sua casa. Após a separação de seus pais, SIL perdeu o contato com sua família paterna. Não sabe nenhuma informação de seu pai e de seus familiares. SIL não está satisfeita com o suporte que recebe de sua família. Apenas sua tia GEN auxilia no cuidado com SOL, caso ela solicite. Seu irmão SER ajudava financeiramente no início do adoecimento de SOL, mas atualmente não está mais dando esse suporte. O adoecimento de sua irmã SOL afetou bastante sua saúde, precisando voltar a fazer uso de antidepressivo e ansiolítico. Embora não peça mais

ajuda a seu irmão SER, ela solicita às vezes auxílio de sua tia GEN, quando percebe que está muito sobrecarregada.

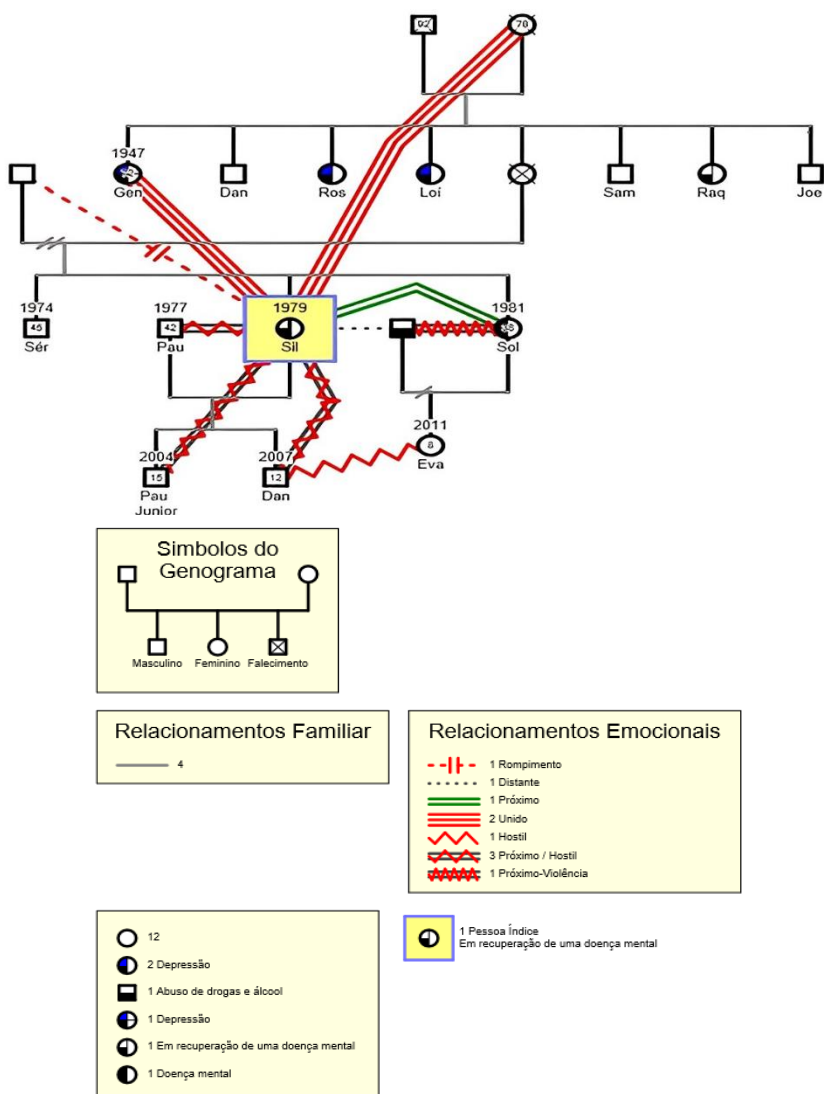


Figura 1 – Estrutura familiar da cuidadora “SIL” (Família 1)

Fonte: Elaborada pelas autoras. Programa GenoPro.

Família 2: Estrutura e as relações familiares do cuidador “EM” (Figura 2)

EM, 28 anos, casado, pai de duas filhas, com ensino fundamental incompleto, trabalha como autônomo. Atualmente mora com APA, com os três filhos mais novos de APA e com sua filha mais nova KAR. Vive em uma união estável com APA há cerca de cinco anos. APA já apresentava os sintomas do transtorno mental desde o início de seu relacionamento, mas estes pioraram há alguns meses e na oportunidade procuraram o CAPS para tratamento. Após o fim do seu relacionamento com ALI, EM perdeu contato com ela e com sua filha mais velha KAL, que mora com sua mãe em outra cidade. Seu relacionamento com sua filha mais velha foi rompido após a separação, no entanto EM afirma ter desejo de voltar a ter contato com sua filha. Todos da família sabem do problema de saúde de APA, mas quem auxilia no cuidado é sua mãe MAR. Tem um bom relacionamento com todos os filhos de APA e com sua filha mais nova, com quem mantém um relacionamento próximo. Sempre teve um relacionamento muito próximo com sua mãe, e distante de seu pai. Sua esposa APA não gosta de ser contrariada e quando isso acontece apresenta um comportamento mais agressivo. Por isso, EM evita contrariá-la para não ter conflito entre eles, mantendo um relacionamento muito próximo.

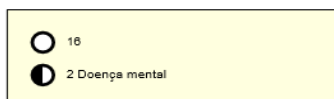
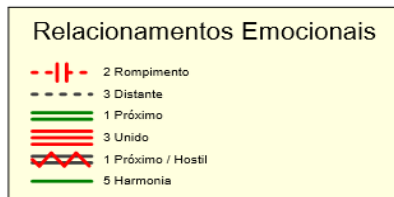
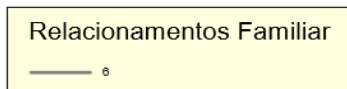
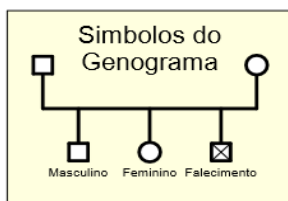
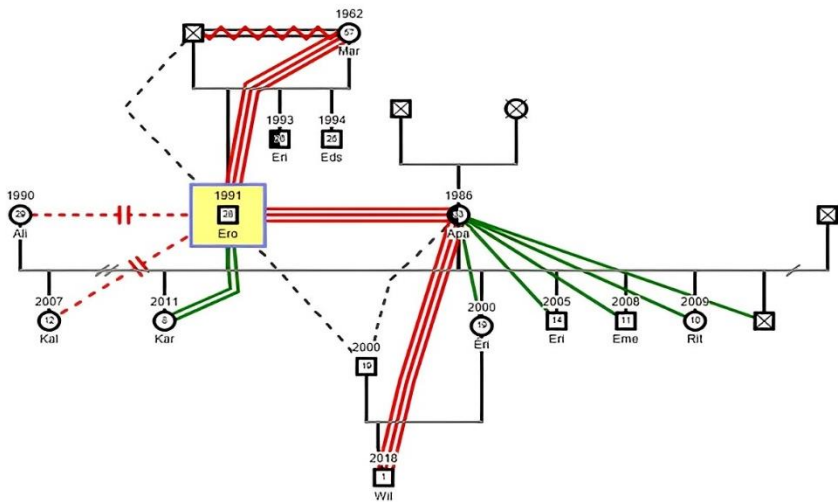


Figura 2 – Estrutura familiar do cuidador “EM” (Família 2)

Fonte: Elaborada pelas autoras. Programa GenoPro.

Família 3: Estrutura e relações familiares da cuidadora “IAR” (Figura 3)

IAR, 23 anos, solteira, tem um filho. Com ensino médio completo, faz o curso técnico em enfermagem, e não trabalha. Atualmente mora com seu filho LUI e com sua mãe VAN, que faz acompanhamento no CAPS. Teve um relacionamento rápido com LUA. Chegaram a morar juntos, mas após descobrirem a gestação se separaram e IAR voltou para a casa de sua mãe, que, por sua vez, não trabalha e recebe o benefício do Programa Bolsa Família. Os avós maternos são os mais envolvidos com sua mãe e ajudam financeiramente as duas, mas não conseguem dar um suporte no cuidado diário, por já serem idosos. IAR tem um relacionamento muito próximo com sua mãe, com seu filho e com seus avós maternos. Seu relacionamento com LUA foi rompido. Ela refere que ele não tem interesse em ver o filho e não ajuda financeiramente. IAR deixou de frequentar a casa de seu pai EDM por causa de sua madrasta RUT, que tem ciúmes dela e de sua mãe e por isso não gosta que seu pai tenha contato com elas. Assim, mantém distância do seu pai e dos seus irmãos, mas tem um bom relacionamento com eles e gostaria de ser mais próxima. Não conhece a família de seu pai, apenas sua avó paterna com quem tem contato às vezes. Sua tia ROS trabalha muito e seu tio EVA mora em outro estado, mas mantém um relacionamento próximo deles. Seu tio AGL mora próximo de sua residência, mas mantém um relacionamento distante. IAR gostaria que seus tios ajudassem mais sua mãe, que eles demonstrassem mais preocupação e interesse. Mas, relata que seus avós criaram os tios e sua mãe de forma mais rígida e mais distante e que por isso eles não demonstravam tanto afeto entre eles.

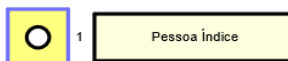
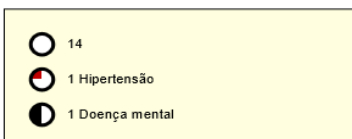
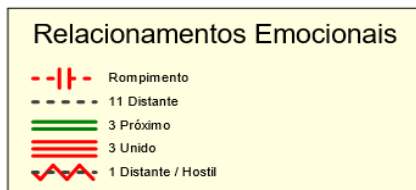
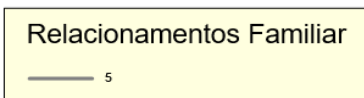
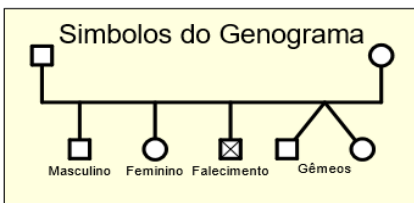
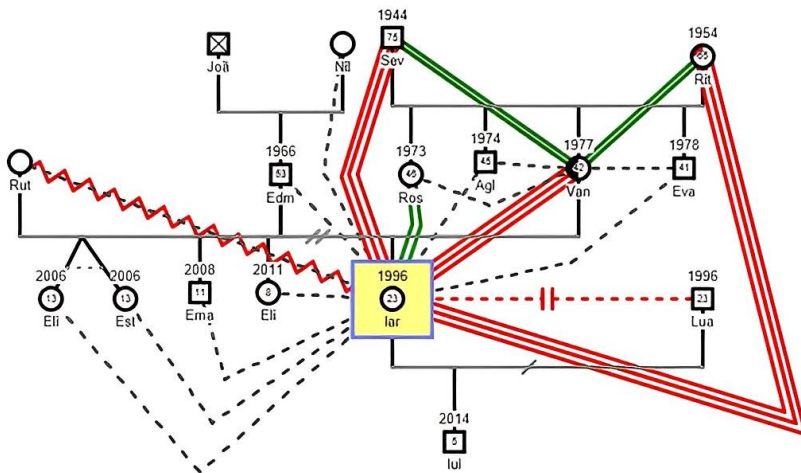


Figura 3 – Estrutura familiar da cuidadora “IAR” (Família 3)

Fonte: Elaborada pelas autoras. Programa GenoPro.

Família 4: Estrutura e relações familiares da cuidadora “JUL” (Figura 4)

JUL, 21 anos, casada, ensino médio incompleto, não trabalha e tem uma filha de dois anos. Atualmente, mora com seu companheiro WEM e sua filha. Seus pais JOÃ e ELI, que fazem acompanhamento no CAPS, moram com seus outros três filhos mais novos. Porém, JUL passa o dia todo na casa dos pais e volta para sua casa somente à noite. Tem um relacionamento muito próximo com seus pais, seu marido, sua filha e seus irmãos. Sua irmã JOA esporadicamente ajuda a cuidar dos pais, pois trabalha o dia todo. Apesar do bom relacionamento com sua família, não está satisfeita com o suporte que recebe para cuidar de seus pais, que têm transtorno mental, e acredita que poderia melhorar. JUL interrompeu os estudos após a gestação. Relatou desejo de voltar a estudar, mas, por falta de tempo e por ser cuidadora de seus pais e da sua filha, não conseguiu.

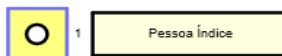
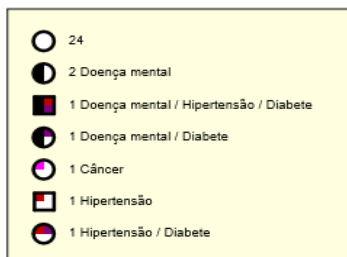
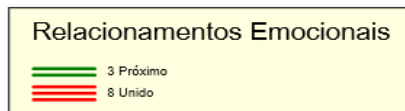
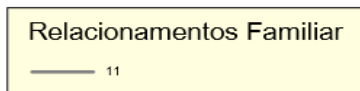
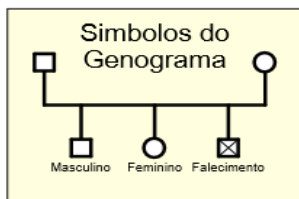
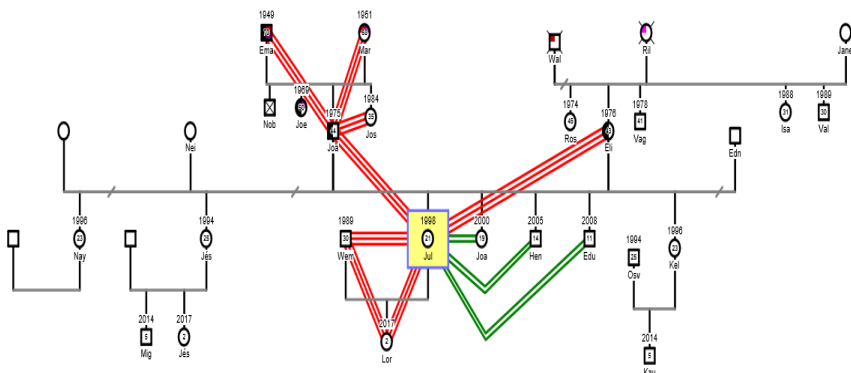


Figura 4 – Estrutura familiar da cuidadora “JUL” (Família 4)

Fonte: Elaborada pelas autoras. Programa GenoPro.

Família 5: Estrutura e relações familiares da cuidadora “MAR 1”
(Figura 5)

MAR, 80 anos, viúva, ensino médio completo, teve sete filhos, professora aposentada, trabalha como costureira autônoma para complementar a renda da família. Mora com seus filhos EDV, que tem uma deficiência mental decorrente do sarampo, e SOL, que tem transtorno mental e faz acompanhamento no CAPS. Além de SOL, dona MAR ficou responsável por sua sobrinha PAT, após a morte de sua mãe, que também tem transtorno mental e faz acompanhamento no CAPS. Possui um relacionamento próximo com seus filhos SOL, EDV, JOS e SAN e muito próximo com sua filha EDN e sua neta ELI, que ajudam a cuidar de PAT. EDN sempre foi a filha mais próxima e esteve presente quando sua mãe precisou. MAR também ajuda ELI, que está com depressão grave, tem um filho pequeno e está separada atualmente. Todos da família sabem do problema de saúde de SOL, mas MAR cuida de sua filha sozinha. MAR é o principal suporte para sua família e o membro que soluciona os problemas familiares e ajuda quando precisam. Tem um relacionamento próximo e conflituoso com PAT devido aos seus comportamentos decorrentes do adoecimento mental. MAR relatou que gostaria de internar PAT para que ela tivesse ajuda de outras pessoas.

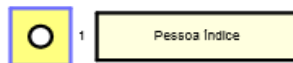
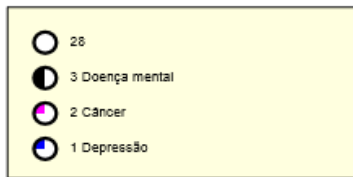
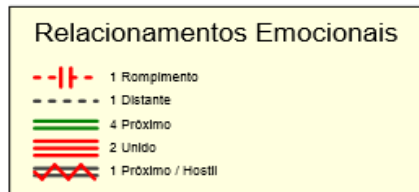
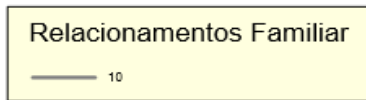
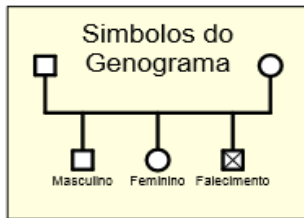
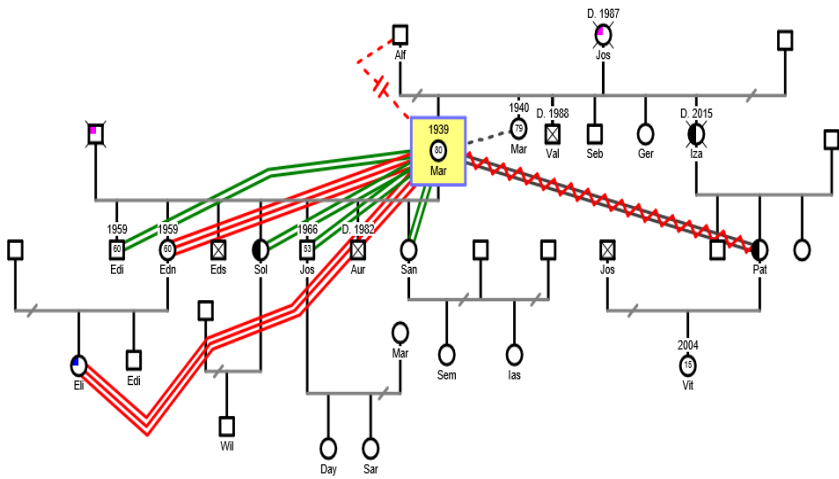


Figura 5 – Estrutura familiar da cuidadora “MAR 1” (Família 5)

Fonte: Elaborada pelas autoras. Programa GenoPro.

Família 6: Estrutura e relações familiares da cuidadora “MAR 2”
(Figura 6)

MAR, 61 anos, casada, tem dois filhos, ensino médio completo, do lar. Tem diabetes e hipertensão arterial sistêmica, faz uso de medicação. Após o assassinato de seu neto LIN começou a apresentar sintomas de ansiedade, choro e desânimo. Seu companheiro faz uso de medicação para dormir, já fez tratamento para depressão anos atrás, mas parou por conta própria. MAR mora com seu esposo LOR, que é aposentado, e seu filho JOS, que tem transtorno mental e faz acompanhamento no CAPS. JOS é bastante impaciente e, apesar serem próximos, tem uma relação conflituosa com seu pai. MAR foi adotada, ainda pequena, conheceu sua mãe biológica, mas não conheceu seu pai. Tinha um relacionamento distante com sua mãe adotiva. Casou-se aos 14 anos com LOR. MAR relatou ter um relacionamento muito próximo com seu neto LIN e por isso sofreu bastante após sua morte. Seu relacionamento com seus irmãos foi rompido após sua adoção. Seu filho LAM mora em outra cidade, mas sempre teve um bom relacionamento com o filho, relatou sentir muita falta dele e gostaria de estar mais próxima. Referiu, ainda, sentir-se muito sozinha. Apenas o filho LAM e seu marido LOR sabem do problema de JOS. Não tem suporte de sua família para cuidar dele, seu marido auxilia, mas também está com problemas emocionais e não quer buscar ajuda de um profissional de saúde, o que acarreta sobrecarga para MAR.

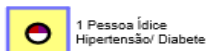
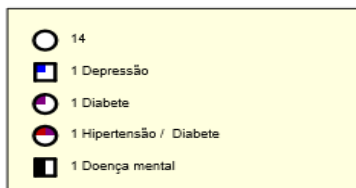
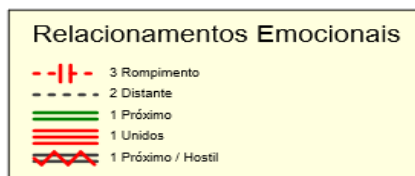
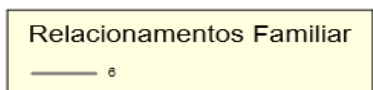
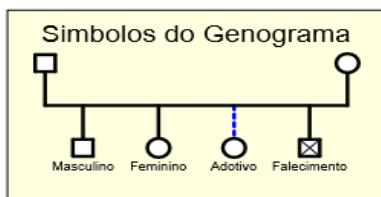
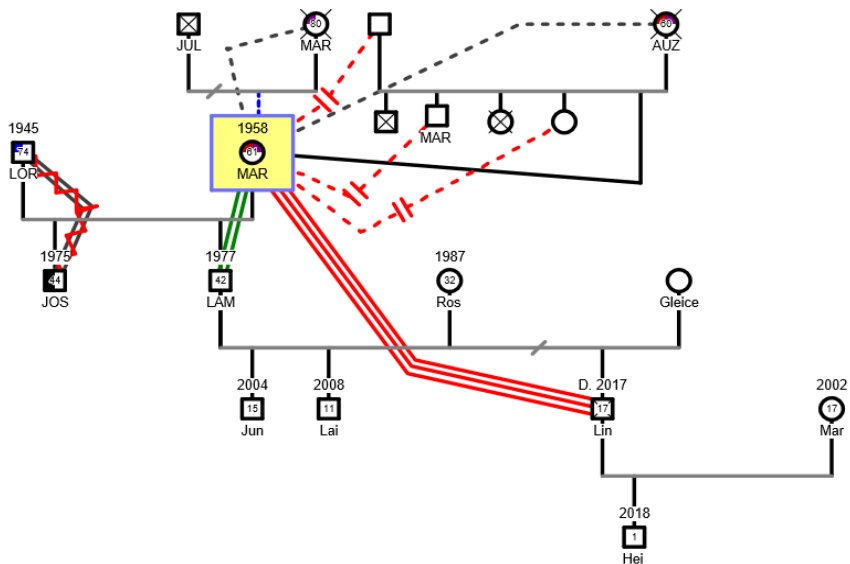


Figura 6 – Estrutura familiar da cuidadora “MAR 2” (Família 6)

Fonte: Elaborada pelas autoras. Programa GenoPro.

8 DISCUSSÃO

A família extensa é um importante aliado no apoio aos cuidadores principais, tanto pelo auxílio financeiro quanto pela oferta de suporte emocional. Seu auxílio no cuidado diário contribui para reduzir a sobrecarga emocional e física relacionada ao cuidado. A maior e mais frequente fonte de apoio para esses familiares cuidadores foi representada por sua família extensa, que inclui em sua estrutura os membros de origem, os de procriação, a atual geração e os membros adotados que vivem próximos ou distantes (WRIGHT; LEAHEY, 2012; VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015). Nesta pesquisa foi observado que a maior fonte de apoio dos cuidadores foi sua família extensa, no entanto, alguns cuidadores estão insatisfeitos com o apoio que recebem desses familiares.

Os familiares que desempenham o papel de cuidador da pessoa com transtorno mental podem apresentar sentimento de insegurança para lidar com os comportamentos agressivos em momentos de crise. A fragilidade nas relações familiares pode sobrecarregar o cuidador, que por falta de opção e apoio necessita prestar os cuidados aos seus entes em sofrimento psíquico sem auxílio de outros familiares. Mesmo diante da obrigação em assumir o papel de cuidador, esse familiar não se sente preparado para desenvolver essa função (KEBBE *et al.*, 2014).

A indisponibilidade de outras pessoas da família para prestar o cuidado ao doente pode acarretar alto nível de estresse no cuidador principal da pessoa com transtorno mental pela falta de suporte. Isso pode gerar uma sobrecarga pelo acúmulo de atividades diárias relacionadas ao cuidado e comprometimento das tarefas cotidianas do

familiar responsável pelo cuidado, tais como autocuidado, lazer, suas próprias relações e seu trabalho (KEBBE *et al.*, 2014; ANDRADE *et al.*, 2021). Neste estudo foi observado que a sobrecarga gerada pelo papel de cuidador principal afetava diretamente a vida diária, pessoal e a saúde dessa pessoa.

A sobrecarga do cuidador principal da pessoa com transtorno mental pode estar relacionada com a sua dedicação diária e de forma integral ao cuidado do seu ente adoecido. Mesmo sentindo-se sobrecarregados, os cuidadores sentem satisfação em prestar esses cuidados aos seus familiares. Muitas vezes, o sentimento de sobrecarga está atrelado ao acúmulo de papéis, à falta de ajuda e ao impacto em sua vida financeira. A falta de orientação de como desenvolver seu papel de cuidador também pode contribuir para esse processo de sobrecarga (ELOIA *et al.*, 2014).

Em um estudo foi observado que 52% dos cuidadores recebiam alguma ajuda de outros membros da família, e 48% relataram não ter nenhum tipo de apoio para prestar o cuidado à pessoa com transtorno mental. Também foi demonstrado que 52% das pessoas responsáveis pelo cuidado da pessoa em sofrimento mental afirmaram ter dificuldade em entender sobre a doença do seu familiar. Isso pode influenciar diretamente na maneira como o cuidador irá lidar com a pessoa adoecida mentalmente (RAMOS; CALAIS; ZOTESSO, 2019). Nesta pesquisa foi evidenciado que alguns cuidadores se sentiam sobrecarregados mesmo com a ajuda que recebiam, quando solicitavam, de outros familiares para cuidar da pessoa com transtorno mental. A falta de um suporte adequado acarreta mais sofrimento para os familiares ocasionando uma menor contribuição da família para o

processo de reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental. Por isso, é importante que os serviços de saúde realizem atividades de promoção e intervenções que permitam ao familiar um maior conhecimento acerca do adoecimento de seu membro e forneçam orientações de como lidar com os comportamentos e os cuidados necessários para a assistência a essa pessoa (CAMPANA; SOARES, 2015), além da realização de grupos de ajuda mútua nos dispositivos de saúde mental (SILVA *et al.*, 2021).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação das famílias a partir do genograma permitiu avaliar as famílias de forma ampliada, levando em consideração sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento, o que possibilitou conhecer as relações familiares entre os membros, o apoio que o cuidador recebe de seus familiares para dar assistência à pessoa com transtorno mental e como acompanhar as situações que podem acarretar a desestruturação dos vínculos afetivos e uma possível disfunção familiar.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. J. C. *et al.* Family functionality and burden of family caregivers of users with mental disorders. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 74, n. 5, e20201061, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hK4cPr55fCT4Bf73yZ7bc9y/?lang=en>. Acesso em: 27 jun. 2023.

CAMPANA, M. C.; SOARES, M. H. Familiares de pessoas com esquizofrenia: sentimentos e atitudes frente ao comportamento

agressivo. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 338-344, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40374/25551>. Acesso em: 27 jun. 2023.

CONSTANTINIDIS, T. C.; ANDRADE, A. N. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 333-342, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jvr3Dd6fv8Xk4gkC899pSKy/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 27 jun. 2023.

ELOIA, S. C. *Et al.* Sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com transtornos mentais: análise dos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 3001-3011, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vrjsJFgtp8Gq4FqyMB5kXdR/?lang=pt#>. Acesso em: 27 jun. 2023.

ELOIA, S. C. *Et al.* Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 996-1007, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6LgdLWFWyCFZHv33cSTypSm/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 27 jun. 2023.

KEBBE, L. M. *et al.* Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 494-505, set. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/df7MBfpXSMx3n54tm5BKPgw/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 27 jun. 2023.

MAFTUM, M. A. *et al.* Changes in professional practice in the mental health area against 244razilian psychiatric reform in the vision of the nursing team. **J. Res.: fundam. Care. Online**, Rio de janeiro, v. 9, n. 2, p. 309-314, 2017.

RAMOS, A. C.; CALAIS, S. L.; ZOTESSO, M. C. Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 12, n. 1, p. 282-302, jan./abr. 2019.

Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822019000100013. Acesso em: 27 jun. 2023.

SANTOS, E. O. *et al.* Nursing practices in a psychological care center.

Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 73, n. 1, p.

e20180175, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/WDf4zddCtmJXWqSPqFBfvPk/?lang=en#>. Acesso em: 27 jun. 2023.

SILVA, M. J. *Et al.* Análise das propriedades psicométricas do

APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. **Esc. Anna**

Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 527-532, jul./set. 2014. Disponível

em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/NBVTbDTftKzLjhyGLGHSNzm/?lang=pt#>. Acesso em: 27 jun. 2023.

SILVA, P. S. *et al.* O cuidado em saúde mental: narrativas de

familiares de ouvidores de vozes. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 32,

e210004, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psusp/a/ywjNVdPTTZBZ3KWymQfDVRG/#>. Acesso em: 27 jun. 2023.

VERA, I. *Et al.* Índice APGAR de Família na avaliação de relações

familiares do idoso: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v.

16, n. 1, p. 199-210, jan./mar. 2014. Disponível em:

<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/22514/16459>. Acesso em: 27 jun. 2023.

VICENTE, J. B.; HIGARASHI, I. H.; FURTADO, M. C. C.

Transtorno mental na infância: configurações familiares e suas

relações sociais. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 107-

114, jan./mar. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/MYL39MFZzmv9PnHyGyNKtyP/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: guia para**

avaliação e intervenção na família. 5. ed. São Paulo: Roca, 2012.

Trajétória do ensino superior de enfermagem no Brasil¹

11

Fabiana Alves Soares²

Bruno Luciano Carneiro³

¹ Capítulo fruto da dissertação intitulada “Expansão e distribuição da educação superior em enfermagem no Brasil: desafios e perspectivas”, de autoria de Fabiana Alves Soares, sob orientação de Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira, defendida em 21 de maio de 2021, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). *Link* de acesso: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/3477>

² Enfermeira. Mestra pelo PPGENF da UFMA.

³ Enfermeiro. Doutor em saúde coletiva. Docente do PPGENF da UFMA.

RESUMO

Objetivo: Analisar a trajetória dos cursos e das vagas de graduação em enfermagem no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa documental de natureza bibliográfica. Fonte de pesquisa: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Google Scholar*, considerando as publicações que tinham como assunto principal: *Escolas de enfermagem; Expansão do ensino de enfermagem; História da enfermagem; Instituições de ensino; Educação superior e educação em enfermagem*, no período de março de 2019 a fevereiro de 2023. Também foram utilizados como fonte de referência na pesquisa publicações técnicas de sites oficiais que abordavam a temática. No total, foram utilizadas 54 publicações que se enquadraram nos critérios propostos neste estudo. **Resultados:** Em 1890, foi criado o primeiro curso oficial de ensino superior de enfermagem no Brasil. Mas, somente a partir da década de 1990 ocorreu intensa expansão dos seus cursos e de vagas no país, com a atuação do setor privado, que foi especialmente estimulado por políticas públicas e programas governamentais. Nos anos 2000, esse processo se consolidou e tornou a enfermagem o curso da saúde com maior oferta de ensino do Brasil. Com efeito, houve importante expansão e concentração de cursos e vagas de enfermagem em centros urbanos e regiões e estados mais ricos do país. **Conclusão:** Em mais de 130 anos, ocorreu aumento de cursos de enfermagem por todo o Brasil, e essa expansão se deu permeada por políticas públicas e impactada pelo contexto histórico, político e econômico que favoreceu

o aumento expressivo de cursos e vagas em instituições de ensino privadas, de forma rápida e desordenada em todas as regiões do país.

Palavras-Chave: Enfermagem. Escolas de Enfermagem. Instituições Acadêmicas. Educação Superior. Privatização.

1 INTRODUÇÃO

Globalmente, há um importante debate sobre a oferta e a distribuição de cursos e vagas no ensino superior do setor saúde. Grande parte desse interesse se deve à relação dessa oferta e distribuição com o desenvolvimento socioeconômico, a qualidade dos sistemas de saúde e a oferta de recursos humanos ao mercado de trabalho de diferentes países.

Em relação aos países europeus e Estados Unidos da América (EUA), a oferta de educação superior na área de saúde no Brasil é recente e remonta ao ano de 1808. Nesse ano, foram implantadas as primeiras escolas de medicina em Salvador (BA) e no Rio de Janeiro (RJ) (DINIZ; GEORGEN, 2019). O ensino da enfermagem é ainda mais recente: a primeira iniciativa de sistematização desse ensino no país ocorreu ainda mais tardiamente: em 1890 (SILVEIRA; PAIVA, 2011). Alguns anos depois, entre as décadas de 1920 e 1930, deu-se a criação da primeira escola de enfermagem moderna do país: Escola Anna Nery, localizada no Rio de Janeiro (GEOVANINI *et al.*, 2005).

Em 1996, com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), no contexto da flexibilização, com obtenção de lucros pelas Instituições de Ensino Superior (IES), gerou-se o

“capitalismo acadêmico” levando à expansão do ensino superior privado, que até os dias atuais tem permeado todo o sistema de ensino superior no país (FRANCO; DAL POZ, 2018; DINIZ; GEORGEN, 2019).

Nesse contexto observou-se crescimento expressivo do número de instituições e cursos, influenciados por questões políticas e programas governamentais relativos à reformulação e ao financiamento da educação superior. Esses processos levaram à expansão do ensino para a área da saúde e favoreceram diretamente o setor privado da educação, atuando, de forma decisiva, para a oferta do ensino da enfermagem e ajudando a modificar a hegemonia do ensino superior público e gratuito, até então predominante no país, para o ensino superior privado predominante até os dias atuais (MAGALHÃES *et al.*, 2013; VIEIRA; MOYSES, 2017).

Frente a essas colocações, este estudo buscou analisar a trajetória dos cursos e das vagas de graduação em enfermagem no Brasil.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental de natureza bibliográfica. Os artigos foram pesquisados no período de março de 2019 a fevereiro de 2023, acessando as fontes de pesquisa: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Google Scholar*, considerando as publicações que tinham como assunto principal: *Escolas de enfermagem; Expansão do ensino de enfermagem; História da*

enfermagem; Instituições de ensino; Educação superior e educação em enfermagem.

Além destes, foram utilizadas como fonte publicações técnicas de sites oficiais que abordavam a temática, debatiam a trajetória dos cursos de graduação em enfermagem e retravam os fatores que influenciaram a expansão dos cursos da graduação em enfermagem no Brasil, bem como publicações que traziam informações qualitativas e quantitativas importantes sobre a profissão, cursos ou instituições de ensino para a graduação em enfermagem no Brasil. Foram excluídos editoriais, cartas e publicações que não contemplavam a temática do estudo, e estudos duplicados. Trajetória da coleta de dados detalhada na **Figura 1**.

Assim, foram selecionadas 54 referências que ofereceram dados e informações que retratam a expansão dos cursos e vagas de graduação em enfermagem desde a criação do primeiro curso (1890) até meados do século XXI (2020) e discutem os aspectos históricos, políticos e socioeconômicos mais relevantes que influenciaram diretamente o processo de expansão dos cursos e vagas de graduação, gerando amplas reflexões acerca das repercussões dessa expansão para o ensino, a saúde e o mercado de trabalho no Brasil.

As publicações selecionadas foram sintetizadas e expostas segundo a disposição temporal dos acontecimentos históricos, políticos e econômicos associados ao processo de expansão do ensino superior de enfermagem no Brasil.

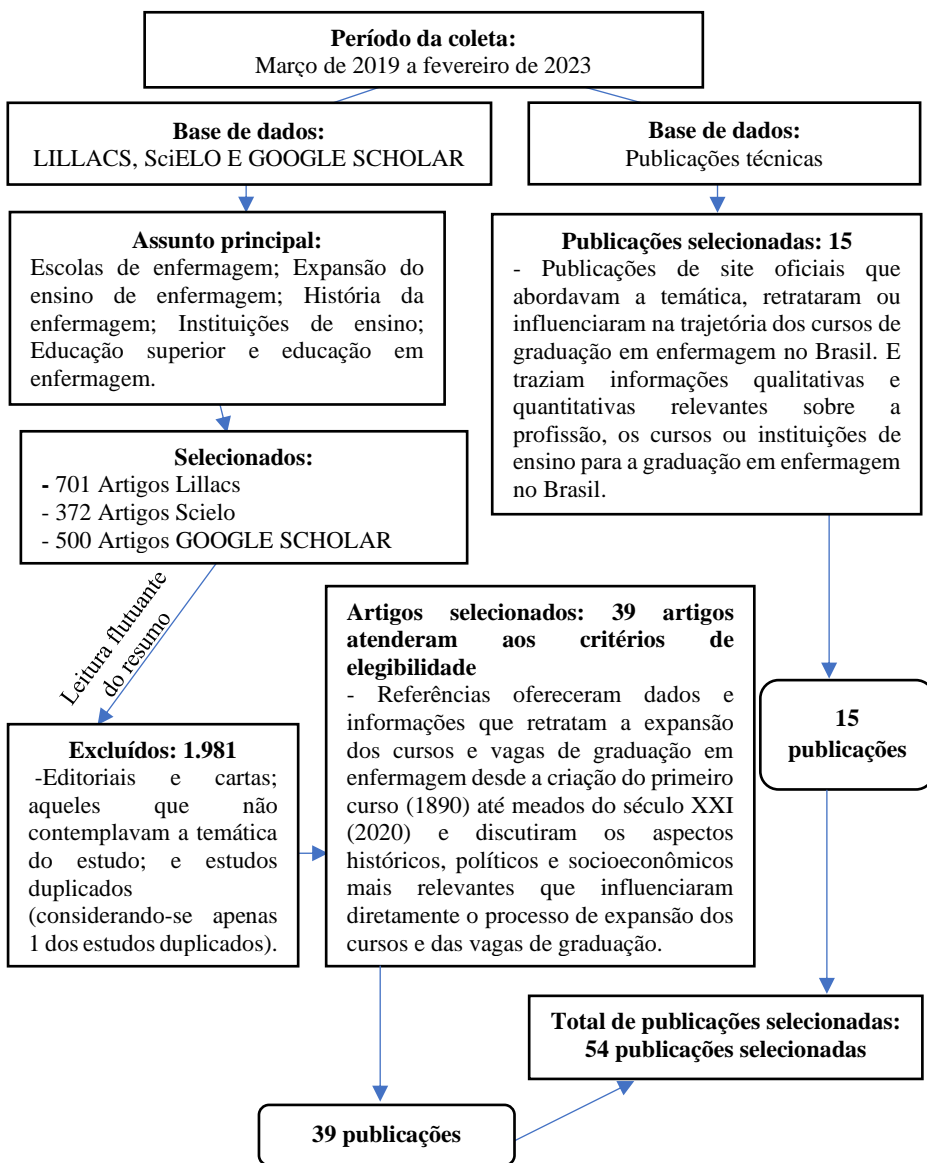


Figura 1 – Fluxograma da coleta de dados. São Luís-MA, 2023

Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O contexto histórico, político e econômico do Brasil ao longo dos anos impactou diretamente a expansão de cursos superiores no país, principalmente privados. Nesse panorama ao longo de mais de 130 anos houve importante aumento na oferta de cursos e vagas para a graduação de enfermagem no país, principalmente a partir da década de 1990. Essa expansão, contudo, ocorreu de forma heterogênea e impulsionada pela oferta de ensino privado.

O desenvolvimento da educação superior no Brasil é considerado tardio, quando comparado a outros países, até mesmo aos países da América Latina. As primeiras IES se estabeleceram apenas no início do século XIX, após a transferência da corte portuguesa para o território colonial. Somente em 1890 ocorreu a primeira iniciativa oficial para o estabelecimento da enfermagem profissional no Brasil, com a abertura do curso na Escola Profissional de Enfermagem no Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, hoje uma unidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro (GEOVANINI *et al.*, 2005; SILVEIRA; PAIVA, 2011; NEVES; MARTINS, 2016; SOARES; OLIVEIRA, 2022; LABRIOLA *et al.*, 2022).

Essa escola de enfermagem foi dirigida pelos médicos daquele hospital que formaram o corpo docente do curso. O currículo da Escola Profissional de Enfermagem seguia os moldes das escolas francesas, e concebia a enfermeira como subordinada ao poder médico. Foi criada para suprir a deficiência de profissionais qualificados para o atendimento dos doentes, após a saída das Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo daquela instituição (CARVALHO; PADILHA, 2022).

A implantação das primeiras escolas de enfermagem e da profissionalização da enfermagem no Brasil ocorreu em um contexto de grandes dificuldades sociais, políticas, culturais e sanitárias no país, especialmente relacionadas à pequena integração entre as regiões do país, à carência de candidatos, à elevada taxa de analfabetismo, e à condição feminina naquela temporalidade (LABRIOLA *et al.*, 2022).

Até o final do século XIX, o Brasil ainda era um imenso território com pequena e dispersa população. O processo de urbanização era lento e progressivo, iniciado nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. Essa condição fez com que a criação das próximas escolas de enfermagem ocorresse nos estados da Região Sudeste. Até 1939, essa região concentrava todos os cursos de graduação de enfermagem do país (SILVEIRA; PAIVA, 2011; TEIXEIRA *et al.*, 2013; SOARES; OLIVEIRA, 2022).

Em 1920, as crises na saúde pública e na economia desencadearam respostas do Estado que resultaram na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1923, surge a primeira escola de enfermagem moderna do Brasil. Ela foi baseada em uma adaptação americana do modelo nighthingaleano, que redirecionou o modelo da enfermagem profissional no Brasil e, por isso, é considerada a primeira escola moderna de enfermagem do país (GEOVANINI *et al.*, 2005).

Nessa perspectiva, o ensino superior de enfermagem foi institucionalizado tardiamente (em 1923) e sob influência da situação sanitária do país. Somente a partir do amplo desenvolvimento da industrialização e urbanização, a criação de novos cursos e vagas ganhou força. Com a modernização de hospitais nas décadas seguintes

a expansão do ensino superior de enfermagem se consolida e perde gradativamente o enfoque na assistência preventiva e passa a ser processado principalmente nos ambientes hospitalares (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Logo, percebe-se que o ensino de enfermagem foi marcado pela constante implementação de mudanças no ensino, influenciado pela conjuntura histórica e social da sociedade brasileira.

Em meados dos anos 1950 já vinha sendo discutida a reforma universitária. Porém, essa discussão foi neutralizada em 1964, pelo golpe militar, que interrompeu o processo democrático no país e priorizou também o modelo de assistência hospitalar e a mercantilização da saúde em detrimento da medicina preventiva. Como consequência desses conflitos sociopolíticos e ideológicos do final da década de 1950 e início da década de 1960, houve uma desaceleração do crescimento do ensino superior observado nas décadas anteriores, também para a enfermagem (ERDMANN; FERNANDES; TEIXEIRA, 2011; SOARES; OLIVEIRA, 2022).

Em 1968, a reforma universitária favoreceu a regulamentação do ensino superior e propôs a ampliação e modernização do ensino superior, o que favoreceu o expressivo aumento de cursos de graduação em enfermagem na década de 1970, possibilitando, além do aumento do quantitativo de enfermeiros, melhor distribuição geográfica desses profissionais, pois um dos pré-requisitos para a criação desses novos cursos era que fossem implantados em cidades ou estados que ainda não contavam com essa oferta. Em termos quantitativos, em relação ao número de cursos de graduação de enfermagem no país, pode-se afirmar que no período de 1975 a 1980 foi criada quase metade da quantidade

de cursos instituídos ao longo de 51 anos (1923-1974) (BRASIL, 1968; FERNANDES *et al.*, 2013; TEIXEIRA *et al.*, 2006; DAN; CANHETE; SANTOS, 2014; JESUS *et al.*, 2012; MALTA *et al.*, 2018).

Além dos movimentos até aqui apontados, outros acontecimentos políticos e sociais importantes também eclodiram entre as décadas de 1970 e 1980, e impactaram o crescimento do ensino superior em saúde, bem como a enfermagem. Entre eles, em 1976, a criação do Programa de Crédito Educativo (CREDUC), que favoreceu o início de novas vagas para a graduação e o avanço do ensino privado. E ainda a VIII Conferência Nacional de Saúde, e a Conferência de Alma Ata teve como meta “Saúde para todos até 2000”, elevando a saúde como destaque e requisito para a caracterização do desenvolvimento socioeconômico. Nesse panorama, entre 1970 e 1985, teve-se o aumento de 210% no quantitativo de IES de enfermagem no país (BARBOSA; BAPTISTA, 2008; TEIXEIRA *et al.*, 2013; FUNDE, 2021).

Na década de 1980 ainda se verificaram avanços importantes na enfermagem brasileira que influenciaram os rumos da enfermagem no país, entre estes a aprovação da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº 7.498), e a promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu e reformulou o sistema de saúde, manteve o princípio segundo o qual “*o ensino é livre à iniciativa privada*”. A ausência de leis que especificassem o entendimento de autonomia e o próprio caráter autoexplicativo desse princípio constitucional concederam à iniciativa privada liberdade, associada à agilidade exigida pela necessidade do mercado para a profissão (BRASIL, 1986, 1988; BARBOSA; BAPTISTA, 2008; SILVEIRA; PAIVA, 2011).

A CF de 1988 ainda atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) a ordenação e formação dos recursos humanos para a área da saúde, que junto ao Ministério da Educação, nos anos seguintes, passou a desenvolver e apoiar ações no campo da saúde, proporcionando com estratégias de ação e efetivação o aumento na oferta de vagas no mercado de trabalho para os profissionais da saúde, atraindo número crescente de pessoas interessadas na área. Surgiram nichos de oportunidades no mercado de educação e saúde que contribuíram para criação de novos cursos de enfermagem (BRASIL, 1990; ROCHA; NUNES, 2013; TEIXEIRA *et al.*, 2013; XIMENES NETO *et al.*, 2019).

Assim, percebe-se que os principais momentos históricos da expansão do ensino e desenvolvimento da enfermagem no país podem ser interpretados tanto através de sua especificidade quanto do seu relacionamento com as transformações gerais na infraestrutura da sociedade brasileira. A história da enfermagem não se processa sozinha em um espaço abstrato, mas de forma concreta, com a sociedade brasileira, com os seus determinantes econômicos, políticos e ideológicos (MEDEIROS; TRIPPLE; MUNARI, 2008).

Na década de 1990 foram instituídas políticas públicas que favoreceram a abertura de novos cursos de graduação em enfermagem e fizeram com que o ensino superior brasileiro passasse por um período de crescimento do número de cursos (FRANCO; DAL POZ, 2018). O **Quadro 1** apresenta alguns instrumentos normativos que influenciaram diretamente o perfil da expansão da educação superior no país.

Dentre as políticas iniciadas na década de 1990, destaca-se a aprovação da nova LDB, que viabilizou a ampliação quantitativa de IES no país, sobretudo as privadas. Pela agilização e facilitação dos

processos de autorização, reconhecimento e credenciamento de cursos e instituições do setor privado, por parte do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 1996; FERNANDES *et al.*, 2013; CHAVES, 2010; VIEIRA; MOYSES, 2017; FRANCO; DAL POZ, 2018; MIRANDA; AZEVEDO, 2020).

Com menos exigências, ocorreram mudanças significativas na educação superior do país, sem ampliar as despesas da União para com a educação superior. Essa omissão favoreceu a expansão do ensino superior de enfermagem privado. Este ocorreu em ritmo acelerado e baseado na ampliação de um setor empresarial que mantinha IES isoladas, concentradas em cursos de baixo custo e menor exigência acadêmica, e para os quais a qualidade do ensino era um aspecto secundário (FRANCO; DAL POZ, 2018).

No século XXI, o governo continuou a política privatista por meio de novos instrumentos legais. O Plano Nacional da Educação (PNE), para o decênio 2001 a 2010 apresentou política de Estado centrada na expansão da educação superior como estratégia para o desenvolvimento do país (CHAVES, 2010; ROCHA; NUNES, 2013; TEIXEIRA *et al.*, 2013; VIEIRA; MOYSES, 2017).

Em meados de 2007, o programa de Apoio de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni) buscou retomar o protagonismo público no ensino do país, e favoreceu a expansão das universidades federais. Porém, tal política não conseguiu impactar na concentração majoritária da oferta da educação superior por instituições privadas (BRASIL, 2007, 2014; FRANCO; DAL POZ, 2018).

Anos	Instrumentos normativos	Descrições
1992 (1975)	Programa de Crédito Educativo (CREDUC).	Aprovado em 1975, com base na Exposição de Motivos nº 393, de 18 de agosto de 1975, apresentada pelo Ministério da Educação e Cultura. Foi implantado no primeiro semestre de 1976. Contudo, em 1992, com a publicação da Lei nº 8.436, foi de fato institucionalizado (BRASIL, 1992; BRASIL, 2019).
1996	Leis de Diretrizes e Bases da Educação (LDB)/1996.	Lei nº 9.394/1996. Entre outras deliberações, confere maior autonomia às IES (BRASIL, 1996).
2001	O Plano Nacional da Educação (PNE).	Lei nº 10.172/2001, estabelecendo duração de dez anos. Objetivou a elevação global do nível de escolaridade da população, com a melhoria da qualidade de ensino em todos os níveis e redução das desigualdades sociais e regionais no tocante ao acesso à escola pública (BRASIL, 2001a).
2001	Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES).	Lei nº 10.260/2001. Substituiu o CREDUC para estudantes. Trata-se de um incentivo dado pelo governo federal a fim de favorecer o acesso ao ensino superior, por meio do financiamento do aluno em IES privadas (BRASIL, 2001b).
2005	Programa Universidade para Todos (PROUNI).	Lei nº 11.096/2005. Teve como finalidade a concessão de bolsas de estudos integrais ou parciais a estudantes de baixa renda (BRASIL, 2005).

2007	Programa de Apoio de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni).	Decreto n.º 6.096/2007. Tinha como objetivo ampliar o acesso e permanência na educação superior (BRASIL, 2007).
2012	Programa de Estímulo à Reestruturação e ao Fornecimento das Instituições de Ensino Superior (PROEIS).	Lei nº 12.688/2012. Concede flexibilizações em dívidas tributárias e bolsas de ensino pelas IES privadas em dificuldades financeiras (BRASIL, 2012).

Quadro 1 – Principais instrumentos normativos que influenciaram o panorama de expansão da educação superior no Brasil a partir da década de 1990 do século XXI. São Luís - MA, 2023.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

A política de financiamento (CREDUC), posteriormente substituída pelo Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES), financiou matrículas no sistema de ensino superior privado. O Programa Universidade para Todos (PROUNI) também foi uma ação estatal de fomento da expansão das IES privadas. Estes ajudaram na democratização do ensino superior, compensando a menor quantidade de vagas do ensino público pelas bolsas e pelo financiamento público do ensino superior privado. Em 2012, foi instituído o Programa de Estímulo à Reestruturação e ao Fornecimento das Instituições de Ensino Superior (PROEIS), que novamente favorecia às IES privadas, ao conceder flexibilizações em dívidas

tributárias e bolsas de ensino pelas IES privadas em dificuldades financeiras (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014; DAL POZ; COUTO; FRANCO, 2016).

Ao longo dos anos esses instrumentos legais também ajudaram a determinar a política educacional que modificou a hegemonia do ensino superior público e gratuito, predominante no país até 1997, para o ensino superior privado que prevalece até os dias atuais, evidenciado na **Figura 2**. Assim, observamos que o Estado vem exercendo papel importante na expansão do setor privado ao adotar mecanismos diretos e indiretos de financiamento da educação superior. Tal atividade mudou o status da educação: de direito social a mercadoria (CHAVES, 2010; FRANCO; DAL POZ, 2018; MARTINS *et al.*, 2019; SOARES; OLIVEIRA, 2022).

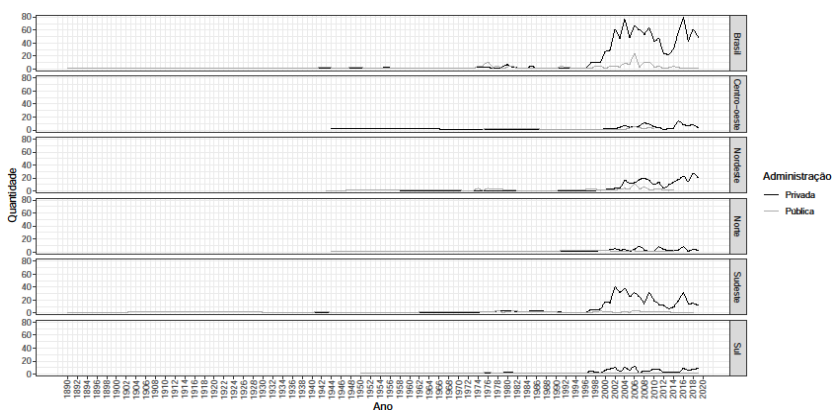


Figura 2 – Evolução dos cursos de enfermagem, segundo a natureza administrativa e distribuição geográfica, 1980-2019. São Luís-MA, 2023.

Fonte: Soares e Oliveira (2022).

Distribuição geográfica	Cursos ¹						Vagas ¹				Vagas/10.000 habitantes ^{**}					
	Privado		Público		Total geral		Privado		Público		Total		Valor de p [*]	Vagas privadas	Vagas públicas	Total de vagas
Região/Unidade Federada	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Brasil	1.069	85,9	175	14,1	1.244	100	179.384	93,6	11.235	6,4	190.619	100		8,4	0,5	8,9
Norte	72	6,7	21	12,0	93	7,5	12.805	7,1	1.672	14,9	14.477	7,6		7,0	0,9	7,9
Acre	2	0,2	2	1,1	4	0,3	330	0,2	60	0,5	390	0,2		3,7	0,7	4,4
Amazonas	9	0,8	4	2,3	13	1,0	4.205	2,3	246	2,2	4.451	3,3		10,1	0,6	10,7
Pará	25	2,3	6	3,4	31	2,5	4.200	2,3	366	3,3	4.566	2,4		4,9	0,4	5,3
Roraima	18	1,7	1	0,6	19	1,5	1.990	1,1	30	0,3	2.020	1,1	0,001	11,2	0,2	11,4
Tocantins	2	0,2	2	1,1	4	0,3	400	0,2	180	1,6	580	0,3		6,6	3,0	9,6
Amapá	13	1,2	3	1,7	16	1,3	1.230	0,7	640	5,7	1.870	1,0		7,8	4,1	11,9
Amapá	3	0,3	3	1,7	6	0,5	450	0,3	150	1,3	600	0,3		5,3	1,8	7,1
Nordeste	270	25,3	65	36,6	334	26,8	46.472	25,9	3.619	32,2	50.091	26,3		8,1	0,6	8,7
Alagoas	16	1,5	3	1,7	19	1,5	2.742	1,5	140	1,2	2.882	1,5		8,2	0,4	8,6
Bahia	77	7,2	9	5,1	86	6,9	12.410	6,9	526	4,7	12.936	6,8		8,2	0,4	8,6
Ceará	41	3,8	6	3,5	47	3,8	6.610	3,7	410	3,6	7.020	3,7		7,2	0,5	7,7
Maranhão	24	2,2	16	9,1	40	3,2	3.576	1,9	775	6,9	4.351	2,3		5,0	1,1	6,1
Paraíba	18	1,7	6	3,4	24	1,9	3.660	2,1	410	3,7	4.070	2,1	0,001	9,1	1,0	10,1
Pernambuco	48	4,5	7	4,0	55	4,4	9.524	5,4	465	4,1	9.989	5,3		9,7	0,5	10,2
Piauí	20	1,9	7	4,0	27	2,2	2.725	1,5	390	3,5	3.115	1,6		8,3	1,2	9,5
Rio Grande do Norte	13	1,2	7	4,0	20	1,6	2.445	1,4	358	3,2	2.803	1,5		7,0	1,0	8,0
Sergipe	13	1,2	3	1,7	16	1,3	2.780	1,5	145	1,3	2.925	1,5		12,1	0,6	12,7
Sudeste	464	43,4	43	24,6	507	40,8	83.969	46,8	3.328	29,6	87.297	45,8		9,3	0,4	9,7
Espírito Santo	23	2,2	2	1,1	25	2,0	2.420	1,4	110	1,0	2.530	1,3		6,0	0,3	6,3
Minas Gerais	134	12,5	12	6,9	146	11,7	16.280	9,1	862	7,7	17.142	9,0		7,6	0,4	8,0
Rio de Janeiro	96	9,0	7	4,0	103	8,3	18.407	10,2	598	5,3	19.005	9,9	0,001	10,2	0,3	10,5
São Paulo	211	19,7	22	12,6	233	18,7	46.862	26,1	1.758	15,6	48.620	25,6		10,0	0,4	10,4
Sul	152	14,2	24	13,7	176	14,1	16.571	9,3	1.275	11,3	17.846	9,3		5,5	0,4	5,9
Rio Grande do Sul	52	4,9	7	4,0	59	4,7	5.645	3,2	447	4,0	6.092	3,2		4,9	0,4	5,3
Santa Catarina	39	3,7	5	9,9	44	3,5	3.880	2,2	279	2,4	4.159	2,1	0,446	5,4	0,4	5,8
Paraná	61	5,7	12	6,9	73	5,9	7.046	3,9	549	4,9	7.595	4,0		6,1	0,5	6,6
Centro-Oeste	111	10,4	23	13,1	134	10,8	19.567	10,9	1.341	11,9	20.908	11,0		11,8	0,8	12,6
Goiás	42	3,9	8	4,6	50	4,0	6.704	3,7	480	4,3	7.184	3,7		9,5	0,6	10,1
Mato Grosso do Sul	15	1,4	4	2,3	19	1,5	2.500	1,4	190	1,7	2.690	1,4		9,0	0,7	9,7
Mato Grosso	24	2,6	7	4,0	31	2,5	3.425	1,9	410	3,6	3.835	2,0	0,001	9,8	1,2	11,0
Distrito Federal	30	2,8	4	2,3	34	2,7	6.938	3,9	261	2,3	7.199	3,8		22,3	0,9	23,2

Figura 3 – Distribuição geográfica dos cursos e das vagas de enfermagem, segundo a natureza administrativa da instituição, no Brasil, entre 1890 e 2019.

Fonte: Soares e Oliveira (2022).

*Teste de Qui-Quadrado de Pearson; 1- Diferença na distribuição dos cursos (p-valor=0,001) e vagas (p-valor=0,001) entre as regiões;**Para o cálculo da taxa de vagas/10.000 habitantes consideraram-se a estimativa para a população de 2019 informada pelo IBGE e as vagas em atividade no mesmo ano.

As políticas implantadas pelo Estado para a educação superior brasileira, ao longo dos anos, ajudaram a transferir a responsabilidade da educação superior para a iniciativa privada. Nesse segmento, formaram-se conglomerados empresariais com elevada capacidade de negociação, o que ajudou a transformar a educação em modelo de negócio comercializável e precificado como *commodity* no mercado acionário (FRANCO; DAL POZ, 2018; DINIZ; GEORGEN, 2019; FEHN; ALVES; DAL POZ, 2021).

Em 2019, a iniciativa privada já representava 88% das IES e 75% das matrículas no sistema de educação superior, e 84,5% dos cursos da área da saúde. Já a graduação em enfermagem, até o mesmo ano, contava com amplo e expressivo número de 1.069 (85,9%) cursos na modalidade presencial e 179.384 (93,6%) vagas ofertadas pela rede privada de ensino, como demonstra a **Figura 3**, evidenciando a disparidade entre o ensino público e privado, e a tendência de privatização da educação superior para enfermagem no país (SOARES; OLIVEIRA, 2022).

Nos últimos 10 anos a graduação em enfermagem vem se destacando entre os cursos com maior número de cursos e vagas no Brasil, permanecendo no topo desse ranking em 2019, e assumindo, no mesmo ano, a quinta posição com relação ao maior número de matrículas entre todas as graduações (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2020; VIEIRA; MOYSES, 2017).

Contudo, estudos apontam que essa representatividade não garante distribuição democrática e equitativa de cursos e vagas pelo país (BRASIL, 2014; TEIXEIRA *et al.*, 2013; SOARES; OLIVEIRA, 2022). Como mostra estudo recente de 2022, exposto na **Figura 3**, a Região Norte segue apresentando a menor oferta de cursos e vagas (7,5%; 7,6%), e densidade de vagas por 10 mil habitantes inferior à média nacional, enquanto a Região Sudeste concentra a maioria dos cursos públicos (40,8%) e privados (45,8%) do país e densidade de vagas por 10 mil habitantes acima da média nacional (SOARES; OLIVEIRA, 2022).

O mesmo estudo revela que as Regiões Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste possuem as maiores densidades de vagas para enfermagem por 10 mil habitantes no Brasil, o que parece repercutir nas variações de distribuição de enfermeiros dentro do país. Essas regiões também possuem as maiores densidades desses profissionais por habitantes no país (SOARES; OLIVEIRA, 2022).

A desigualdade na oferta de cursos se faz presente entre as regiões e dentro delas. A supremacia do estado de São Paulo e Região Sudeste (**Figura 3**) indica que a expansão do número de vagas de graduação em enfermagem tem relação direta com o desenvolvimento econômico, tecnológico, político e social do país. A Região Sudeste é a mais urbanizada, economicamente desenvolvida e com maior PIB, e concentra o maior número de cursos (MAGALHÃES *et al.*, 2013; MATSUMURA *et al.*, 2018; MARTINS *et al.*, 2019; FROTA *et al.*, 2020; SOARES; OLIVEIRA, 2022).

Nesse cenário é visível o crescimento da oferta de cursos, vagas e egressos, mas esse crescimento ainda se concentra nos locais mais desenvolvidos do país. Ao longo dos anos ações públicas foram desenvolvidas com o intuito de promover a regionalização e interiorização do ensino superior, mas ainda há dificuldades na retenção dos profissionais após a formação no interior e nas regiões mais remotas do país (PIERANTONI *et al.*, 2019; SOARES; OLIVEIRA, 2022).

Além disso, a rápida expansão privada para a graduação também traz à tona a fragilidades nos processos autorizativos e de regulação dos cursos para a graduação, como demonstra a **Figura 4**, que apresenta os resultados da performance dos estudantes de graduação no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) realizado em 2019.

Entre as repercussões negativas desse processo estão o descompasso entre qualidade e quantidade dos cursos privados para a graduação em enfermagem e sua distribuição heterogênea no país. Os dados do ENADE 2019 apontam que a enfermagem tem o segundo mais baixo percentual de cursos de graduação de saúde com conceito satisfatório (≥ 3) do Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

No tocante aos processos autorizativos, atualmente não há na grande parte dos conselhos e das entidades profissionais da área participação mais efetiva na tomada de decisão em relação à abertura de novos cursos e vagas para a graduação. Não existe também, no país, um levantamento efetivo das reais necessidades do mercado de trabalho que preceda à criação de cursos e vagas de graduação.

Apesar de a legislação exigir a avaliação por parte do poder público e de o governo acompanhar a evolução do ensino com censos periódicos, não há nenhum direcionamento por parte deles na criação desses cursos e vagas. Essa tarefa sempre ficou restrita às próprias IES. E no caso das IES privadas, estas possuem total liberdade de seguir as diretrizes do “mercado da educação” (HUMEREZ; JANKEVICIUS, 2018, p. 1).

No que se refere à expansão das IES como recurso para democratização, inclusão e regionalização do ensino superior no Brasil, a expansão do ensino superior somente é uma das faces da ‘democratização’, na medida em que se compreende a educação como um bem de valor público, qualidade social e pertinência, pois a democratização da educação superior exige também a cobertura completa e com qualidade nos níveis educacionais

precedentes, a começar pela pré-escola e pelos meios de permanência sustentável para o estudante (DIAS SOBRINHO *et al.*, 2010).

Características	n	%	Conceito Enade (%)				
			1	2	3	4	5
Cursos de graduação	3.712	100,0	4,7	26,2	40,1	22,6	6,4
Biomedicina	301	8,1	4,7	33,2	39,5	19,9	2,7
Educação física	501	13,5	3,2	22,4	46,5	22,9	5,0
Enfermagem	793	21,4	6,8	33,9	39,1	16,5	3,7
Farmácia	429	11,6	2,6	21,7	41,5	27,7	6,5
Fisioterapia	517	13,9	3,7	26,9	44,3	17,8	7,3
Fonoaudiologia	73	2,0	17,8	30,1	13,7	24,7	13,7
Medicina	232	6,2	5,6	7,8	35,8	38,8	12,0
Medicina veterinária	215	5,8	9,8	27,4	35,8	20,5	6,5
Nutrição	414	11,1	1,9	25,4	37,7	25,1	9,9
Odontologia	237	6,4	2,1	24,1	39,2	27,9	6,7
Modalidade de ensino							
Presencial	3.694	99,5	4,7	26,1	40,1	22,7	6,4
Ensino a Distância	18	0,5	11,1	55,6	27,8	0,0	5,5
Organização acadêmica							
Centro Universitário	1.021	27,5	4,0	30,5	46,8	17,4	1,3
Faculdade	1.074	28,9	8,5	41,3	39,7	9,2	1,3
IFECT*	15	0,4	0,0	13,3	26,7	46,7	13,3
Universidade	1.602	43,2	2,6	13,6	36,2	34,6	13,0
Administração							
Pública	681	18,3	2,1	6,0	16,6	48,1	27,2
Privada	3.031	81,7	5,3	30,8	45,3	16,9	1,7
Gestão pública							
Federal	433	63,6	0,2	2,1	13,9	50,1	33,7
Estadual	185	27,2	0,5	4,3	16,8	57,3	21,1
Municipal	63	9,2	19,1	38,1	34,9	7,9	0,0
Macrorregião do país							
Norte	259	7,0	13,1	43,6	28,6	13,1	1,6
Nordeste	842	22,7	4,4	33,0	35,2	19,1	8,3
Centro-oeste	351	9,4	7,4	28,5	36,5	23,4	4,2
Sudeste	1.614	43,5	3,9	23,8	42,9	22,8	6,6
Sul	646	17,4	2,2	15,3	46,1	30,0	6,4
Porte populacional da cidade† sede do curso							
Pequeno porte	182	4,9	12,6	32,4	36,3	14,8	3,9
Médio porte	594	16,0	5,9	30,5	40,7	18,5	4,4
Grande Porte	2.936	79,1	4,0	25,0	40,2	23,9	6,9
Região Metropolitana (RM)							
Sim	1.921	51,8	4,1	25,3	39,7	23,3	7,6
Não	1.791	48,2	5,3	27,3	40,5	21,9	5,0

Figura 4 – Características e conceito dos cursos de graduação da área da saúde, ENADE 2019

Fonte: Oliveira *et al.* (2022).

Notas: *Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia; †Pequeno porte: 100.000 habitantes.

A expansão privada para a graduação em enfermagem na modalidade Ensino a Distância (EaD) também tem destaque. A rede privada atuou fortemente nessa expansão e em 2020 já contava com número expressivo de vagas, todas exclusivamente por IES privadas (82.000). A EaD está prevista por lei desde a LDB de 1996, mas sua ampliação foi dinamizada em meados de 2017, a partir da nova regulamentação do EaD que flexibilizou a oferta de cursos. O Decreto 9.057, de maio de 2017, permitiu o credenciamento de IES exclusivamente para a oferta de cursos de graduação a distância, sem prever distinção para os cursos da área da saúde (SOARES *et al.*, 2021; SARAIVA *et al.*, 2021).

Além disso, a expansão na modalidade EaD vem contrariando as recomendações do Conselho Federal de Enfermagem e da Associação Brasileira de Enfermagem, que apontam que essa ampliação vai de encontro às diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil (SOARES *et al.*, 2021; SARAIVA *et al.*, 2021).

Assim, verifica-se que o sistema de saúde se defronta com múltiplos desafios no campo dos recursos humanos que geram fenômenos simultaneamente contraditórios: desigualdade distributiva e escassez de profissionais; desequilíbrio de competências; excessivo número de graduados de algumas categorias em relação a outras. Além disso, o país ainda convive com a falta de alguns profissionais de saúde em áreas geográficas específicas (DAL POZ; COUTO; FRANCO, 2016).

A disparidade distributiva de cursos e vagas de enfermagem no país sugere que a formação de novos profissionais e a distribuição deles

no mercado de trabalho dentro do país são mais explicadas por fatores socioeconômicos e políticos do que pela organização e planejamento do setor de saúde, contribuindo para a manutenção da distorção distributiva no país (TEIXEIRA *et al.*, 2006; OLIVEIRA; SILVA; CARNEIRO, 2015, FROTA *et al.*, 2020). Em 2018, estimaram cerca de 27,9 milhões de profissionais no mundo. A enfermagem seria o maior grupo ocupacional do setor saúde no Brasil e no mundo. Nesse mesmo período a densidade populacional da profissão teve variação significativa entre as regiões do mundo, com média global de 36,6 profissionais de enfermagem por 10 mil habitantes, sendo menor na região africana (8,7), e maior nas Américas (OLIVEIRA *et al.*, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Essa disparidade também é percebida entre as Unidades Federativas (UF). Em 2018, São Paulo, Piauí, Tocantins, Paraíba e o Distrito Federal apresentavam a razão entre 27,4 e 43,3, ante a média nacional de 24,54 enfermeiros por 10 mil habitantes. Em 2021, Pará, Goiás, Sergipe e Alagoas apresentaram a menor densidade por 100 mil habitantes. A disparidade, entre outras causas, também é reflexo da oferta heterogênea de cursos e vagas por todo país (MACHADO, 2017; FROTA *et al.*, 2020; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020; SANTOS; MANZANO; KREIN, 2021; SOARES; OLIVEIRA, 2022).

Tal cenário foi observado na pandemia da COVID-19, a qual expôs a realidade de trabalho da enfermagem e ajudou a profissão a passar de desvalorizada para protagonista da luta contra o novo coronavírus. Trouxe à tona os problemas crônicos (a carga de trabalho, salários defasados e condições insalubres de trabalho) enfrentados pela

profissão, e os seus desafios: formação durante a pandemia, lacunas na formação e distribuição desses profissionais nas regiões do país, especialmente nas regiões mais remotas do país (FROTA *et al.*, 2020; SOARES; OLIVEIRA, 2022).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de mais de 130 anos, percebeu-se o aumento de cursos de enfermagem por todo o Brasil. Essa expansão foi estimulada por políticas públicas e programas governamentais e impactada pelo contexto histórico, político e econômico que favoreceu o aumento expressivo de cursos e vagas, privados, de forma rápida e desordenada no país. Os resultados contribuem para reflexões sobre a tendência de expansão do ensino superior de enfermagem no país: rápida, privatista e heterogênea distribuição entre as regiões e dentro delas.

A privatização do ensino superior da saúde, sobretudo na enfermagem, indica a mudança de paradigma e da lógica da educação superior no Brasil. A educação e qualificação de recursos humanos para a saúde deixa de ser um aspecto de integração e solidariedade para a sociedade e passa a ser uma característica de distinção, separação e diferenciação. A privatização do ensino coloca no mercado de trabalho da saúde volume excessivo de profissionais, concentrados em algumas regiões e estados do país. Estes competem entre si pelas mesmas oportunidades de trabalho, mas têm trajetórias, condições e qualidades distintas de formação. Com efeito, o mercado da saúde tem a seu favor recursos e estratégias para definir e regular políticas salariais, condições

e regras de trabalho essencialmente mais favoráveis a ele do que para os profissionais da enfermagem.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, T. S. C.; BAPTISTA, S. S. Movimento de expansão dos cursos superiores de enfermagem na região Centro-Oeste do Brasil: uma perspectiva histórica. **Rev. Eletrônica de Enf.**, [s.l.], v. 10, n. 4. p. 945-956, 2008. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46742/22933>. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 126, n. 191-A, p. 1-32, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 144, n. 79, p. 7, 25 abr. 2007. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=7&data=25/04/2007>. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Histórico**. Brasília, DF: FNDE, 2019. Disponível em: <https://www.fnde.gov.br/financiamento/fundeb/area-para-gestores/dados-estatisticos>. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 7, p. 1-20, 10 jan. 2001a. Disponível em: <http://biblioteca.in.gov.br/diario-oficial-da-uniao>. Acesso em: 28 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001. Dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 137, n. 135-E, p. 2-4, 13 jul. 2001b. Disponível em: <http://biblioteca.in.gov.br/diario-oficial-da-uniao>. Acesso em: 28 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005. Institui o Programa Universidade para Todos - PROUNI, regula a atuação de entidades beneficentes de assistência social no ensino superior; altera a Lei no 10.891, de 9 de julho de 2004, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 142, n. 10, p. 7-8, 14 jan. 2005. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=14/01/2005&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=88>. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 12.688, de 18 de julho de 2012. [...] institui o Programa de Estímulo à Reestruturação e ao Fortalecimento das Instituições de Ensino Superior (Proies) [...]. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 149, n. 139-A, p. 2-4, 19 jul. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=19/07/2012&jornal=1&pagina=4&totalArquivos=148>. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1: parte 1, Brasília, DF, ano 106, n. 231, p. 10369, 29 nov. 1968. Disponível em: <http://biblioteca.in.gov.br/diario-oficial-da-uniao>. Acesso em: 28 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 124, n. 119, p. 9273-9275, 26 jun. 1986. Disponível em: http://biblioteca.in.gov.br/documents/271518/398114/DO_1_1986062

6_119.PDF/7bfd1075-53e0-d621-35d0-e435b90246ff?t=1574865781233&download=true. Acesso em: 18 abr. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 127, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990&totalArquivos=176>. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.436, de 25 de julho de 1992. Institucionaliza o Programa de Crédito Educativo para estudantes carentes. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 130, n. 121, p. 8153, 26 jun. 1992. Disponível em: <http://biblioteca.in.gov.br/diario-oficial-da-uniao>. Acesso em: 28 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 131, n. 248, p. 27834-27841, 23 dez. 1996. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/12/1996&totalArquivos=289>. Acesso em: 26 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **A democratização e expansão da educação superior no país 2003-2014**. Brasília, DF: MEC, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16762-balanco-social-sesu-2003-2014&Itemid=30192. Acesso em: 12 jun. 2023.

CARVALHO, J. B.; PADILHA, M. I. Criação e consolidação de um curso de graduação em enfermagem – um resgate histórico (1969-1975). **R. Pesq. Cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, 14:e10959.2022. Disponível em:

<http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10959/10869>.
Acesso em: 12 jun. 2023.

CHAVES, V. L. J. Expansão da privatização/mercantilização do ensino superior Brasileiro: a formação dos oligopólios. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 31, p. 481-500, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/SFTYDmV3zhBxdfTPRVBR78m/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

DAL POZ, M. R.; COUTO, M. H. C.; FRANCO, T. A. V. Inovação, desenvolvimento e financiamento das instituições de Ensino Superior em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. supl. 2, p. e00139915, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Qb9Yxm4CTWKnrRCby9PnBFx/?lang=pt#>. Acesso em: 12 jun. 2023.

DAN, C. S.; CANHETE, S. C.; SANTOS, R. Ensino de enfermagem no Brasil: contextualização histórica e curricular. *In: ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA E EXTENSÃO*, 8., 2014, Dourados. **Anais eletrônicos [...]**. UFGD: Dourados, 2014. Disponível em: <http://eventos.ufgd.edu.br/enepex/anais/arquivos/274.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2023.

DIAS SOBRINHO, J. Democratização, qualidade e crise da educação superior: faces a exclusão e limites da inclusão. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 31, n. 113, p. 1223-1245, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/dFtMDqfdWm75WSc5vKXHctq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

DINIZ, R. V.; GOERGEN, P. L. Educação superior no Brasil: panorama da contemporaneidade. **Rev. Avaliação**, Campinas, v. 24, n. 03, p. 573-593, set./nov. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/KWJWLBpHPFjBKbzSXw7TStb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

ERDMANN, A. L.; FERNANDES, J. D.; TEIXEIRA, G. A. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. **Rev. Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 2, n. 1, p. 89-93, 2011. Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/91/76>. Acesso em: 12 jun. 2023.

FEHN, A. C.; ALVES, T. S. G.; DAL POZ, M. R. Higher education privatization in Nursing in Brazil: profile, challenges and trends. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, :e3417, 2021.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/hqTkyL83B3MnztggQFYwZvs/?lang=en#>. Acesso em: 12 jun. 2023.

FERNANDES, J. D. *et al.* Expansão da educação superior no Brasil: Ampliação dos cursos de graduação em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 670-678, maio/jun. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/Mxnr99VnQ74vgxYMJHfZdtj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 jun. 2023.

FRANCO, T. A. V.; DAL POZ, M. R. A participação de instituições de ensino superior privadas na formação em saúde no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1017-1037, set./dez. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/59Nm46SG6JSyLQTrN8P6tpL/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 12 jun. 2023.

FROTA, M. A. *et al.* Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Bxhbs99CZ8QgZn9QCnJZTPr/#>. Acesso em: 12 jun. 2023.

GEOVANINI, T. *et al.* **História da enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. cap. 2, p. 29- 57.

HUMEREZ, D. C.; JANKEVICIUS, J. V. Evolução histórica do ensino superior no Brasil. **Revista do Cofen**, Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/Enfermagem-e-formacao-artigos-cientificos_31492.html. Acesso em: 12 jun. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da**

Educação Superior 2019. Brasília, DF: INEP, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/censo-da-educacao-superior/resultados>. Acesso em: 12 jun. 2023.

JESUS, M. C. P. *et al.* First decade of the nursing course at Federal University of Juiz de Fora: 1979-1989. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 255-262, jun. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Bk7tBgwsMCK8YdTqfYqfx8S/abstract/?lang=en>. Acesso em: 12 jun. 2023.

LABRIOLA, C.; PORTO, F.; LOURENÇO, L. H. Gregório Thaumaturgo de Azevedo e a Enfermagem brasileira. **R. Pesq. Cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, 14:e10523, 2022. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10523/10828>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MACHADO, M. H. (coord.). **Perfil da enfermagem no Brasil**: relatório final: Brasil. Rio de Janeiro: NERHUS-DAPS-ENSP/Fiocruz, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MACHADO, M. H. *et al.* Mercado de trabalho e processos regulatórios – a Enfermagem no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 101-112, jan. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Yx3hw9M5qZRnkMYYYK6hvCbr/?lang=pt#>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MAGALHÃES, S. S. *et al.* Expansão do ensino de enfermagem no Brasil: Evidências históricas e perspectivas da prática. **Rev. Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 4, n. 3/4, p. 167- 170, 2013. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/542/225>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MALTA, D. V. *et al.* Circunstâncias da criação do primeiro curso de graduação em enfermagem do Espírito Santo. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 4, e4210017, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/Ym7gF8N8pqPnnCHnXSZLn8t/?lang=p#>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MARTINS, L. K. *et al.* Expansão dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil entre 2004 e 2017. **Rev. Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 10, n. 6, p. 63-69, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2369/652>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MATSUMURA, E. S. S. *et al.* Distribuição espacial dos cursos de graduação em enfermagem. **Rev. Enf. UFPE**, Recife, v. 12, n. 12, p. 3271-3278, dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236270/30856>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MEDEIROS, M.; TRIPPLE, A. F. V; MUNARI, D. B. A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 10, n. 1, 2008.

MIRANDA, P. L.; AZEVEDO, M. L. N. Fies e Prouni na expansão da educação superior brasileira: políticas de democratização do acesso e/ou de promoção do setor privado-mercantil? **Educ. Form.**, [s.l.], v. 5, n. 3, p. e1421, 2020.

NEVES, C. E. B.; MARTINS, C. B. Ensino superior no Brasil: uma visão abrangente. In: DWYER, T. *et al.* (org.). **Jovens universitários em um mundo em transformação uma pesquisa sino-brasileira**. Brasília, DF: SSAP, 2016. p. 95-124.

OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* State of Nursing in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, n. e3404, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nwPZbvkYp6GNLsZhFK7mGwd/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 12 jun. 2023.

OLIVEIRA, B. L. C. A. *et al.* The National Student Performance Examination and the quality of Brazilian higher education in health. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 30, e3534, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/Wfk6LvXkMTx5PSvBkp7YtBP/?lang=en>. Acesso em: 12 jun. 2023.

OLIVEIRA, L. C. A.; SILVA, A. M.; CARNEIRO, A. D. A distribuição de enfermeiros no Brasil segundo as pesquisas de assistência médico-sanitária (2002, 2005, 2009). **Rev. Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 1334-1353, 2015.

Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2919/2622>.

Acesso em: 12 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Fotografia da Enfermagem no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, 2020. Disponível em:

<https://apsredes.org/fotografia-da-Enfermagem-no-brasil/>. Acesso em: 12 jun. 2023.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Graduação em saúde: oferta e estratégias para o fortalecimento da regionalização do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. Suppl 2, 2019.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/RfPmxsmgFWq8bbRHgMrqykn/?lang=pt#>. Acesso em: 12 jun. 2023.

ROCHA, M. E. M; NUNES, B. M. V. T. Expansão dos cursos de graduação em enfermagem estudo no Piauí. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 3, p. 391-395, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/8z7QCL456MkdxpVwPVJKNWt/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

SANTOS, A. L.; MANZANO, M.; KREIN, A. Heterogeneidade da distribuição dos profissionais de saúde no Brasil e a pandemia Covid-19. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 28, p. 197-219, jan./abr. 2021. Disponível em:

[http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-](http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/557/pdf)

[2.4.8/index.php/cdes/article/view/557/pdf](http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/557/pdf). Acesso em: 12 jun. 2023.

SARAIVA, A. K. M. *et al.* A expansão dos cursos de graduação em enfermagem: cenário, interesses e desafios do ensino a distância. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, 2021.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/CBvs4hxKcx4vvdBCKqfc6SG/?lang=pt#>. Acesso em: 12 jun. 2023.

SILVEIRA, C. A.; PAIVA, S. M. A. A evolução do ensino de enfermagem no Brasil: uma revisão histórica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 176-183, jan./mar. 2011. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/6967/pdf>. Acesso em: 27 jun. 2023.

SOARES, F. A. *et al.* Cenário da educação superior à distância em saúde no Brasil: a situação da Enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/GR5d3wMTnNdn4nGD9QBqMtz/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SOARES, F. A.; OLIVEIRA, B. L. C. A. Privatization and geographic inequalities in the distribution and expansion of higher nursing education in Brazil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 74, n. 4, p. 1-9, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/PZtZ8DYynTXmqjRMSBJkNyN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2023.

TEIXEIRA, E. *et al.* Panorama dos cursos de Graduação em enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasília. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. esp, p. 102-10, set. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/YyMXrrNrw6btTGHwCgK6HXF/#>. Acesso em: 27 jun. 2023.

TEIXEIRA, E. *et al.* Trajetória e tendências dos cursos de Enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 4, p. 479-487, ago. 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/3r7zcQM45zthgQdB6MvD87B/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2023.

VIEIRA, A. S.; MOYSES, N. M. N. Trajetória da graduação das catorze profissões de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 401-414, abr./jun. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mkGtJZDqKxwFQkYT9jdspqw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>. Acesso em: 12 jun. 2023.

XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* Reflexões sobre a formação em enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 37-46, jan. 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/6SbH4JGK5HTvkc3xy5fZJXC/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2021.

Custo direto de campos cirúrgicos reutilizáveis e descartáveis: um estudo de caso¹

12

Rita Rozileide Nascimento Pereira²

Elza Lima da Silva³

Vanessa Moreira da Silva Soeiro⁴

Arlene de Jesus Mendes Caldas⁵

Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes⁶

Aurean D'Eça Júnior⁷

¹ Capítulo fruto da dissertação “Custo direto e campos cirúrgicos reutilizáveis e descartáveis: um estudo de caso”, de autoria de Rita Rozileide Nascimento Pereira, sob orientação da professora doutora Elza Lima da Silva, defendida em 27 de fevereiro de 2020, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Ainda não publicada no repositório da Universidade.

² Enfermeira. Mestra pelo PPGENF da UFMA.

³ Enfermeira. Doutora em ciências: fisiopatologia clínica e experimental. Docente do PPGENF da UFMA.

⁴ Enfermeira. Doutora em saúde coletiva. Docente do curso de Enfermagem (*Campus* Pinheiro) da UFMA.

⁵ Enfermeira. Doutora em patologia humana. Docente do PPGENF da UFMA.

⁶ Enfermeira. Doutora em enfermagem em saúde pública. Docente do curso de enfermagem (*Campus* Bacanga) da UFMA.

⁷ Enfermeiro. Doutor em saúde coletiva. Docente do PPGENF da UFMA.

RESUMO

Introdução: O gerenciamento de custos é uma atividade fundamental para melhorar a eficiência da aplicação de recursos. **Objetivo:** Investigar o custo direto do uso de pacotes de campos cirúrgicos reutilizáveis (LAPs) e de kits cirúrgicos descartáveis em um hospital universitário do Nordeste brasileiro. **Método:** estudo exploratório, observacional, do tipo estudo de caso com abordagem quantitativa. Realizou-se análise de dados financeiros relacionados aos custos com empresa terceirizada, mão de obra, insumos e esterilização, diretamente relacionados ao processamento de campos cirúrgicos reutilizáveis; e relacionados aos custos da aquisição e descarte dos kits descartáveis. Foram estudados LAPs e kits descartáveis padronizados para oito especialidades cirúrgicas. **Resultados:** o custo direto do processamento de LAPs variou de R\$ 37,11 a R\$ 137,75, sendo que o LAP Cirurgia Geral apresentou o menor custo, e o LAP Cirurgia Cardíaca o maior. Já o custo direto dos kits descartáveis ficou entre R\$71,66 para cirurgia geral e R\$ 524,96 para cirurgia cardíaca. A menor diferença de custo entre os LAPs e os kits descartáveis, por especialidade, foi R\$ 24,65, e a maior R\$ 387,49. **Conclusão:** o custo direto de pacotes de campos cirúrgicos reutilizáveis foi menor que dos kits descartáveis. O conhecimento dos custos poderá subsidiar a tomada de decisão, por parte dos gestores, sobre a viabilidade da substituição dos campos reutilizáveis por descartáveis, tendo o enfermeiro um papel fundamental nesse processo.

Palavras-Chave: Enfermagem. Custos e Análise de Custo. Campos Cirúrgicos. Gestão em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O aumento dos custos em saúde tem sido objeto de atenção dos gestores hospitalares, dos profissionais de saúde e das fontes pagadoras da assistência, seja o Sistema Único de Saúde (SUS) ou o sistema suplementar, por meio das operadoras de planos e convênios. Os hospitais da rede pública de saúde enfrentam dificuldades para gerenciar os seus recursos escassos, frente às crescentes demandas de saúde da população. A gestão de custos no SUS tornou-se, então, uma necessidade fundamental para melhorar a eficiência da aplicação de recursos (MORAES *et al.*, 2018).

No complexo hospitalar destaca-se a gestão de custos do Centro de Materiais e Esterilização (CME), uma unidade de apoio técnico que fornece produtos processados para a assistência à saúde (SOUZA *et al.*, 2015). Na literatura há um crescente movimento para a avaliação de custos com esse serviço e o seu impacto financeiro na prestação do serviço de saúde, estando inclusas pesquisas que calculam custo de processamento de instrumentais cirúrgicos reutilizáveis, visando à redução do desperdício, como os estudos de Stockert e Langerman (2014), Cichos *et al.* (2017), e de Nast e Swords (2019), e a comparação de custo entre processamento de instrumentos reutilizáveis e o uso de descartáveis, como realizado por Yung *et al.* (2010), Kuznik *et al.* (2012) e McCahon e Whyne (2015).

O CME também é responsável pelo processamento de campos e aventais cirúrgicos de algodão em pacotes individuais ou em forma de pacotes de campos cirúrgicos reutilizáveis (LAP) – denominação de um pacote padrão de campos e/ou aventais cirúrgicos em hospitais que ainda usam paramentação cirúrgica reutilizável, sendo processada de forma compartilhada pelo CME e serviço de lavanderia interna ou terceirizados (TOMÉ; LIMA, 2015).

Segundo Paula *et al.* (2015), gerenciar custos dentro de um CME é uma responsabilidade que o enfermeiro deve, por obrigação, assumir com conhecimento estratégico adotando medidas que trarão ao Estabelecimento de Assistência à Saúde (EAS) equilíbrio entre receitas, despesas e custos, garantindo a sua sobrevivência. Assim sendo, o enfermeiro deve realizar pesquisas nesse setor para o desenvolvimento de estratégias que minimizem o desperdício de recursos.

Esta pesquisa teve como objetivo investigar o custo direto do uso de pacotes de campos cirúrgicos reutilizáveis e de kits cirúrgicos descartáveis em um hospital universitário do Nordeste brasileiro.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza exploratória, observacional, do tipo estudo de caso com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Unidade de Processamento de Materiais Esterilizados (UPME) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), localizado na capital, São Luís. A UPME-HUUFMA é composta por dois centros de materiais e esterilização e

uma unidade satélite, localizadas na Unidade Hospitalar Presidente Dutra (UPD), Unidade Hospitalar Materno Infantil (UMI) e no Centro de Referência de Oftalmologia (CRO). Todavia, como na unidade satélite não há processamento de campos cirúrgicos, esta não foi incluída no estudo.

A UPME-UPD e a UMI funcionam 24h por dia, fornecem materiais processados a todos os setores do hospital e apresentam uma produção média mensal de 4.676 (UPD) e 2.542 (UMI) pacotes de roupas processados, incluindo LAPs para cirurgia geral, cirurgia cardíaca, cirurgia oftalmológica, hemodinâmica, cirurgia ginecológica, cesariana, parto normal e cirurgia infantil, aventais cirúrgicos e campos cirúrgicos preparados individualmente. A instituição já utiliza, em alguns procedimentos (centros cirúrgicos e serviço de hemodinâmica), kits cirúrgicos descartáveis que são adquiridos através de licitação anual.

A amostra foi constituída por conjuntos de pacotes de campos cirúrgicos de tecido reutilizável (100% algodão), padronizados pela instituição de acordo com a necessidade de várias especialidades. Os LAPs cirúrgicos tiveram os custos do processamento calculados e comparados aos custos dos kits cirúrgicos de campos descartáveis equivalentes disponíveis no mercado, partindo-se da premissa de que em cada procedimento cirúrgico seria utilizado um LAP ou um Kit descartável. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a novembro de 2019. Inicialmente, foram realizadas reuniões com a administradora do Serviço de Hotelaria (SH), que detalhou as condições do contrato com a empresa terceirizada de lavanderia para o fornecimento de roupa hospitalar à instituição.

A empresa de lavanderia cobra a lavagem das peças, após cada uso, a partir do peso do volume coletado, sendo o valor cobrado pela lavagem do quilograma (kg) de roupa hospitalar, estabelecido em contrato. Nesse valor estão inclusos os custos com a confecção e descarte das peças, assim como os custos com a mão de obra terceirizada dos funcionários diretamente envolvidos no recebimento dos campos advindos da lavanderia terceirizada, seleção das peças solicitadas pelas unidades consumidoras, transporte das roupas limpas ao CME, coleta dos campos sujos nos setores, transporte e entrega das roupas sujas à lavanderia. A terceirizada também forneceu o peso seco de cada peça de roupa que compõe o enxoval disponibilizado à instituição. As peças foram pesadas após a confecção e pré-lavagem para a retirada da goma.

O cálculo do custo de cada uso dos campos cirúrgicos reutilizáveis foi realizado multiplicando-se os pesos dos campos limpos pelo valor cobrado pela lavagem do quilo de roupa, pois o peso dos campos após o uso varia de acordo com o procedimento cirúrgico, que pode absorver uma quantidade menor ou maior de líquidos, sangue e secreções.

Foram realizadas reuniões nos CMES para apresentação do projeto de pesquisa, seus objetivos, descrição do método e esclarecimento de dúvidas. Procedeu-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos profissionais que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. 16 profissionais foram observados nos turnos da manhã e da tarde, durante a realização das atividades que compõem as etapas do processamento dos LAPs (recebimento de roupas procedente do SH, preparo, esterilização e

guarda dos pacotes de campos), e o tempo foi cronometrado seguindo um instrumento estruturado para a coleta de dados. A unidade de medida adotada para os cálculos se deu em segundos devido a algumas atividades executadas nessa etapa não alcançarem um minuto.

O custo com a mão de obra foi baseado nos salários dos técnicos de enfermagem que trabalham nas UPME-UPD e UPME-UMI em escala de diarista, considerando-se que não é rotina desses serviços preparar LAPs nos plantões noturnos. O custo com a mão de obra do enfermeiro não foi calculado por se tratar de custo indireto, pois esse profissional não participa diretamente da confecção dos pacotes. Os custos com insumos usados para a montagem dos LAPs cirúrgicos foram levantados a partir da identificação do consumo necessário para a montagem dos pacotes, durante a observação das atividades. O consumo foi registrado e multiplicado pelo preço da última compra dos materiais pela instituição.

Os custos com a esterilização foram coletados em duas etapas. Primeiramente, calculou-se o consumo de água, ar comprimido e energia da autoclave ou esterilizador por ciclo de esterilização, após monitoramento do equipamento durante a esterilização de cargas de LAPs. Esses cálculos foram feitos a partir do relatório impresso pela própria máquina, pelo manual do esterilizador e pelo analisador de energia FLUKE 434.

Em seguida, os custos com esses insumos da esterilização foram calculados multiplicando-se o consumo pelos valores cobrados, por unidade de consumo, pelas empresas fornecedoras. Posteriormente, foi verificado o custo de desgaste do equipamento por ciclo de esterilização. Foram verificados os gastos com reposição de peças em

manutenções preventivas e corretivas no último ano e dividido pelo número total de ciclos de esterilização realizados pelo equipamento no mesmo intervalo de tempo. O modelo da autoclave utilizada nesse processo foi B0110-716P BAUMER.

Foi verificado também o custo do consumo de papel térmico por ciclo de esterilização, sendo mensurado o comprimento de papel consumido por ciclo de esterilização de campos e multiplicado pelo valor do centímetro do papel. Todos os cálculos relativos à esterilização foram feitos por um engenheiro do hospital e o custo obtido por ciclo de esterilização foi dividido pela capacidade da carga da autoclave, ou seja, a quantidade de pacotes esterilizados por ciclo.

Finalmente, após a obtenção dos custos com campos fornecidos pela lavanderia, mão de obra técnica do CME, insumos utilizados na montagem dos pacotes e esterilização por cada LAP das oito especialidades, procedeu-se à soma de todos esses custos para a identificação do custo direto do processamento de cada modelo de LAP cirúrgico padronizado. Os custos com a aquisição dos kits de campos cirúrgicos descartáveis foram obtidos por meio de consulta de preço (menor preço) baseada numa previsão de consumo anual realizada no mês de janeiro de 2020.

Os valores com o descarte dos kits de campos descartáveis foram calculados a partir do preço de incineração de um quilo de material infectante (R\$ 3,00) multiplicado pelo peso dos kits cirúrgicos secos. Como o peso dos campos descartáveis, após o uso, pode variar de acordo com o procedimento realizado, devido à absorção de fluidos em áreas com reforço absorvente, os kits foram pesados antes do uso, assim como ocorreu com os campos de algodão. Os custos com a

aquisição dos kits cirúrgicos descartáveis foram somados aos valores gastos com o seu descarte para a obtenção do custo direto do uso de Kits de campos cirúrgicos descartáveis.

Para a aferição dos dados utilizou-se o sistema de custeio direto. Os gastos variáveis foram calculados e somados para a obtenção do custo direto do processamento de pacotes de campos reutilizáveis e do uso de Kits de campos descartáveis comprados pela instituição. O custo direto com o processamento dos LAPs cirúrgicos e o custo direto com o uso dos kits cirúrgicos descartáveis foram comparados de acordo com a equivalência do uso das respectivas especialidades cirúrgicas.

Os dados foram compilados e tabulados no programa Microsoft Office, versão 2017, aplicativo Excel e Word, e demonstrados por meio de tabelas. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUUFMA - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 13401019.1.0000.5086, número do parecer: 3.424.939.

3 RESULTADOS

Os custos com as peças de roupas padronizadas para a montagem dos LAPs cirúrgicos foram calculados multiplicando-se o peso do campo seco pelo valor da lavagem de um quilo de roupa hospitalar (R\$ 7,00) cobrado pela empresa terceirizada. Na Tabela 1 estão dispostos os custos com as peças de roupas usadas na montagem dos LAPs cirúrgicos e o custo com os campos desprezados no hamper de roupas sujas, porque retornaram ao CME com sujidade, danificados

ou desgastados pelo uso, sendo inadequados para a montagem dos pacotes de campos cirúrgicos.

Tabela 1 – Custo total com campos por pacote de LAP processado no HUUFMA e custo com mão de obra (tempo gasto – em segundos) na confecção de LAPs no HUUFMA, São Luís-MA, Brasil

Pacotes de campos padronizados	Custo com as peças para a montagem de cada pacote (R\$)	Custo com as peças desprezadas por cada pacote (R\$)	Custo total com peças de roupa na montagem de cada pacote (R\$)
LAP Cirurgia Geral	23,80	6,59	30,39
LAP Cirurgia Cardíaca	92,40	7,99	100,39
LAP Cir. Oftalmológica	29,40	7,59	36,99
LAP Hemodinâmica	32,20	7,36	39,56
LAP Cir. Ginecológica	34,30	25,97	60,27
LAP Cir. Cesariana	41,30	28,04	69,34
LAP Parto Normal	22,40	6,22	28,62
LAP Cirurgia Infantil	21,70	12,18	33,88
Pacotes de campos padronizados	Tempo médio total despendido por LAP (segundos)	Remuneração da mão de obra por segundo (R\$)	Custo total com mão de obra na confecção de LAPs (R\$)
LAP Cirurgia Geral	446,72	0,011	4,91
LAP Cirurgia Cardíaca	2.834,78	0,011	31,18
LAP Cir. Oftalmológica	635,28	0,011	6,98
LAP Hemodinâmica	894,61	0,011	9,84
LAP Cir. Ginecológica	885,53	0,012	10,63
LAP Cir. Cesariana	1.135,31	0,012	13,62
LAP Parto Normal	772,51	0,012	9,27

LAP Cirurgia Infantil	851,35	0,012	10,22
-----------------------	--------	-------	--------------

Fonte: Elaborada pelas autoras, com base nos dados da pesquisa.

O maior desperdício observado foi na triagem dos campos cirúrgicos para o preparo de pacotes de LAPs Cirurgia Ginecológica e Cesariana, R\$ 25,97 e R\$ 28,04, respectivamente; seguido dos LAPs Cirurgia Infantil, R\$12,18, sendo todos preparados na UPME-UMI (Tabela 1).

O tempo médio de mão de obra da CME na recepção das peças de roupas procedentes do SH foi de 8,47 segundos por peça, sendo comum a todos os campos e aventais cirúrgicos que foram usados para a montagem dos pacotes de LAPs.

Esse tempo foi multiplicado pela quantidade de peças que foram utilizadas para a montagem de cada LAP padronizado, incluindo os campos usados na embalagem e os campos desprezados durante a triagem, obtendo-se o tempo médio despendido para o recebimento das peças de roupa de cada tipo de LAP (Tabela 1).

O processamento dos LAPs Cirurgia Cardíaca foi o que consumiu mais tempo, seguido dos LAPs Cirurgia Cesariana. Tanto as cirurgias cardíacas quanto as cirurgias cesarianas utilizam campos longos, mais difíceis de dobrar, devido à necessidade de absorver grande volume de fluidos durante os procedimentos cirúrgicos.

Para o cálculo da remuneração da mão de obra foram inclusos salário base (R\$ 3.841,14) e adicional de insalubridade de 20% e 40%, respectivamente, sobre o salário base (R\$ 768,22/R\$ 1.536,45); ressarcimento e assistência à saúde (R\$ 149,32); auxílio alimentação/refeição (R\$ 557,53); 13º salário; 1/3 de férias; e 8% sobre

os rendimentos de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), R\$ 402,89/R\$ 464,35, levando-se em consideração uma carga horária (CH) de 36 horas/semana, conforme contrato de trabalho, e uma média de 156 horas/mês.

Há uma diferença salarial entre a mão de obra da UPME-UPD e a da UPME-UMI, porque a primeira recebe adicional de insalubridade de 20%, calculado sobre o salário base, enquanto a segunda, 40%. Diferença justificada pelo fato de a UPME-UMI também processar Produtos para a Saúde (PPS) procedentes de uma Unidade de Doenças Infecto-Parasitárias (DIP), levando a uma maior exposição a riscos biológicos por parte dos empregados.

O tempo médio para o processamento dos LAPs cirúrgicos nos CMEs, em segundos(s), foi multiplicado pela remuneração por segundo da mão de obra técnica de enfermagem, por ser a menor unidade de medida encontrada para a obtenção do custo com mão de obra por tipo de LAP. Observou-se que foi descartado um percentual maior de peças consideradas sujas ou danificadas durante a montagem dos LAPs na UPME-UMI. Além disso, a remuneração da mão de obra da UPME-UMI (R\$0,012) é mais cara que a da UPME-UPD (R\$0,011) devido à diferença no cálculo do adicional de insalubridade, o que também refletiu no custo do produto. O maior custo com mão de obra foi verificado no processamento do LAP Cirurgia Geral (R\$ 31,18), e o menor no LAP Cirurgia Geral (R\$ 4,91) (Tabela 1).

Quanto ao custo dos materiais utilizados para a montagem dos LAPs cirúrgicos padronizados no HUUFMA, esclarece-se que os rótulos de identificação dos diferentes LAPs são padronizados e impressos nas secretarias dos CMEs, sendo o custo variável da impressão de uma

página de R\$ 0,06, conforme informação do Setor de Tecnologia da Informação. Para o cálculo do custo de um rótulo foi considerado que são impressos três (03) rótulos por página de impressão (Tabela 1).

Tabela 2 – Custo com insumos utilizados para montagem de um LAP no HUUFMA (R\$), São Luís - MA, Brasil

Pacotes de campos padronizados	Rótulo Impresso (R\$)	Etiqueta adesiva (R\$)	Fita Hospitalar (R\$)	Fita autoclave (R\$)	Integrador Químico (R\$)	Total (R\$)
LAP Cirurgia Geral	0,02	-	0,12	0,02	0,29	0,45
LAP Cirurgia Cardíaca	0,06	-	0,41	0,07	0,87	1,41
LAP Cirurgia Oftalmológica	0,02	-	0,13	0,03	0,29	0,47
LAP Hemodinâmica	0,02	-	0,12	0,02	0,29	0,45
LAP Cirurgia Ginecológica	0,02	-	0,18	0,02	0,29	0,51
LAP Cirurgia Cesariana	0,02	0,15	0,24	0,05	0,29	0,75
LAP Parto Normal	0,02	0,15	0,16	0,04	0,29	0,66
LAP Cirurgia Infantil	0,02	-	0,16	0,02	0,29	0,49

Fonte: Elaborada pelas autoras, com base nos dados da pesquisa.

As cobertas para recém-nascidos (RN) foram identificadas utilizando-se etiquetas autoadesivas adquiridas pela instituição através de processo licitatório, ao invés de rótulos. O maior custo com materiais foi identificado na montagem dos LAPs Cirurgia Cardíaca e Cesariana, R\$ 1,41 e R\$ 0,75, respectivamente (Tabela 2).

O custo de um ciclo de esterilização de uma carga de LAPs cirúrgicos a vapor, em autoclave pré-vácuo, corresponde à soma dos gastos com insumos consumidos pelo equipamento e com o seu desgaste (manutenção) para a realização do processo. Os custos com um pacote teste desafio (PCD) para a validação e liberação de uma carga de esterilização é resultante da soma dos gastos com os campos e outros insumos necessários para a montagem do pacote teste. A Tabela 3 demonstra o custo final da esterilização dos pacotes de LAPs na UPME-UPD e na UPME-UMI, onde o custo do ciclo, incluindo insumos, manutenção e PCD, foi dividido pela capacidade da carga do esterilizador, de acordo com o modelo de LAP (Tabela 3).

Tabela 3 – Custo da esterilização por pacote de LAP na UPME/HUUFMA, São Luís-MA, Brasil

Pacotes de campo padronizados	Capacidade da carga de esterilização (und)	Custo de um ciclo de esterilização* (R\$)	Custo da esterilização de um LAP (R\$)
LAP Cirurgia Geral	28	38,13	1,36
LAP Cirurgia Cardíaca	08	38,13	4,77
LAP Cir. Oftalmológica	24	38,13	1,59
LAP Hemodinâmica	20	38,13	1,90
LAP Cir. Ginecológica	20	38,21	1,91
LAP Cir. Cesariana	20 LAPs ou 64 cobertas para RN	38,21	2,51*
LAP Parto Normal	28	38,21	1,36
LAP Cirurgia Infantil	28	38,21	1,36

Fonte: Elaborada pelas autoras, com base nos dados da pesquisa.

OBS: LAPs e coberta para RN foram esterilizadas em cargas separadas e os valores individuais foram somados.

*Soma dos custos com o esterilizador e PCD.

Houve uma pequena variação no custo da esterilização entre os dois CMEs devido à diferença do custo com a mão de obra para a recepção dos campos que foram utilizados para a montagem do PCD (Tabela 3).

Verificou-se que os custos com a confecção e lavagem dos campos cirúrgicos para a montagem dos pacotes predominaram sobre o

custo direto total do LAP e os custos com mão de obra representaram o segundo maior gasto (Tabela 4).

Tabela 4 – Custo direto do processamento de pacotes de LAPs cirúrgicos, São Luís - MA, Brasil

Pacotes de campos padronizados	Custo com campos (R\$)	Custo com mão de obra (R\$)	Custo com insumos na montagem dos LAPs (R\$)	Custo com a esterilização (R\$)	TOTAL (R\$)
LAP Cirurgia Geral	30,39	4,91	0,45	1,36	37,11
LAP Cirurgia Cardíaca	100,39	31,18	1,41	4,77	137,75
LAP Cirurgia Oftalmológico	36,99	6,98	0,47	1,59	46,03
LAP Hemodinâmica	39,56	9,84	0,45	1,90	51,75
LAP Cirurgia Ginecológica	60,27	10,63	0,51	1,91	73,32
LAP Cirurgia Cesariana	69,34	13,62	0,75	2,51	86,22
LAP Parto Normal	28,62	9,27	0,66	1,36	39,91
LAP Cirurgia Infantil	33,88	10,22	0,49	1,36	45,95

Fonte: Elaborada pelas autoras, com base nos dados da pesquisa.

O LAP Cirurgia Geral é o pacote de campos reutilizáveis que representou o menor custo de processamento pela instituição (R\$ 37,11), seguido do LAP Parto Normal (R\$ 39,91), enquanto o LAP Cirurgia Cardíaca apresentou o maior custo de processamento (R\$ 137,75), seguido do LAP Cirurgia Cesariana (R\$ 86,22) (Tabela 4).

O valor pago pelo HUUFMA para incinerar um quilo de resíduo infectante, informado pelo SH, foi R\$ 3,00. Os custos da incineração dos kits descartáveis resultaram da multiplicação do peso seco dos kits em quilos, pois esse peso pode variar após o uso, dependendo do procedimento realizado, pelo valor de R\$3,00.

O kit campo cirúrgico descartável com o custo direto mais elevado nesta pesquisa foi o de Cirurgia Cardiovascular (R\$ 524,96), seguido do kit Cirurgia Cesariana (R\$ 210,46), enquanto o Kit Cirúrgico Universal apresentou menor custo direto (R\$ 71,66), seguido do Kit Cirúrgico Pediátrico (R\$ 86,18). O preço de compra teve predominância sobre o custo total dos kits descartáveis, chegando a corresponder a quase o total do custo direto do kit Cirurgia Cardiovascular (Tabela 5).

Tabela 5 – Custo direto com a aquisição e descarte dos kits campos descartáveis e comparação do custo direto entre os pacotes de LAPs cirúrgicos e kits de campos descartáveis por especialidade, São Luís - MA, Brasil

Kits de campos cirúrgicos descartáveis	Preço para compra de kits campos descartáveis (R\$)	Custo com o descarte dos campos descartáveis (R\$)	TOTAL (R\$)
Kit Cirúrgico Universal	70,00	1,66	71,66
Kit Cirúrgico Cardiovascula	520,00	4,96	524,96
Kit Cirúrgico Oftalmológicc	138,60	1,57	140,17
Kit Angiografia Femoral	131,00	3,30	134,30
Kit Cirúrgico Ginecológico	95,00	2,97	97,97
Kit Cirúrgico Cesariana	208,30	2,16	210,46
Kit Parto Normal	100,80	3,51	104,31
Kit Cirúrgico Pediátrico	85,00	1,18	86,18

Especialidades	LAPs cirúrgicos (R\$)	Kits cirúrgicos (R\$)	Diferença de custo (R\$)
Cirurgia Geral	37,11	71,66	34,55
Cirurgia Cardíaca	137,75	524,96	387,21
Cirurgia Oftalmológica	46,03	140,17	94,14
Hemodinâmica	51,75	134,30	82,55
Cirurgia Ginecológica	73,32	97,97	24,65
Cirurgia Obstétrica (Cesariana)	86,22	210,46	124,24
Parto Normal	39,91	104,31	64,40
Cirurgia Pediátrica	45,95	86,18	40,23

Fonte: Elaborada pelas autoras, com base nos dados da pesquisa.

O uso de campos cirúrgicos reutilizáveis demonstrou ter um custo direto menor que a utilização de kits cirúrgicos descartáveis, sendo observado a maior diferença de preço dentre os campos utilizados na especialidade Cirurgia Cardíaca, com diferença de custo de R\$ 387,21; seguido da Cirurgia Obstétrica (cesariana), com uma diferença de custo de R\$ 124,24 (Tabela 5).

Os campos cirúrgicos utilizados na Cirurgia Ginecológica apresentaram a menor diferença de preço entre as especialidades avaliadas (R\$ 24,65); seguidos dos campos da Cirurgia Geral (R\$ 34,55) (Tabela 5).

4 DISCUSSÃO

A utilização de pacotes de campos cirúrgicos reutilizáveis demonstrou ter um custo menor que a utilização de kits cirúrgicos descartáveis, na instituição em estudo, variando de R\$ 24,65 a R\$ 387,21 a diferença de custo entre eles. Os valores gastos com a confecção e lavagem dos campos predominaram sobre o custo direto do processamento dos LAPs, seguidos da mão de obra. O LAP para Cirurgia Cardíaca apresentou o maior custo direto (R\$ 137,75), seguido do LAP para Cesariana (R\$ 86,22). O LAP para Cirurgia Geral, que também é o mais utilizado na instituição, representou o menor custo (R\$ 37,11).

Esses achados corroboram os resultados do estudo de Tomé e Lima (2015), realizado em um hospital de Sorocaba-SP, em que foi identificado um custo médio mensal de R\$ 33.226,51 para o uso de LAP cirúrgico reutilizável e de R\$ 69.372,70 para o uso de Kits descartáveis.

Em outro estudo, realizado em um hospital turco, Baykasoglu, Dereli e Yilankirkan (2009) concluíram que os produtos descartáveis são melhores em termos de benefícios, mas os seus custos ainda são elevados para substituir os produtos reutilizáveis.

A pesquisa de Moraes *et al.* (2018), realizada em um hospital público do estado de Minas Gerais, apresentou resultado divergente ao deste estudo, em que os kits cirúrgicos têxteis custaram mais caro que os kits descartáveis. Vale ressaltar que a metodologia empregada também foi diferente, pois levaram em consideração custos diretos e indiretos na avaliação.

Para Jericó e Castilho (2010), os métodos de custeio tradicionais, custeio por absorção, podem provocar distorções no tratamento dos custos indiretos, não possibilitando ao gestor interpretações e ações para o controle de problemas específicos, e dificilmente as suas ações são refletidas nos relatórios contábeis levando a frustrações, motivo pelo qual esta pesquisa utilizou o método de custeio direto, não incluindo os custos indiretos.

Quanto ao resultado da predominância do custo com os campos que compõem os LAPs no custo direto do processamento dos pacotes, chegando a compor 81,6% do custo do LAP Cirurgia Geral, houve semelhança ao encontrado por Tomé e Lima (2015), em que o custo com material significou 89,51% do custo direto do processamento de LAP cirúrgico. Semelhantemente, o estudo de Stipanich *et al.* (2018), que fez uma comparação de diferentes processos de abastecimento de materiais de fisioterapia, ao analisar o custo do processamento desses materiais em CME institucional, encontrou os maiores valores

associados ao custo de aquisição dos próprios materiais, seguido do custo com a mão de obra envolvida no processamento.

Destaca-se que no preço de uma lavagem dos campos simples, duplos e aventais utilizados na pesquisa estão inclusos os custos com a confecção, lavagem e transporte, independentemente do número de uso de cada peça. Também não há controle sobre o número limite de uso das peças, sendo a substituição realizada conforme a necessidade por extravio ou dano das roupas, dentro de um limite de 5%, ao ano, do enxoval disponibilizado na renovação do contrato. A ausência de mecanismos de controle do reúso de produtos têxteis reutilizáveis, entretanto, ainda é uma realidade em muitas instituições de saúde (FREITAS *et al.*, 2012; PISSINATI *et al.*, 2014; VITAL *et al.*, 2016).

Percebeu-se desperdício de tempo de mão de obra com a triagem dos campos que retornavam da lavanderia com não conformidade para o uso cirúrgico (sujidade; danos). Como não há qualquer segregação, os campos desprezados por não conformidade retornavam à empresa terceirizada e, de lá, em dias subsequentes, os mesmos campos voltavam ao hospital, formando assim um círculo vicioso que acarreta acúmulo de trabalho sobre a mão de obra técnica.

Pesquisa realizada no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (CASTILHO *et al.*, 2011) verificou que desperdícios associados ao processo de trabalho e pessoal, com perda de tempo e subutilização de recursos humanos, foram relatados em 13% dos casos. O desperdício está diretamente associado à realização de ações que não favorecem e não agregam valor ao produto ou serviço produzido, apenas aumento de custos e despesas, incluindo questões relacionadas à mão de obra, tais como: retrabalho, baixa produtividade, absenteísmo,

alta rotatividade e acidentes de trabalho. A negligência e a falta de controle gerencial são causas de ineficiência dos serviços de saúde, logo o aumento de custos na assistência à saúde tem demandado redução do desperdício e maior eficiência em todo o hospital (NAST; SWORDS, 2019).

Sobre os custos com esterilização a vapor, é importante destacar que é rotina da UPME/HUUFMA realizar o teste Bowie Dick (indicador químico tipo II) em todas as autoclaves com carga vazia, todos os dias, no início da manhã, para testar a bomba de vácuo dos equipamentos e realizar teste com Indicador Biológico (IB) na primeira carga de esterilização do dia e nas cargas com material implantável, para validação da esterilização. Contudo, os gastos com esses indicadores representam custo indireto ao processamento de LAPs cirúrgicos, pois são de uso obrigatório determinado pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 15/2012, independente da esterilização de LAPs cirúrgicos no CME. Logo, a despesa com esses testes não foi adicionada ao custo com a esterilização dos campos reutilizáveis (BRASIL, 2012).

Em relação aos kits de campos descartáveis, os preços para aquisição utilizados nesta pesquisa foram baseados nos menores preços obtidos por consulta para uma aquisição conforme a previsão de consumo anual do HUUFMA. Baykasoglu, Dereli e Yilankirkan (2009) ressaltaram em seu estudo que o preço de kits de uso único varia de acordo com o tipo de não tecido e o status de importação e exportação do produto. Assim, como existem vários tipos de descartáveis, este estudo também fez os cálculos de custo destes considerando os modelos dos reutilizáveis padronizados na instituição.

Para Gilmour (2010), campos e aventais cirúrgicos descartáveis possuem a vantagem de serem produtos de qualidade consistente e repelentes a fluidos, características necessárias para o controle e prevenção de infecções; e fazem parte das políticas de boas práticas. Logo o custo é apenas um dos critérios a serem considerados, pelos profissionais da área, no momento da escolha entre campos reutilizáveis e descartáveis.

Como limitações deste estudo elenca-se a utilização apenas de uma avaliação econômica parcial, incluindo somente os custos do uso da tecnologia, desconsiderando as consequências advindas do uso de campos cirúrgicos associados à infecção hospitalar, o que representa uma limitação do estudo. Outra limitação identificada foi o fato de não serem inseridos na avaliação os custos com extravio de campos porque esses dados não são contabilizados pelo SH. Ressalta-se que a reposição dos campos cirúrgicos realizada pela empresa, dentro do limite dos 5% atribuídos em contrato, não tem sido suficiente para a manutenção da quantidade de campos considerada ideal para a necessidade do serviço e que a cada conferência do inventário, trimestral, a quantidade de campos e aventais cirúrgicos disponíveis diminui, necessitando do uso complementar de kits descartáveis para a manutenção da produtividade cirúrgica do HUUFMA.

5 CONCLUSÃO

O custo direto do processamento de campos cirúrgicos reutilizáveis na instituição em estudo mostrou-se menor que o custo direto de kits cirúrgicos descartáveis. O custo com o processamento dos

pacotes de LAP variou de R\$ 37,18 (LAP Cirurgia Geral) a R\$137,75 (LAP Cirurgia Cardíaca), enquanto o custo obtido com o uso dos kits descartáveis ficou entre R\$ 71,66 (Kit Universal) e R\$ 524,96 (Kit Cirurgia Cardiovascular), sendo encontrada uma diferença de custo de R\$ 24,65 a R\$ 387,21 entre o uso dos campos reutilizáveis e descartáveis.

O conhecimento dos custos das atividades e dos objetos de custo até então desconhecidos para o HUUFMA poderá subsidiar a tomada de decisão de forma segura, por parte dos gestores, sobre a viabilidade econômica da substituição de campos de tecidos reutilizáveis por descartáveis. O enfermeiro deve assumir um papel fundamental nesse processo, exercendo a sua função com competência técnica e responsabilidade, contribuindo para a avaliação e seleção das tecnologias baseadas em critérios científicos, de forma a garantir a segurança do paciente e a sobrevivência financeira da instituição. Os achados deste estudo sugerem que a utilização de campos cirúrgicos reutilizáveis é uma medida mais econômica que a utilização de kits descartáveis, contudo o desperdício gerado com o processamento dos campos de algodão deve ser corrigido para uma maior eficiência do processo.

REFERÊNCIAS

- BAYKASOGLU, A.; DERELI, T.; YILANKIRKAN, N. Application of cost/benefit analysis for surgical gown and drape selection: A case study. **American Journal of Infection Control**, [s.l.], v. 37, n. 3, p. 216-226, 2009.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretora Colegiada – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, mar. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20requisitos%20de%20boas,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em: 13 jun. 2023.
- CASTILHO, V. *et al.* Survey of the major sources of waste in the health care units of a teaching hospital. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. esp., p. 1613-1620, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5dgNhrSfq6CCmT8bD94KTCj/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 13 jun. 2023.
- CICHOS, K. H. *et al.* Cost Savings of Standardization of Thoracic Surgical Instruments: The Processo of Lean. **Ann Thorac Surg**, [s.l.], v. 104, p. 1889-1895, 2017.
- FREITAS, L. R. *et al.* The Use of Cotton Tissue Packages in Medium- and Large-sized Hospitals: an analysis. **Rev. Eletr. Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 811-820, out./dez. 2012. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/15769>. Acesso em: 13 jun. 2023.
- GILMOUR, D. Considerations for Gown and Drape Selection in the United Kingdom. **AORN Journal**, [s.l.], v. 92, n. 4, p. 461-465, 2010.
- JERICÓ, M. C.; CASTILHO, V. Cost Management: the implementation of the activity-based costing method in central sterilizing services. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 745-52, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/40602/43772/482>

29. Acesso em: 13 jun. 2023.

KUZNIK, A. *et al.* Medical Male Circumcision for HIV/AIDS prevention in Uganda – the cost of disposable versus re-usable circumcision kits. **Tropical Doctor**, [s.l.], v. 42, p. 5-8, 2012.

MCCAHERN, R. A.; WHYNES, D. K. Cost Comparison of Re-usable and Single-use Fibrescopes in a Large English Teaching Hospital. **Anaesthesia**, [s.l.], v. 70, p. 699-706, 2015. Disponível em: <https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.13011>. Acesso em: 13 jun. 2023.

MORAES, L. O. F. *et al.* Estudo de Custo-benefício na Utilização de Campos/ Kits Cirúrgicos Têxteis x Campos/ Kits Descartáveis Estéreis. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 72, 2018. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/126/170>. Acesso em: 13 jun. 2023.

NAST, K.; SWORDS, K. A. Decreasing Operating Room Costs Via Reduction of Surgical Instruments. **Journal of Pediatric Urology Company**, [s.l.], v. 1, n. 13, p. 1.e1-1.e6, 2019.

PAULA, J. R. A. *et al.* Instrumental in Surgical Boxes: cost evaluation. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 73-80, 2015. Disponível em: <https://www.revista.sobecc.org.br/sobecc/article/download/7/pdf>. Acesso em: 13 jun. 2023.

PISSINATI, P. S. C. *et al.* Costs of Reusable and Disposable Aprons in a Public Teaching Hospital. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 48, n.5, p.915-921. 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reensp/article/view/103091/101402>. Acesso em: 13 jun. 2023.

SOUZA, W. R. *et al.* Using Activities-based Costing in a Sterile Processing Department as a Management Tool. **Rev. Eletr. Enfermagem**, [s.l.], v. 17, n. 2, p. 290-301, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/03/832471/v17n2a13-en.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2023.

STIPANICH, C. *et al.* Costs Comparison in Different Supply Processes of Respiratory Physiotherapy Materials in an Extra Public Hospital. *Rev Pesq Fisio. Journals Bahiana School of Medicine and Public Health*, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 230-238, 2018. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/2054/2139>. Acesso em: 13 jun. 2023.

STOCKERT, E. W.; LANGERMAN, A. Assessing the Magnitude and Costs of Intraoperative Inefficiencies Attributable to Surgical Instrument Trays. *J Am Coll Surg*, [s.l.], v. 219, n. 4, p. 646-655, 2014.

TOMÉ, M. F.; LIMA, A. F. C. Direct cost of reprocessing cotton-woven surgical drapes: a case study. *Journal of School of Nursing USP*, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 494-501, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103238/101664>. Acesso em: 13 jun. 2023.

VITAL, J. S. *et al.* Analysis of Cost of Sterilization Packaging Using Costing Based Activities. *Rev. enferm. UFPE on line*, Recife, v. 10, n. 8, p. 2877-2885, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11356/13080>. Acesso em: 13 jun. 2023.

YUNG, E. *et al.* Cost Comparison of Reusable and Single-Use Ultrasonic Shears for Laparoscopic Bariatric Surgery. *Obes Surg*, [s.l.], v. 20, p. 512-518, 2010.

Efeito do ultrassom de baixa intensidade associado ao uso de ácidos graxos essenciais na cicatrização de úlceras venosas¹

13

Luana Nunes Caldini²

Thiago Moura de Araújo³

Érica do Nascimento Sousa⁴

Renan Alves Silva⁵

Marina Guerra Martins⁶

Joselany Áfio Caetano⁷

¹ Capítulo fruto da dissertação “Ultrassom de baixa frequência associado à aplicação do óleo de copaíba e melaleuca no processo de cicatrização de úlceras venosas: estudo clínico controlado e randomizado”, de autoria de Luana Nunes Caldini, sob orientação de Joselany Áfio Caetano, defendida em 11 de outubro de 2017, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará (UFC).

Link de acesso: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/37335>

² Enfermeira, mestre, UFC. Fortaleza-CE, Brasil.

³ Enfermeiro, doutor, docente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Redenção-CE, Brasil.

⁴ Enfermeira, Hospital das Clínicas de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil

⁵ Enfermeiro, doutor, docente, Universidade Federal do Piauí (UFPI). Picos – PI, Brasil.

⁶ Enfermeira, UFC. Fortaleza-CE, Brasil.

⁷ Enfermeira, doutora, docente da UFC. Fortaleza-CE, Brasil.

RESUMO

Introdução: Úlceras venosas são caracterizadas por sua difícil cicatrização, e o uso de terapias adjuvantes no tratamento promove uma reparação tecidual mais rápida. **Objetivo:** avaliar o efeito do ultrassom de baixa intensidade, associado aos ácidos graxos essenciais, na cicatrização de úlceras venosas. **Métodos:** Estudo experimental, do tipo estudo piloto de ensaio clínico randomizado. Coletado entre outubro de 2016 e julho de 2017. A amostra foi composta por cinco pacientes e 14 lesões. O grupo controle, com seis lesões recebeu tratamento padrão; e o grupo intervenção, com oito lesões, a aplicação do ultrassom de baixa intensidade associado ao tratamento padrão, durante 10 sessões. Realizaram-se testes de médias, tamanho do efeito da intervenção e regressão múltipla. **Resultados:** observou-se uma redução média de área estatisticamente significativa no grupo intervenção, 2,25 cm², na terceira aplicação. No controle, houve redução média de área de 2,17 cm², na sexta aplicação, com diminuição no sexto e décimo dia. **Conclusão:** a aplicação do ultrassom induziu a redução da área da úlcera mais rapidamente, quando comparada ao tratamento com os ácidos graxos essenciais.

Palavras-Chave: Ultrassom. Úlcera Varicosa. Cicatrização. Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Úlceras venosas são caracterizadas pela perda da integridade da pele, geralmente, localizadas no terço inferior dos membros inferiores. A sua etiologia e fisiopatologia estão intimamente relacionadas com a hipertensão venosa crônica, causada por fatores como obstrução venosa, falência valvar ou falência do músculo gastrocnêmio (VIEIRA; FRANZOI, 2021).

Os primeiros sintomas variam entre sensação de peso, dor ou prurido, mas sua principal característica é a difícil cicatrização, podendo levar de seis semanas a vários meses. Causa muitas vezes desconforto e incapacidade, interfere em vários aspectos da vida como: atividades laborais, qualidade de vida, alteração na imagem corporal e sexualidade (PINHEIRO *et al.*, 2020).

Assim, a cicatrização de feridas é um processo importante que envolve um mecanismo dinâmico, sendo reconhecido como um dos principais papéis da enfermagem. O enfermeiro desenvolve um importante papel no processo educativo e tem as tecnologias como fortes aliadas nesse processo (NORMAN *et al.*, 2028; FERREIRA *et al.*, 2020).

No tratamento de lesões específicas, como as úlceras venosas, existem procedimentos consolidados, como a terapia compressiva, com bandagem multicamada e inelástica, a qual é difundida mundialmente como bota de Unna. Contudo, possui baixa adesão dos pacientes, em virtude da dor e da demanda de ações de autocuidado desse dispositivo em domicílio para obter o resultado desejado (GUEST; FULLER; VOWDEN, 2018).

Dessa forma, o uso de terapias adjuvantes reduz o tempo de regeneração tecidual, quando comparada a técnicas convencionais que levam a uma reparação mais rápida. Existem diversas terapias adjuvantes como: laserterapia, escleroterapia com espuma de polidocanol, oxigenoterapia hiperbárica, ultrassom de baixa frequência, plasma rico em plaquetas e membrana de celulose bacteriana. Todas são consideradas efetivas para o tratamento de úlceras venosas, promovendo redução da área afetada, aumento de tecido viável, redução da dor, menores chances de recidiva e, conseqüentemente, maior qualidade de vida ao paciente (ARRUDA *et al.*, 2022).

Dentre as tecnologias já citadas destaca-se o ultrassom de baixa intensidade, utilizado como tratamento coadjuvante para auxiliar no processo de cicatrização de feridas. Age inibindo o processo inflamatório e estimulando o tecido de granulação, a partir dos efeitos térmicos e mecânicos. Atua nos tecidos em todas as fases do processo de reparação de feridas, estimulando cicatrização mais rápida, com tecido cicatricial mais resistente (ATKIN *et al.*, 2019; CULLUM; LIU, 2017).

A associação do uso do ultrassom com algum tipo de cobertura em lesões de pele é citada na literatura com êxito. Um dos efeitos resultantes dessa associação é a fonoforese que trata do auxílio, por meio das ondas de baixa intensidade, na movimentação dos princípios ativos presentes nas coberturas e camadas da pele na microcirculação, o que acelera a absorção e os efeitos sobre o ferimento (CULLUM; LIU, 2017; ROCHA *et al.*, 2018).

Mesmo evidentes os benefícios do uso da tecnologia do

ultrassom, os mecanismos pelos quais as ondas de ultrassom interagem com os tecidos em cicatrização são escassos e não são totalmente compreendidos na literatura nacional. Dessa forma, o presente estudo é relevante ao utilizar essa tecnologia e avaliar o seu efeito no tratamento de feridas trazendo inovação aos cuidados de enfermagem.

Diante disso, o presente estudo objetivou avaliar o efeito do ultrassom de baixa intensidade associado aos ácidos graxos essenciais na cicatrização de úlceras venosas.

2 MÉTODO

Estudo experimental, do tipo ensaio clínico randomizado, realizado em um ambulatório de cirurgia vascular na cidade de Fortaleza, Ceará.

A população do estudo constituiu-se de 5 pacientes do ambulatório. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: indivíduos maiores de 18 anos; apresentar úlcera venosa; comparecer ao ambulatório em dias preestabelecidos; e não fazer uso contínuo de medicação anti-inflamatória, por qualquer via de absorção. Como critérios de exclusão: pacientes que apresentavam tecido necrosado com indicação de amputação de membro; exposição óssea e tendões; tratamento por radioterapia; feridas em decorrência de radioterapia; grávidas; presença de implantes metálicos na região; diagnóstico de trombose venosa profunda; hemofílicos ou com risco de hemorragia; tabagistas; em uso de corticoide; diabéticos; utilizar bota de Unna ou outros tratamentos que não o com ácidos graxos essenciais. Como critérios de descontinuidade foram estabelecidos: não comparecer ao

ambulatório nos dias preestabelecidos; não realizar os curativos de forma adequada em sua residência; e mudança de cobertura durante o período do estudo.

A amostra foi randomizada em dois grupos: o Grupo Controle (GC), formado por pacientes que receberam apenas a aplicação do ácido graxo essencial; e o Grupo Intervenção (GI), composto por pacientes que receberam aplicação do ultrassom de baixa frequência associado à aplicação de ácidos graxos essenciais extraídos de óleo de copaíba e melaleuca.

A randomização foi realizada por tipo de intervenção, sendo a coleta iniciada com pacientes do grupo intervenção. Os pacientes que atendiam aos critérios de elegibilidade eram incluídos no grupo, independentemente do estado da lesão, evitando, assim, interferência nos resultados causados por viés. Em seguida, foram coletados os pacientes do grupo controle. Os pacientes foram acompanhados por cinco semanas, com encontros duas vezes por semana, totalizando 10 aplicações (Figura 1).

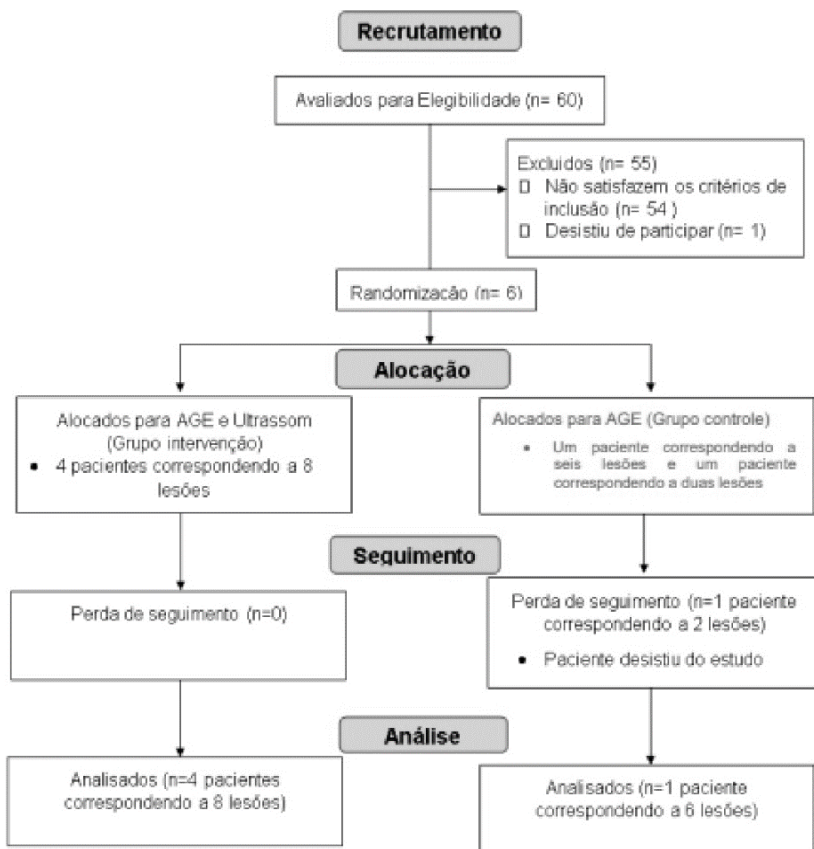


Figura 1 – Diagrama do fluxo dos participantes do estudo. Fortaleza, CE, Brasil, 2017

Fonte: Elaborada pelos autores.

Utilizou-se o ultrassom modelo Sonopulse III, da marca Ibramed. A densidade de energia aplicada foi de 0,5 W/cm². A frequência utilizada foi de 1 MHz e o ciclo de trabalho de 50%. O ultrassom foi utilizado na modalidade pulsado. Para definir o tempo de aplicação do ultrassom empregou-se a fórmula adotada pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO):

Tempo= Área/ERA. Onde “tempo” é a unidade a ser definida em minutos, “área” refere-se à área da úlcera calculada pela largura x comprimento, medidos com fita métrica antes de cada aplicação, incluindo as bordas mais distantes da lesão cutânea. “ERA” é a área de radiação efetiva, ou seja, onde há emissão de ondas sonoras, também medida com fita métrica, considerando o diâmetro do transdutor e definido em 7cm² (PONTE *et al.*, 2019).

A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2016 e junho de 2017, por meio de instrumentos produzidos pelo próprio autor que medissem as variáveis clínico-epidemiológicas e realizassem o registro do acompanhamento das intervenções. Além disso, procedeu-se ao registro fotográfico das lesões a cada intervenção, nos dois grupos.

Para a coleta de dados elaborou-se um instrumento adaptado do instrumento de consulta de enfermagem utilizado no ambulatório de cirurgia do hospital universitário que se encontra em processo de validação, que foi empregado para a coleta das variáveis basais. Foram observadas as seguintes variáveis: idade; sexo; ano de nascimento; escolaridade; situação empregatícia; ocupação; renda; auxílio doença; saneamento básico; diagnóstico médico principal; comorbidades; e medicamentos utilizados. Aspectos clínicos da lesão: tempo de lesão, recidiva e fator desencadeante; localização; área da lesão; aspectos do leito da ferida; presença de exsudação; presença de edema e dor.

Além deste, foi utilizado um instrumento para acompanhamento das intervenções. Como forma de padronização da aplicação do ultrassom de baixa frequência, foi desenvolvido um procedimento operacional padrão (Figura 2).

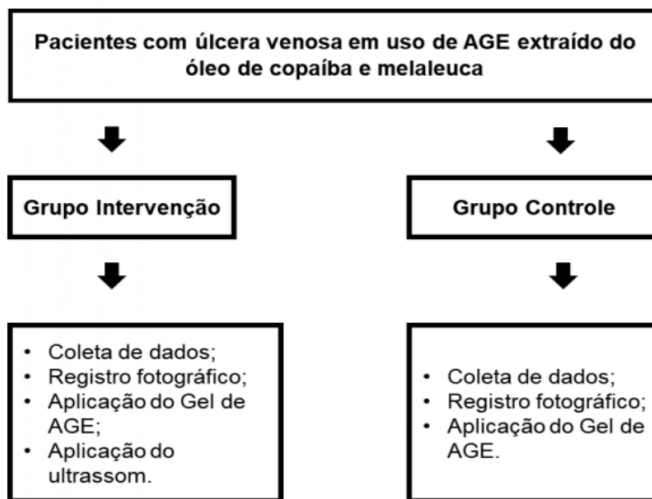


Figura 2 – Procedimento de randomização e alocação dos grupos controle e intervenção.

Fonte: Elaborada pelos autores.

A coleta foi realizada da seguinte maneira: os pacientes que atendiam aos critérios eram abordados pela equipe para apresentar a proposta e os objetivos do estudo, explicando a intervenção no grupo em que o paciente seria incluído e a necessidade de comparecimento ao ambulatório duas vezes por semana, durante cinco semanas, enfatizando a importância da assiduidade e do registro fotográfico das lesões. Caso o paciente manifestasse interesse em participar do estudo, os pesquisadores entregavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ressaltando os aspectos éticos da pesquisa.

Assim, era realizado o registro fotográfico, a limpeza da úlcera com soro fisiológico, sendo respeitados os princípios de biossegurança e, em seguida, aplicada uma fina camada de gel de ácido graxo

essencial, extraído do óleo de copaíba e melaleuca.

De acordo com o protocolo do estudo utilizado como referência, nos pacientes alocados no grupo intervenção (GI) foi aplicado o gel de AGE extraído do óleo de copaíba e melaleuca, seguido da aplicação do ultrassom de baixa frequência; e nos pacientes alocados no grupo controle (GC), foi realizado o curativo com AGE em gel, extraído do óleo copaíba e melaleuca. O protocolo utilizado preconizava a mensuração da lesão em cm^2 , dividida pelo tamanho do transdutor do aparelho de ultrassom utilizado para calcular o tempo, em minutos, para aplicação. Essa mensuração da lesão era realizada a cada aplicação devido ao aumento ou à redução da área da ferida. Dessa forma a densidade de energia aplicada foi de $0,5 \text{ W/cm}^2$ e a frequência utilizada foi de 1 MHz e ciclo de trabalho de 50%. O ultrassom foi utilizado na modalidade pulsado, em decorrência dos efeitos sobre a cicatrização da lesão (FERREIRA, 2014).

Após a coleta dos dados selecionaram-se as fotos do 1º, 4º, 6º e 10º dias de aplicação para realização da análise dos dados. Os dados foram analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences*, adotando nível de significância de 5%, submetidos ao teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e expressos em forma de média e erro padrão da média, para identificar dados com distribuição anormal ou normal e, a partir disto, definir o uso dos testes (não paramétricos ou paramétricos). As variáveis: média da área, de redução da área e de fechamento das úlceras, comparadas entre os grupos controle e intervenção, mediante testes de Análise de Variância (ANOVA) medidas repetidas e Bonferroni. A porcentagem de tecido de granulação e esfacelo foi comparada entre os grupos controle e intervenção, por

intermédio dos testes ANOVA para medidas repetidas, Bonferroni (Média \pm Erro padrão da média); dor e o exsudato foram analisados pelo teste de Friedman e Dunn.

O estudo foi aprovado pela Rede Brasileira de Ensaio Clínico, sob o parecer REBEC U1111-1197-7164. Foi desenvolvido baseado em protocolo de aplicação de ultrassom de baixa intensidade, realizado por pesquisadores da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (DOLIBOG *et al.*, 2018), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (nº do parecer 1.847.156/2016).

3 RESULTADOS

Após a avaliação incluíram-se 14 lesões no estudo. No grupo controle alocaram-se seis lesões; e no grupo intervenção, oito lesões. Durante o estudo um paciente com duas lesões desistiu de participar, sendo assim o total da amostra foi de cinco pacientes, alocados um no grupo controle, com seis lesões e diagnóstico médico principal de insuficiência venosa; e quatro pacientes no grupo intervenção, com o total de oito lesões, todos com diagnóstico médico principal de úlceras venosas, os quais não apresentavam condições como hipertensão, diabetes, distúrbios de coagulação nefro e cardiopatias. Apenas um paciente apresentava dislipidemia controlada.

A participante do grupo controle tinha 69 anos, era do sexo feminino, não tabagista, ex-etilista (parou havia 28 anos) não apresentava comorbidades. Viúva, baixa escolaridade, católica e aposentada, recebia auxílio doença, tendo como renda entre um e dois

salários mínimos. Possuía saneamento básico na residência.

Os pacientes do grupo intervenção tinham idades superiores a 60 anos (média 76,5 anos), dois pacientes eram do sexo feminino e dois, do sexo masculino. Todos consideravam-se pardos. Apenas um paciente apresentou a dislipidemia como comorbidade. Os pacientes possuíam baixa escolaridade. Em sua maioria, católicos (75,0%). Nenhum paciente desenvolvia atividades laborais; um paciente era pensionista (25,0%); dois estavam aposentados (50,0%); e um paciente estava afastado do trabalho (25,0%). Tanto a aposentadoria quanto o afastamento foram pela incapacitação causada pela úlcera venosa. Desta forma, a maioria deles recebiam auxílio doença, com renda de um a dois salários mínimos, sendo a principal fonte de renda da casa.

Em relação às lesões, no grupo controle alocaram-se seis UV com tempo médio de três meses, sendo todas recidivas, desencadeadas de forma espontânea. No que concerne à área das úlceras, esse grupo apresentou média de 7,46 cm², em que a menor média foi de 2,3 cm², e a maior, 13,5 cm². No grupo intervenção determinaram-se oito lesões com tempo médio de 106,3 meses, em que a maioria (62,5%) nunca teve cicatrização completa; e 37,5% eram lesões recidivadas, desencadeadas de forma espontânea.

No que diz respeito às áreas das úlceras, observou-se redução média de área estatisticamente significativa no grupo intervenção, a partir da terceira aplicação, com redução no terceiro, sexto e décimo dia. No grupo controle constatou-se redução média de área estatisticamente significativa a partir da sexta aplicação, com diminuição no sexto e décimo dia. A partir da redução significativa da média de área de úlcera do grupo intervenção ($- 16,92 \pm 14,76$), em

relação ao grupo controle ($-2,82 \pm 0,70$), o efeito de Cohen (Cohen's d) estimado foi 1,35 (efeito forte) e o coeficiente do tamanho do efeito de Cohen foi de 0,56 (moderado), respectivamente, para o GI e GC. Quanto à média de fechamento ou cicatrização das UV, os dois grupos apresentaram aumento na porcentagem, tendo o grupo intervenção média de 24,0% (erro padrão da média 11,31), e o grupo controle, 34,1% (erro padrão da média 9,09).

Quanto aos tipos de tecidos presentes nas úlceras, o GI apresentou redução na porcentagem de esfacelo de 7,5%, porém esse aumento não se mostrou estatisticamente significativo. Observou-se acréscimo da porcentagem de tecido de granulação de 8,75%, que não se mostrou estatisticamente significativo. O GC apresentou prevalência de granulação em relação ao esfacelo, com média de 96,67% e 3,33%, respectivamente, no primeiro dia. No decorrer do acompanhamento observou-se diminuição do tecido de granulação de 6,67% e aumento de 6,67% de esfacelo. Com relação à dor, no GI a maioria apresentava dor intensa (62,5%), os demais apresentavam dor moderada. Após aplicação do ultrassom e ácido graxo essencial a partir do quinto dia houve redução significativa dos escores de dor. No GC, a dor era ausente em todas as lesões e não manifestou variação significativa de escore na escala visual analógica de dor (Tabela 2).

Tabela 1 – Média da área, de redução da área e de fechamento das úlceras do grupo intervenção, comparado ao grupo controle. Fortaleza, CE, Brasil, 2017

Dia	Área de úlcera (média ±EPM)		Área de úlcera (média ±EPM)		Fechamento da ferida (%) (média ±EPM)	
	GI	GC	GI	GC	GI	GC
1	161,95±75,59	7,45 ±1,68	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00
4	155,55±76,11*	5,64±1,27	-6,39±4,83*	-1,81±0,44	19,20±9,03	22,47±4,38
6	150,69±76,60*	5,29±1,18*	-11,27±10,67*	-2,17±0,52*	21,76±10,34*	27,10±4,41*
10	145,01±77,50*	4,63±1,11*	-16,92±14,76*	-2,82±0,70*	24,04±11,31*	34,13±9,09*
p [†]	0,003	<0,001	0,003	<0,001	0,002	<0,001

*p<0,05 versus dia 01; [†]ANOVA para medidas repetidas/Bonferroni (média ±EPM); EPM: Erro Padrão da Média; GI: Grupo Intervenção; GC: Grupo Controle.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 2 – Comparação da porcentagem de tecido de granulação, esfacelo e dor entre os grupos controle e intervenção. Fortaleza, CE, Brasil, 2017

Dia	Tecido de granulação (%)		Esfacelo (%)		Dor (0-10)		Exsudato	
	(média ±EPM)		(média ±EPM)		(média ±EPM)		(Mediana)	
	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC
1	73,75 ±11,05	96,67 ±3,33	26,25 ±11,05	3,33 ±3,33	8,00 ±1,02	0,00 ±0,00	2 (0-3)	0 (0-1)
4	80,00 ±9,31	91,67 ±4,01	20,00 ±9,31	8,33 ±4,01	5,12 ±1,02	0,00 ±0,00	1,5 (0-3)‡	0,5 (0-1)
6	78,12 ±8,67	88,33 ±6,54*	21,87 ±8,66	11,67 ±6,54*	4,62 ±1,03†	0,00 ±0,00	1,5 (0-3)‡	0,5 (0-1)
10	82,50 ±8,40	90,00 ±5,16*	18,75 ±8,33	10,00 ±5,17*	3,25 ±0,90†	0,00 ±0,00	1,5 (0-3)‡	0,5 (0-1)
p‡	0,988	0,035	0,401	0,036	<0,001	1,000	0,004	0,437

GI: Grupo Intervenção; GC: Grupo Controle *p<0,05 *versus* dia 01, ANOVA para medidas repetidas/Bonferroni (Média±EPM); †p<0,05 *versus* dia 01, Teste de Friedman/Dunn (Média±EPM). EPM – Erro padrão da média. ‡p<0,005 *versus* dia 1, Mediana (Mínima – Máxima)

Fonte: Elaborada pelos autores.

4 DISCUSSÃO

A realização de estudos utilizando tecnologias inovadoras para a prática da enfermagem é de grande importância, pois além de fortalecê-la enquanto ciência e fomentar o cuidado baseado em evidências, fornece subsídios para que enfermeiros possam avaliar a funcionalidade da tecnologia observando aspectos como redução da área, diminuição do tempo de cicatrização nas fases proliferativa e maturacional, melhora da qualidade de vida do paciente e, conseqüentemente, menor custo-benefício para a instituição.

Neste estudo o ultrassom potencializou outras funções, conforme observado nos resultados, como induzir a redução da área da úlcera mais rapidamente, quando comparado ao tratamento isolado com ácido graxo essencial. Além disso, as aplicações apresentaram potenciais efeitos, a partir da terceira aplicação, ou seja, na segunda semana de uso. Em busca na literatura encontraram-se poucos estudos com metodologia semelhante à do estudo em questão, tendo variação na modalidade adotada e periodicidade de aplicação do ultrassom (CULLUM; LIU, 2017).

Em contrapartida, mesmo não utilizando a mesma metodologia, encontraram-se estudos com resultados semelhantes afirmando que o ultrassom na categoria de baixa frequência e na modalidade sem contato promove a diminuição estatisticamente significativa da área da úlcera (redução média de 68% da área de ulceração), como também importante redução da dor por meio do mecanismo anti-inflamatório (DOLIBOG *et al.*, 2018; XU *et al.*, 2021; RASTOGI; BHANSALI; RAMACHANDRAN, 2019;

CHANG; PERRY; CROSS, 2017). Outro estudo constatou que os pacientes que usaram ácido graxo essencial associado no tratamento obtiveram redução de até 6,5% da área da ferida, inicialmente profunda e com mais de dois anos de surgimento (PONTE *et al.*, 2019).

Aspecto que se torna relevante para a obtenção de resultados efetivos e eficazes na cicatrização de úlceras venosas crônicas é o tempo de aplicação. Evidências literárias que buscaram comparar tais efetivos consideram que o tempo reduzido de aplicação do ultrassom por 15 minutos, quando comparado ao tempo por até 45 minutos, é mais efetivo (CHANG; PERRY; CROSS, 2017; BAJPAI *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2020).

Outro aspecto evidenciado neste estudo foi a redução significativa da dor no grupo intervenção, apesar de apenas os pacientes do grupo intervenção apresentarem dor na região das lesões. Alguns estudos apontam a diminuição da dor associada à utilização do ultrassom de baixa frequência; a ação analgésica pode durar até 48 horas após a aplicação dessa terapêutica. No presente estudo, em que a maioria possuía dor intensa, foi observada uma diminuição importante e estatisticamente significativa após aplicações de ultrassom associado ao ácido graxo essencial (SILVA *et al.*, 2020).

As lesões do grupo controle do presente estudo, em maioria, não possuíam exsudação. Em contrapartida, percebeu-se, de forma abundante, na maioria das lesões do grupo intervenção. Exsudato é um fator fisiológico comum na úlcera venosa, e quando associado à secreção purulenta está relacionado à presença de infecção. Além do exsudato, a úlcera venosa também está relacionada a outras

manifestações clínicas como dor, edema, coceira, hiperpigmentação e difícil cicatrização, desencadeadas pela desregulação micro e macrocirculatória venosa, interferindo diretamente na qualidade de vida do paciente. A associação do ultrassom de baixa intensidade e a utilização de ácidos graxos essenciais além de ser bastante eficaz na redução da dor, estudos demonstram a sua utilização com êxito no controle do exsudato, controle do biofilme e regeneração, pois a ação provocada por meio do microfluxo desenvolve o efeito fisiológico de angiogênese desejado, promovendo uma melhor cicatrização e melhoria na qualidade de vida (PONTE *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2017; MORORÓ *et al.*, 2020; CRAWFORD *et al.*, 2017).

Diante do impacto na condição socioeconômica e na qualidade de vida resultante do estado crônico e das características das úlceras venosas, como também da difícil cicatrização destas, reconhece-se a necessidade da realização de mais estudos para elucidação da fisiopatologia e dos fatores de risco associados às novas terapêuticas. No presente estudo verificou-se a eficiência do ultrassom como adjuvante no tratamento de úlcera venosa, em relação ao tratamento padrão utilizado no referido serviço, com base na maior redução estatisticamente significativa da área ulcerada, em relação ao grupo controle (SOUZA *et al.*, 2017).

Dessa forma, apesar dos resultados advindos deste estudo, infere-se que a melhor periodicidade para aplicação do ultrassom é de duas vezes por semana, tendo em vista que representa redução de custo ambulatorial/hospitalar com curativos, quando comparada com as aplicações de três vezes por semana. Destaca-se, também, a escassez de estudos do tipo ensaio clínico, com parâmetros estatisticamente

significantes, quando utilizado semanalmente.

Compreende-se como limitações deste estudo a capacidade de generalização reduzida e a associação causal que não pôde ser feita de maneira tão segura. Atesta-se ainda como restrição da pesquisa o controle único, o qual demonstra singularidade que pode influenciar o comportamento das variáveis avaliadas. O tempo de realização do estudo e a quantidade de aplicações também foram fatores limitantes, pois não foi possível a observação da cicatrização total das lesões. Deste modo, a realização de seguimento para identificar fatores como recorrência das lesões e retorno às atividades laborais e de vida diárias são necessários.

Este estudo poderá contribuir com a visibilidade de práticas avançadas no manejo de feridas de difícil cicatrização, bem como atestar novas evidências sobre a respectiva terapêutica no tocante ao uso do ultrassom de baixa intensidade associado aos ácidos graxos essenciais na aceleração do processo de cicatrização de úlcera venosa.

5 CONCLUSÃO

Verificou-se que a aplicação do ultrassom associado aos ácidos graxos essenciais induz à redução da área da úlcera venosa mais rapidamente, quando comparada ao tratamento com os referidos ácidos.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, K. K. C. *et al.* **Caracterização das terapias adjuvantes utilizadas por enfermeiros no tratamento de úlcera varicosas.** 2022. 14 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário de Várzea Grande, Várzea Grande, MG, 2022. Disponível em: <https://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/enf/article/view/1523/1446>. Acesso em: 15 jun. 2023.
- ATKIN, L. B. Z. *et al.* Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. **J Wound Care.**, [s.l.], v. 23, n. 3a, p. 1-50, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1>. Acesso em: 15 fev. 2023.
- BAJPAI, A. *et al.* Effects of Non-thermal, non-cavitation ultrasound exposure on human diabetic ulcer healing and inflammatory gene expression in a pilot study. **Ultrasound Med Biol.**, [s.l.], v. 44, n. 9, p. 2043-2049, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ultrasmedbio.2018.05.011>. Acesso em: 15 fev. 2023.
- CHANG, Y-JR.; PERRY, J.; CROSS, K. Low-frequency ultrasound debridement in chronic wound healing: a systematic review of current evidence. **Plast Surg.**, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 21-26, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2292550317693813>. Acesso em: 15 fev. 2023.
- CRAWFORD, J. M. *et al.* Pathophysiology of venous ulceration. **J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.**, [s.l.], v. 5, n. 4, p. 596-605, mar. 2017 Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.semvascsurg.2015.07.003>. Acesso em: 15 fev. 2023.
- CULLUM, N.; LIU, Z. Therapeutic ultrasound for venous leg ulcers. **Cochrane Database Sys Rev.**, [s.l.], v. 5, n. 5, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001180.pub4>. Acesso em: 15 fev. 2023.
- DOLIBOG, P. *et al.* Comparison of ultrasound therapy and radial

shock wave therapy in the treatment of venous leg ulcers - clinical, pilot study. **Postepy Dermatol Alergol**, [s.l.], v. 35, n. 5, p. 434-461, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5114%2Fada.2018.79191>. Acesso em: 15 fev. 2023.

FERREIRA, A. S. Ultrassom terapêutico em feridas. *In*: MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T. (org.). **Curativos, estomias e dermatologia**: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari, 2014. p. 311-328.

FERREIRA, S. *et al.* Fatores intervenientes no cuidado à pessoa com úlcera venosa, sob a ótica de familiares. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 11, n. 1, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2428/701>. Acesso em: 15 fev. 2023.

GUEST, J. F.; FULLER, G.W.; VOWDEN, P. Venous leg ulcer management in clinical practice in the UK: costs and outcomes. **International wound journal**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 29-37, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7950152/>. Acesso em: 15 fev. 2023.

MORORÓ, D. G. A. *et al.* Ultrassom terapêutico associado a óleos essenciais de copaíba e melaleuca na cicatrização de lesões de pele. **Braz J Enterostomal Ther.**, [s.l.], v. 18, e3320, jan./dez. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1148212>. Acesso em: 15 fev. 2023.

NORMAN, G. *et al.* Dressings and topical agents for treating venous leg ulcers. **Cochrane Database Sys Rev.**, [s.l.], v. 6, n. 6, jun. 2018. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012583.pub2/full>. Acesso em: 15 fev. 2023.

PINHEIRO, L.S. *et al.* Cotidiano de homens com úlcera de perna em uso de bota de unna. **Enferm. Foco**, Brasília, DF, v. 11, n. 6, p. 165-171, abr. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3433/1084>. Acesso em: 15 fev. 2023.

PONTE, V. A. *et al.* Assessment of the effects of low-frequency ultrasound irradiation applied to venous ulcer treatment. **J Res Fundam Care Online**, [s.l.], v. 11, n. 5, p. 1219-1225, out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1219-1225>. Acesso em: 15 fev. 2023.

RASTOGI, A.; BHANSALI, A.; RAMACHANDRAN, S. Efficacy and safety of low-frequency, noncontact airborne ultrasound therapy (Glybetac) for neuropathic diabetic foot ulcers: a randomized, double-blind, sham-control study. **Int J Lower Extremity Wounds**. [s.l.], v. 18, n. 1, p. 81-88, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1534734619832738>. Acesso em: 15 fev. 2023.

ROCHA, H. D. C. A. *et al.* Dermato functional physiotherapy for buttocks with cellulite: the importance of phonophoresis. **Fisioter Brasil**, [s.l.], v. 19, n. 5, p. 666-673, dez. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1280928>. Acesso em: 15 fev. 2023.

SILVA, A. S. J. *et al.* Manejo da dor e ação do ultrassom de baixa frequência. **Rev Recien.**, [s.l.], v. 10, n. 30, p. 88-97, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.30.88-97>. Acesso em: 15 fev. 2023.

SOUZA, A. J. G. *et al.* Self-esteem of people with venous ulcers. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 18, n. 5, p. 569-576, nov. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000500002>. Acesso em: 15 fev. 2023.

VIEIRA, I. C.; FRANZOI, M. A. Cuidar de lesão crônica: saberes e práticas de pessoas com úlcera venosa. **Enferm Foco**, Brasília, DF, v. 12, n. 3, p. 454-60, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3515/1187>. Acesso em: 15 fev. 2023.

XU, M. *et al.* Review on experimental study and clinical application of low-intensity pulsed ultrasound in inflammation. **Quant Imaging Med Surg**. [s.l.], v. 11, n. 1, p. 443-463, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21037/qims-20-680>. Acesso em: 15 fev. 2023.

Intervenção educativa como estratégia para a promoção da resiliência em adolescentes

14

Maria Isabelly Fernandes da Costa¹

Regina Kelly Guimarães Gomes Campos²

Kirley Kethellen Batista Mesquita³

Miguel Henrique da Silva dos Santos⁴

Patrícia Neyva da Costa Pinheiro⁵

Adriana Gomes Nogueira Ferreira⁶

¹ Enfermeira. Doutorado em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

² Enfermeira. Doutoranda em enfermagem pela UFC.

³ Enfermeira. Mestranda em enfermagem pela UFC.

⁴ Enfermeiro. Doutorando em saúde coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Mestrado em enfermagem pela UFC.

⁵ Professora associada do curso de Enfermagem da UFC. Enfermeira, Mestre e Doutora em enfermagem pela UFC. Pós-doutorado em Global Community Health and Behavioral Sciences pela Tulane University - USA. Bolsista de Produtividade em Pesquisa, Nível 1, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

⁶ Professora assistente do curso de enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia (PPGST) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Enfermagem Obstétrica, Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela UVA. Mestre e doutora em Enfermagem pela UFC.

RESUMO

A enfermagem desempenha um importante papel garantindo o autocuidado de maneira que se mantenha uma boa qualidade de vida. Influencia a tomada de decisões e o desenvolvimento de mecanismos que contribuem para o processo de construção da resiliência. O presente estudo tem como objetivo identificar como as intervenções educativas auxiliam a construção e o desenvolvimento da resiliência em adolescentes vulneráveis. Trata-se de um estudo de intervenção realizado de abril a dezembro de 2019, em três escolas públicas no município de Fortaleza-CE, com 128 adolescentes entre 13 e 19 anos, em situação de vulnerabilidade. A intervenção educativa foi realizada com base no programa de promoção da resiliência “Ultrapassar adversidades e vencer desafios”, desenvolvido em Portugal por Simões *et al.* (2010). Utilizou-se a codificação através do *software* WebQDA em que foram definidos blocos temáticos onde foi possível identificar que o ambiente social em que os adolescentes estão inseridos, em sua grande maioria conflituosos, sem abertura para o diálogo, prejudica os mecanismos de desenvolvimento da resiliência. Os resultados do estudo evidenciam que as intervenções educativas são capazes de promover a resiliência de adolescentes em situação de vulnerabilidade. Espera-se que os resultados possam sensibilizar as equipes multiprofissionais para a atuação com esse público.

Palavras-Chave: Enfermagem. Adolescente. Promoção da Saúde. Resiliência. Intervenção Educativa.

1 INTRODUÇÃO

A educação em saúde tem como uma das principais finalidades prevenir doenças e agravos nos diversos níveis de complexidade que envolvem o processo saúde-doença. É compreendida como um processo teórico-prático que integra diversos saberes possibilitando que os indivíduos desenvolvam uma visão crítica acerca da produção do seu cuidado e da sua saúde, principalmente o público adolescente (FOLHA; MONTEIRO, 2017).

A adolescência constitui-se como uma etapa da vida em que o indivíduo vivencia inúmeras transformações, tanto nos aspectos biológicos quanto psicológicos, sociais e emocionais. Não existe ainda um consenso quanto à faixa etária que determina esse período tão complexo da vida. No entanto, as peculiaridades comuns dessa fase tornam o adolescente suscetível a situações de risco, além de muitas vezes ser vista como uma fase negativa, permeada por inúmeras vulnerabilidades (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2017).

No contexto da enfermagem o cuidado educativo tem utilizado ferramentas que favorecem a mediação de processos de ensino-aprendizagem tanto para a comunidade como para a educação permanente de profissionais e estudantes da saúde (SILVA; BODSTEIN, 2018). De uma forma geral as estratégias de ensino-aprendizagem adotadas nas práticas das atividades de educação em saúde tendem a ser desenvolvidas de maneira lúdica, com interação e participação ativa entre os envolvidos, sendo um momento de encontro e produção de aprendizagem para todos os participantes, pois desenvolvem as atitudes e competências básicas para uma

aprendizagem efetiva, possibilitando uma dinâmica de construção e reconstrução de conhecimentos, valorizando o conhecimento popular acerca de determinada situação (RIZO *et al.*, 2017).

A enfermagem desempenha um importante papel garantindo o autocuidado, de maneira que se mantenha uma boa qualidade de vida. Influencia a tomada de decisões e o desenvolvimento de mecanismos que contribuem para o processo de construção da resiliência (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2017). A resiliência surge, então, como uma estratégia, habilidade válida e de competência para enfrentar as adversidades da vida, permitindo ferramentas capazes de superar, adaptar-se, recuperar-se, e ser transformado por elas, participando de uma vida ativa e promissora (RAMOS *et al.*, 2018).

Caracterizada pela capacidade do ser humano de responder às demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das adversidades que enfrenta ao longo de seu ciclo vital de desenvolvimento, a resiliência é o resultando da combinação dos atributos do indivíduo e do seu ambiente familiar, social e cultural (ARANTES; SOUSA; ALMEIDA, 2016). A promoção da resiliência por meio da enfermagem é importante, uma vez que através da instrumentalização de profissionais enfermeiros para a capacitação e formação de equipes é possível criar estratégias que identifiquem os fatores resilientes do público com que se trabalha. Assim, a enfermagem exerce influência na adesão ao plano de cuidados e favorece o enfrentamento à adversidade vivenciada (WHITSON *et al.*, 2016).

Na adolescência, a resiliência tem se mostrado importante no desenvolvimento de habilidades. Os adolescentes que são considerados mais resilientes conseguem lidar com mais facilidade com os

problemas, adaptando-se às situações difíceis, tornando-se mais fortes, mesmo que estejam em contexto de vulnerabilidade e situação de pobreza (GUILERA *et al.*, 2015).

Dessa forma, os programas de intervenção têm sido uma ferramenta amplamente utilizada na aprendizagem mediada, principalmente com o público adolescente, uma vez que associam às respostas relacionadas às necessidades do bem-estar do indivíduo, apresentando resultados positivos em diferentes áreas, como a prevenção e o controle do estresse. O presente estudo tem como objetivo identificar como as intervenções educativas auxiliam a construção e o desenvolvimento da resiliência em adolescentes vulneráveis.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de intervenção realizado de abril a dezembro de 2019 em três escolas públicas no município de Fortaleza-CE, com 128 adolescentes entre 13 e 19 anos, com frequência mínima de 75% nas aulas e em situação de vulnerabilidade. Foram considerados adolescentes em situação de vulnerabilidade aqueles beneficiários do Programa Bolsa Família pertencente ao Governo federal de transferência direta de renda às famílias em situação de pobreza/vulnerabilidade social (R\$170,00 por pessoa), ou de extrema pobreza (renda de até R\$85,00 por pessoa), com a finalidade de promover seu acesso aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza (BRASIL, 2015).

Para a distribuição dos alunos entre as escolas foi realizada a

amostragem aleatória estratificada proporcional, conforme o número de alunos existentes em cada escola. O tamanho de cada estrato foi determinado da seguinte maneira:

Em que:

n_i = tamanho amostral do estrato i ;

N_i = tamanho populacional do estrato i ;

N = tamanho da população.

Em seguida realizou-se o sorteio aleatório sistemático para a escolha dos alunos que fariam parte da pesquisa de cada classe estudada em cada escola. Ordenou-se os alunos e calculou-se $c = N/n$, onde N é o número de indivíduos da população, e n é o tamanho da amostra. Escolheu-se ao acaso o número “a”, compreendido entre 1 e c , no qual “a” será o primeiro indivíduo a ser selecionado, os seguintes serão: $a+c$, $a+2c$, $a+3c$, ... até n (BISQUERRA; SARRIERA; MATÍNEZ, 2009).

A intervenção educativa foi realizada com base no programa de promoção da resiliência “Ultrapassar adversidades e vencer desafios”, desenvolvido em Portugal por Simões *et al.* (2010), que tem como principal finalidade a promoção de competências pessoais e sociais que auxiliam no desenvolvimento de mecanismos para o desenvolvimento da resiliência (SIMÕES *et al.*, 2010).

Na base do programa encontra-se o Modelo Conceitual da Resiliência e Desenvolvimento na Adolescência de Bernard (INSTITUTE OF EDUCATION SCIENCES, 2007) que descreve a interação entre vários fatores de resiliência como os recursos ambientais e os recursos internos (SIMÕES *et al.*, 2010). De acordo com o modelo, os recursos ambientais, disponíveis no contexto de vida do indivíduo, promovem resultados positivos em várias áreas como saúde, escola,

família, dentre outros, reduzindo os comportamentos de riscos que comprometam um desenvolvimento positivo. Já os recursos internos possibilitam ao indivíduo reflexões quanto à mudança de comportamento, autorreflexão do ser e da vida, favorecendo a tomada de decisão, empoderando-os e influenciando-os no desenvolvimento da resiliência (SIMÕES *et al.*, 2010).

No modelo de Bernad os recursos ambientais promovem o desenvolvimento de recursos internos como a cooperação e a comunicação, a empatia, a capacidade para resolver problemas, a autoeficácia, o autoconhecimento, os objetivos, as aspirações e a autoestima, enquanto a resolução de problemas relaciona-se ao pensamento crítico, importante para avaliar os riscos e manter as relações mais saudáveis (SIMÕES *et al.*, 2010).

A captação dos participantes foi realizada presencialmente em cada escola. Durante as intervenções foi utilizada a observação assistemática que consiste em uma técnica de recolher e registrar os fatos da realidade, durante as intervenções educativas, sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou precise fazer perguntas diretas (MARCONI; LAKATOS, 2017). Para o apoio das análises qualitativas foi utilizado o Qualitative Data Analysis software-WebQDA. Esse software permite a edição, visualização e interligação de vários documentos, em um mesmo ambiente colaborativo e funciona na web, permitindo acesso da ferramenta de forma simultânea em mais de um ponto de internet (COSTA; FARIA; REIS, 2016).

A análise iniciou-se após a leitura exaustiva dos diários de campo das intervenções, e em seguida os arquivos com os textos foram inseridos no sistema de fontes do software. Após inseridos os diários de

campo foram selecionadas palavras ou conjunto de palavras para designar os códigos árvores, nos quais foi gerado uma coluna de referência evidenciando os códigos criados e os trechos do texto codificados.

Em seguida foi utilizado o sistema de questionamento dos dados, composto pelas funções: “palavras mais frequentes”, “pesquisa de texto”, “matrizes”, e “pesquisa de código”. Nesta pesquisa utilizaram-se duas funcionalidades: as matrizes e as palavras mais frequentes que permitiram formular perguntas orientadas. Para a funcionalidade da matriz, a pergunta orientada foi: Qual é a relação entre a situação de pobreza dos adolescentes e os recursos internos, expectativas elevadas e ligações afetivas?

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, por meio da Plataforma Brasil, obtendo parecer favorável sob o nº 1.615.672. Todos os adolescentes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo e somente foram incluídos após concordarem em participar de forma voluntária e assinarem os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento (TA).

3 RESULTADOS

Participaram 128 adolescentes das intervenções educativas nas escolas. Para auxiliar nas análises das intervenções utilizou-se a codificação através do *software* WebQDA em que foram definidos blocos temáticos. Através das intervenções foi possível identificar que o ambiente social de convívio dos adolescentes, em sua grande maioria

conflituosos, sem abertura para o diálogo, prejudica os mecanismos de desenvolvimento da resiliência, como a dificuldade de expressar sentimentos. A falta de empatia e capacidade de resolução de problemas foi evidenciado pelos adolescentes como algo que os incomodava bastante, pois à medida que “o não se colocar no lugar do outro”, além de afastar as relações, gera situações conflituosas.

3.1 Redes sociais e de apoio: o conviver e a sua influência nas relações e nos conflitos na adolescência

Os principais conflitos familiares identificados relacionam-se a uma má relação com as mães e seus companheiros, que na maioria dos casos residem com o adolescente, dificultando o diálogo familiar.

[...] Lá em casa é bem difícil conversar com meus pais, eles não param para me ouvir, e fica chato [...]. (Aluno 51, 17 anos).

[...] Eu prefiro nem falar nada, porque se eu falar eles vão dizer que é besteira, e isso é muito chato [...]. (Aluno 14, 15 anos).

[...] É difícil conversar com duas pessoas que só brigam, além do mais, tudo que a gente fala é coisa de adolescente [...]. (Aluno 27, 14 anos).

[...] Eu já vi o namorado da minha mãe com a minha irmã mais velha, e ele falou que se uma das duas contasse alguma coisa ninguém acreditaria. Eu já tentei contar a minha avó, mas na hora sempre fico com medo e não conto [...]. (Aluno 32, 16 anos).

[...] Minha prima uma vez foi assediada, ela falou para minha tia, mas nem ela e nem ninguém

acreditou. Eu acredito nela, mas quem deveria acreditar era a mãe dela [...] (Aluno 57, 18 anos).

No ambiente escolar os conflitos perpassam entre os pares, professores e direção escolar. Os alunos possuem dificuldades de se relacionar com os colegas e com alguns professores e coordenadores; há relatos de negligência da direção a denúncias de assédio sexual e violência psicológica cometidas por professores; discriminação relacionada à orientação sexual; flexibilização de oportunidades e benefícios para alguns alunos:

[...] Aqui acontece agressão psicológica todos os dias, e ninguém faz nada, eu acho isso triste, mas não podemos fazer nada [...] (Aluno 15, 14 anos).

[...] Eu mesma já vi professores do terceiro ano fazendo pressão psicológica com alguns alunos que iam começar os estágios [...] (Aluno 49, 15 anos).

[...] Aqui tia, os professores e os coordenadores não respeitam os alunos e todo mundo sabe [...] (Aluno 81, 16 anos).

[...] Eu e mais uma amiga fomos vítimas de assédio por dois professores, o de inglês e o de matemática, já falamos com a direção, mas mesmo assim eles não fizeram nada [...] (Aluno 32, 16 anos).

[...] Nessa escola eu nunca vi, mas na minha antiga todo mundo falava que o coordenador assediava as meninas do 9º ano [...] (Aluno 44, 15 anos).

[...] Eu não gosto de tirar dúvidas sozinhas com os professores, ninguém sabe o que pode acontecer né [...] (Aluno 77, 15 anos).

Quanto aos pares, os principais conflitos relacionam-se a disputa de melhores desempenhos escolares, melhores turmas e melhores trabalhos desempenhados em atividades culturais; discriminação sexual; seletividade grupal; e dificuldade de adaptação a uma escola nova.

[...] Eu já vi isso acontecer aqui na escola, não foi comigo, mas foi com uma novata que tinha problemas na cabeça. As pessoas não queriam que ela ficasse nos grupos, pois quando as atividades valiam notas, acabavam perdendo nota por conta dela [...]. (Aluno 1, 16 anos).

[...] Eu acho que isso não deveria acontecer com ninguém, mas eu já vi isso acontecer aqui na escola várias vezes, e não é só por parte dos alunos não, é dos professores e dos coordenadores também... triste [...]. (Aluno 2, 14 anos).

[...] Aqui na escola é muito difícil, pois existe uma rivalidade muito grande entre as turmas, principalmente os do terceiro ano, eles possuem mais privilégios dos que os outros em quase tudo [...]. (Aluno 22, 14 anos).

Quando questionados como lidam com essas situações, a maioria relata que é difícil por não saberem ao certo o que devem fazer, e que muitas vezes preferem se adaptar à situação a entrar em conflitos externos. Outros relatam que, por vezes, preferem enfrentar o problema sem pensar nas consequências. Todas as intervenções foram pautadas em discussões dialogadas e no respeito, no saber ouvir e refletir, em que temas importantes emergiram como: discriminação quanto à orientação sexual; negligência relacionada a assédio sexual vivenciado tanto no

ambiente familiar como no escolar; depressão; suicídio; violência psicológica; e expectativas de um futuro melhor. Ressalta-se que quando os adolescentes se percebiam como sujeitos da ação, sendo sensibilizados a partir de atitudes reflexivas, de críticas e diálogos, eles se apresentavam com um olhar diferenciado de vida e de mundo.

4 DISCUSSÃO

O ambiente familiar, seguido do ambiente escolar, apresentaram-se como os principais lugares onde acontecem as rupturas. No presente estudo as principais rupturas foram relacionadas às más relações com as mães e/ou companheiros; na escola, com alguns professores e diretores, sendo o assédio sexual e a violência psicológica os principais conflitos; com os amigos/pares prevaleceram a discriminação devido à orientação sexual e a disputa por melhores desempenhos.

De uma forma geral, a fase da adolescência, por ser caracterizada como uma transição da infância para a vida adulta, requer um olhar diferenciado, pois além de os adolescentes vivenciarem transformações físicas, estão em busca de se entender, reconhecer, descobrir suas competências cognitivas e sociais, autonomia, autoestima e intimidade (ROMEIRO; MELCHIORI, 2017).

Neste sentido o vínculo afetivo é de extrema importância para o desenvolvimento emocional do adolescente, sendo a família e o núcleo familiar considerados as premissas desse desenvolvimento, uma vez que se entende que é dentro da família que se desenvolvem as primeiras relações afetivas e a criação de vínculos (BARBOSA;

ATUNES; PADILHA, 2016). No entanto, no presente estudo foi possível observar que os adolescentes em sua grande maioria possuíam dificuldade em dialogar com seus familiares, gerando assim um obstáculo à construção de vínculos e redes de apoio.

A construção de vínculos, por sua vez, é entendida como um laço durável que se estabelece entre uma ou mais pessoas, tornando-se um estado interno desenvolvido ao longo do tempo (FERNANDES; OLIVEIRA-MONTEIRO, 2016). É considerada, ainda, como um sinal de saúde mental e de um satisfatório desenvolvimento emocional (LIMA; AFONSO, 2016).

A família, neste sentido, é entendida como a construtora de laços afetivos que se desenvolvem no dia a dia do indivíduo, através de crenças e valores que contribuem para um bom relacionamento intrafamiliar e com os demais membros da sociedade (SOUZA; PANUNCIO-PINTO; FIORATI, 2019).

No entanto, a família vivencia diversas situações de complexidade em que novos papéis estão sendo implementados. É necessário o desenvolvimento de diferentes maneiras de se relacionar, de construir um novo relacionamento dentro de uma “nova” família, que muitas vezes é permeada por fragilidades e dificuldades que proporcionam aos adolescentes profundas transformações (FAIAL *et al.*, 2016).

As relações de amizade fazem parte de uma experiência normativa de um contexto de socialização por partilharem afetos, diálogo e cooperação, maior responsividade e estratégias mais construtivas na resolução de discordâncias (FREITAS *et al.*, 2018). Esse achado corrobora o presente estudo, em que os adolescentes

referem as amizades como algo importante e fundamental, principalmente relacionadas à construção das redes de apoio. No entanto, algumas amizades podem influenciar negativamente, levando o adolescente a se envolver com o uso de substâncias psicoativas, álcool, crime, facções (CARVALHO, 2016). O envolvimento com “amigos” que faziam parte de facções, com crimes e uso de drogas foi apontado pelos adolescentes do estudo como uma das principais consequências do envolvimento com más amizades.

É dentro do ambiente escolar que alguns adolescentes vivenciam situações conflituosas, de estresse, sendo a forma mais comum o *bullying*, que é entendido como um problema originário das instituições escolares, mas que possui uma forte relação com a violência doméstica, onde o adolescente muitas vezes também é vítima. Esse tipo de violência está associado tanto a alunos da rede pública quanto da rede privada, e a atitude de fragilidade serve como fator impulsor da agressão (GALVEZ-CUBAS *et al.*, 2015).

É necessária a utilização de estratégias educativas com adolescentes direcionadas à formação de competências, pois oportunizam ao adolescente evitar condutas que possam prejudicá-lo ao longo de sua vida, tornando-o empoderado, capaz de desenvolver sua autonomia no enfrentamento de situações de vulnerabilidade e estresse (SILVA *et al.*, 2019).

Existem diversos programas que englobam tanto contextos específicos como programas promotores de competências parentais, porém todos influenciam positivamente através do desenvolvimento de competências sociais, promoção de relações positivas, envolvimento a participação ativa na comunidade (EICKMANN *et al.*, 2016;

WEELAND *et al.*, 2017).

Dentre os principais programas destacam-se os programas universais *The Positive Youth Development Movement*; RESCUR; programas específicos para um contexto *Comic Super-Heroes e Bounce Back Program*; e programas direcionados para as famílias *The Incredible Years* (EICKMANN *et al.*, 2016). Esses programas podem e devem ser utilizados no ambiente escolar, sendo o enfermeiro o profissional que possui maior competência para agregar-se à escola e integrar a educação em saúde, com o objetivo de sensibilização do sujeito para o exercício da autonomia, tornando-o questionador dos riscos a que se expõe e mostrando as estratégias para o alcance de uma melhor qualidade de vida e um adolecer saudável (FERNANDES *et al.*, 2019).

5 CONCLUSÃO

Os resultados do estudo evidenciam que as intervenções educativas são capazes de promover a resiliência de adolescentes em situação de vulnerabilidade. Espera-se que os resultados adquiridos possam sensibilizar as equipes multiprofissionais para a atuação com esse público, não como uma forma de segregação, mas com uma atenção integrada, resguardando seus direitos, preservando sua identidade e promovendo sua saúde. Ressalta-se que as ações de promoção da resiliência e da saúde do adolescente devem ser desenvolvidas em todos os cenários e contextos em que eles estão inseridos.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, I. S.; SOUSA, I. F.; ALMEIDA, R. J. Avaliação da satisfação profissional de trabalhadores em Saúde Mental. **Espaço para a saúde**, Londrina, v. 17, n. 1, p. 92-100, jul. 2016. Disponível em:
<https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/372/12>. Acesso em: 24 abr. 2023.
- BARBOSA, V. M. C.; ANTUNES, M. C.; PADILHA, M. G. S. A reinserção familiar de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar em acolhimento institucional por medida de proteção: o abuso sexual em foco. **Bol. Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 36, n. 91, p. 286-309, 2016. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2016000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2023.
- BISQUERRA, R.; SARRIERA, J. C.; MATÍNEZ, F. **Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS**. Porto Alegre: Bookman Editora, 2009.
- BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Brasília, DF: MDS, 2015.
- CARVALHO, R. G. Gender differences in academic achievement: the mediating role of personality. **Personality and Individual Differences**, [s.l.], v. 94, p. 54-58, 2016. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886916300113>. Acesso em: 24 abr. 2023.
- COSTA, A. P.; FARIA, B. M.; REIS, L.P. Investigação qualitativa através da utilização de software: workflows metodológicos. **RISTI**, v. 19, p. 9-12, set. 2016. Disponível em:
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164698952016000300001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2023.
- EICKMANN, S. H.; EMOND, A. M.; LIMA, M. Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. **J. Pediatria**, Porto Alegre, v. 92, n. 3, 71-83, maio/jun. 2016. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572016000400071&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2023.

FAIAL, L. C. M. *et al.* Vulnerabilidades na adolescência: um campo oportuno para a prática da saúde: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 10, n. 9, p. 3473-82, set. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11430>. Acesso em: 24 abr. 2023.

FERNANDES, A. O.; OLIVEIRA-MONTEIRO, N. R. Psychological Indicators and Perceptions of Adolescents in Residential **Care**. *Paidéia*, v. 26, n. 63, p. 81-89, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2016000100081&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2023.

FERNANDES, J. R. *et al.* Educação em saúde: o papel do enfermeiro como educador em saúde no cenário de IETC. **Revista da JOPIC**, v. 2, n. 4, p. 2-10, 2019.

FOLHA, D. R. S. C.; MONTEIRO, G. S. Terapia ocupacional na atenção primária à saúde do escolar visando a inclusão escolar de crianças com dificuldades de aprendizagem. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 202-220, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/5311>. Acesso em: 24 abr. 2023.

FREITAS, M. *et al.* Qualidade da amizade na adolescência e ajustamento social no grupo de pares. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 36, n. 2, p. 219-234, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087082312018000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2023.

GALVEZ-CUBAS, G. *et al.* Bullying school in child as a result of oral health: case report. **Rev. Estomatol. Herediana**, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 152-157, abr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S101943552015000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2023.

GUILERA, G. *et al.* Assessing resilience in adolescence: The spanish adaptation of the Adolescent Resilience Questionnaire. **Health and Quality of Life Outcomes**, [s.l.], v. 13, n. 100, 2015. Disponível em:

<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0259-8>. Acesso em: 24 abr. 2023.

INSTITUTE OF EDUCATION SCIENCES. Measuring resilience and Youth development: The Psychometric Properties of health kids survey. **Rel.**, n. 34, 2007. Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=ED498459>. Acesso em: 10 set. 2023.

LIMA, L. V. T.; AFONSO, M. L. M. Acolhimento institucional de crianças e adolescentes: gestão para proteção integral e defesa da cidadania. **Revista Tecer**, Belo Horizonte, v. 9, n. 16, p. 70-82, maio 2016. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-izabela/index.php/tec/article/view/1040/763>. Acesso em: 24 abr. 2023.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

OLIVEIRA, S. R. G. P.; WENDHAUSEN, A. L. P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 129-147, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/cT8XkfzhnrXPVj66mkVzMGt/?lang=pt>. Acesso em: 24 abr. 2023.

RAMOS, C. F. V. *et al.* Práticas educativas: pesquisa-ação com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, n. 3, p. 1144-1151, maio/jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301144&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2023.

RIZIO, T. A. *et al.* Engaging primary healthcare nurses in men's health education: a pilot study. **Nurse Educ Pract.**, [s.l.], v. 17, p. 128-133, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595315002139?via%3Dihub>. Acesso em: 24 abr. 2023.

ROMEIRO, J. B.; MELCHIORI, L. E. Os vínculos afetivos de adolescentes em acolhimento institucional: permanências, expansão e rupturas. **Bol. Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 37, n. 93, p. 186-205, jul. 2017. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2017000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2023.

SILVA, C. S.; BODSTEIN, R. C. A. Referencial Teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1777-1788, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1777.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2023.

SILVA, R.P.S. *et al.* Avaliação das estratégias de educação em saúde com adolescentes. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 22, n. 2, p. 385-404, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16344>. Acesso em: 24 abr. 2023.

SIMÕES, C. *et al.* Risco e Resiliência em Adolescentes com Necessidades Educativas Especiais: Desenvolvimento de um Programa de Promoção da Resiliência na Adolescência. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 11, n. 1, p. 101-119, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36219018008>. Acesso em: 24 abr. 2023.

SOUZA, L. B.; PANUNCIO-PINTO, M. P.; FIORATI, R. C. Children and adolescents in social vulnerability: well-being, mental health and participation in education. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 27, n. 2, p. 251-269, abr./jun. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S252689102019000200251&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2023.

WEELAND, J. *et al.* Intervention Effectiveness of the Incredible Years: New Insights Into Sociodemographic and Intervention-Based Moderators. **Behavior Therapy**, [s.l.], v. 48, n. 1, p. 1-18, 2017.

WHITSON, H. E. *et al.* Physical resilience in older adults: systematic review and development of an emerging construct. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, [s.l.], v. 17, n. 71, p. 489-495, abr. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5014191/>. Acesso em: 24 abr. 2023.

Fátima Karine Apolonio Vasconcelos²

Adriana Gomes Nogueira Ferreira³

Alejandra Isabel Vargas Rivera⁴

Izaildo Tavares Luna⁵

Leonardo Hunaldo dos Santos⁶

Patrícia Neyva da Costa Pinheiro⁷

¹ Capítulo fruto da dissertação intitulada “Validação de website para adolescentes da Igreja Católica”, de autoria de Fátima Karine Apolonio Vasconcelos, sob orientação de Patrícia Neyva da Costa Pinheiro, defendida em 28 junho 2018, no Programa Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). *Link* de acesso: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/35400>

² Enfermeira, mestre em enfermagem, professora e orientadora na Escola Estadual de Educação Profissional (EEEP) Maria José Medeiros.

³ Enfermeira, doutora em enfermagem, professora assistente do Curso de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia (PPGST) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

⁴ Enfermeira, mestre em enfermagem, Clinical Research Associate para VaxTRIALS. S.A.

⁵ Enfermeiro, doutor em enfermagem, professor auxiliar no Centro Universitário Estácio do Ceará.

⁶ Licenciado em ciências biológicas, doutor em zootecnia com ênfase em melhoramento animal, professor associado do Curso de Enfermagem e Licenciatura em Ciências Naturais (LCN)-Biologia, e do PPGST da UFMA.

⁷ Enfermeira, pós-doutorado em Global Community Health and Behavioral Sciences, Professora Associada do Curso de Enfermagem da UFC.

RESUMO

Adolescentes utilizam com frequência tecnologias educacionais, destacadas por realizar conscientização e propiciar a realização do autocuidado. É uma forma inovadora na abordagem de grupo e atrai a atenção. Jovens que participam de grupos católicos referem que não se sentem à vontade em conversar sobre sexualidade com os pais, pois têm vergonha. Neste estudo objetiva-se validar *website* sobre sexualidade e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/ *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)/ *Acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS) para adolescentes da igreja católica. Trata-se de um estudo metodológico do qual participaram 112 adolescentes entre 10 e 19 anos, realizado em grupos de jovens da igreja católica da cidade de Fortaleza-CE. Para a coleta de dados aplicou-se um questionário com informações sociodemográficas e um questionário validado com perguntas acerca dos atributos interatividade, objetivos, relevância e eficácia, e clareza. O *website* foi avaliado positivamente, pois os atributos, em sua maioria, foram considerados adequados e parcialmente adequados, destacando-se o item clareza, onde nenhum participante considerou inadequado. Conclui-se que o *website* é considerado válido e confiável para empoderar adolescentes acerca da temática sexualidade e prevenção de IST/HIV/AIDS. Com um papel fundamental na promoção da saúde, o enfermeiro, através do seu conhecimento, faz uso de tecnologias educativas, como *websites*, e com isso pode transformar o cenário da educação sexual dos adolescentes.

Palavras-Chave: Adolescente. Religião. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Educação em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde (PS) é um processo que capacita pessoas a fim de controlar e melhorar a saúde, tem foco no comportamento individual e no amplo alcance a partir de intervenções sociais e ambientais. Promoção da saúde é um dos temas transversais da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que incorpora o tema de acordo com as redes que favorecem práticas de cuidado humanizado, de acordo com as necessidades locais, com a finalidade de reforçar a ação comunitária, a participação e o controle social que promovam reconhecimento e diálogo entre variadas formas de saber (populares, tradicionais e científicos), com a construção de práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde (BRASIL, 2014; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2016).

Considerada uma das ferramentas essenciais para a PS, a educação em saúde perpassa práticas que transmitem informações em saúde, sendo necessária uma combinação de apoios educacionais e ambientais a fim de atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Desta maneira, só é realizada efetivamente a PS se houver instrumentalização da educação em saúde, pois além de compreender a temática, os conceitos e os aspectos por ela abrangidos, é imprescindível associá-la à comunicação, informação, educação e escuta qualificada (SALCI *et al.*, 2013).

O uso educativo em *websites* é um caminho viável para praticar educação em saúde. Acarreta, conseqüentemente, melhoria do ensino, pois a internet permite reunião, arquivamento e divulgação de informações; propicia a criação de ações educativas em diversas áreas. As tecnologias educacionais são destacadas por conscientizar e propiciar a realização do cuidado. Outro fator importante é que são utilizadas com frequência por adolescentes, por se tratar de uma forma inovadora na abordagem de grupo, o que atrai a atenção (SOUZA; PAULA; OLIVEIRA, 2015; SCOPACASA, 2013).

A adolescência é caracterizada por um período de transição da infância para a vida adulta, caracterizada por grandes descobertas e instabilidade emocional, quando é consubstanciada a personalidade. Adolescentes católicos apresentavam dificuldades em conversar sobre assuntos como HIV/aids e sexualidade, assim como referem que seus familiares sentem vergonha de abordar o tema. Na escola, apenas era mencionado o uso do preservativo. A igreja, por sua vez, propõe fidelidade e castidade para, assim, viverem a sexualidade de forma saudável (FONSECA, 2013; FERREIRA, 2013).

O *website* contempla as seguintes sessões: “religião”, “adolescência”, “sexualidade”, “IST/HIV/AIDS”, “prevenção”, “principais dúvidas”, além de “informações sobre o site”, “músicas”, “bíblia online”, “como conquistar um gato/ou gata de Deus”. Possibilita também diálogo com os adolescentes através dos “fóruns de discussão” e “fale conosco”.

O *website* como tecnologia educativa, em estudo anterior, foi avaliado por juízes especialistas da área da saúde, tecnologia e *web-designers*, em aparência e conteúdo, além de ter ocorrido um teste piloto

com cinco adolescentes de um grupo de jovens católicos da cidade de Fortaleza-CE. Neste estudo objetiva-se validar *website* sobre sexualidade e prevenção de IST/HIV/AIDS para adolescentes da igreja católica.

Vale ressaltar a importância deste trabalho, haja vista que os adolescentes buscam sanar suas dúvidas, geralmente, nas mídias digitais, através do uso de celulares, computadores, tablets; seus questionamentos são respondidos após obterem inúmeras respostas. Estas quase sempre não são consideradas de confiança, fidedignas, e podem induzir a um cuidado errôneo da saúde individual e coletiva, pois as informações também podem ser repassadas para outros do mesmo grupo. Desta maneira, os adolescentes da igreja católica poderão buscar informações seguras acerca da temática e tirar quaisquer dúvidas. A finalidade é empoderá-los e prepará-los para não ocorrerem surpresas na inicialização da vida sexual, assim como prevenir infecções sexualmente transmissíveis.

2 METODOLOGIA

Estudo metodológico que consiste na validação de instrumentos, ferramentas ou *softwares* utilizando tecnologias educativas (duro, leve ou leve-duro) adaptadas a diferentes contextos, populações e necessidades. Podem ser implementadas tanto em ambiente educacional como assistencial (RODRIGUES, 2007; GALVÃO *et al.*, 2022).

A validação foi realizada através do Modelo de Desenvolvimento de Material Educativo Digital criado por Falkembach

(2005). A coleta de dados teve início no mês de julho de 2017 e finalização em abril de 2018. Ocorreu em 10 paróquias da cidade de Fortaleza-CE, onde havia grupos de jovens. Utilizando a proporção de adolescentes católicos da população cearense do último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), estima-se que 78,3% dos adolescentes entre 10 e 19 anos sejam católicos. Aplicando essa proporção à população nessa faixa etária em Fortaleza temos 384.012 adolescentes católicos na cidade. A fórmula de amostragem utilizada foi para população infinita.

O cálculo populacional foi de 107 adolescentes entre 10 e 19 anos. Os critérios de inclusão foram: ser adolescente na faixa etária indicada, estar vinculado a algum grupo da igreja católica na cidade de Fortaleza-CE. Como critérios de exclusão: adolescente que apresentava dificuldades de digitação; não ter acesso a computador ou celular no domicílio nem na escola; ter déficit mental e/ou cognitivo que comprometesse as respostas ao questionário.

Para a coleta de dados o *website* foi apresentado ao arcebispo de Fortaleza, que autorizou a realização da pesquisa. Em seguida os párocos foram contatados e, em reunião pessoal individual, foi solicitada a autorização de cada um. Após permissão dos párocos, os coordenadores dos grupos de jovens foram procurados para explicação da pesquisa e pedido de permissão para participar do grupo a fim de convidar os adolescentes. A pesquisadora também participou de encontros realizados nas igrejas onde havia grande concentração juvenil, quando expôs cartazes convidando todos a avaliarem o *website*.

Após recebimento dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento assinados pelos pais e

adolescentes, foi enviado um *e-mail* contendo *link*, *login*, senha e instruções para participação na pesquisa, além de um questionário com 14 questões objetivas para avaliação do *website* e um espaço para sugestões. O acesso pôde ser feito pelo computador, assim como pelo celular ou *tablet*. O tempo estimado para avaliação do *website* foi de quatro horas. Houve um prazo de cinco dias para devolução do questionário respondido.

O instrumento, construído e validado por Guimarães, Carvalho e Pagliuca (2015), foi mensurado de acordo com a Escala de *Likert*, apresentando itens de 0 a 2, onde 0 – Inadequado; 1 – Parcialmente adequado; e 2 – Adequado. O questionário, com 14 questões objetivas e um espaço para sugestões, avaliou os seguintes atributos: objetivos, acesso, clareza, estrutura e apresentação, relevância e eficácia, interatividade.

Também foi utilizado um formulário de caracterização dos participantes, elaborado pela pesquisadora, contendo as seguintes solicitações para preenchimento: dados de identificação, paróquia, sexo (masculino ou feminino), tempo de participação no grupo de jovens, como está acessando o *website* (celular ou computador), se já iniciou a vida sexual (se sim, em qual idade foi a primeira relação sexual), religião dos pais, quantidade de irmãos.

Os dados foram tabulados em planilha no programa *Windows 10* utilizando o aplicativo *Excel 2013*. Para avaliação do questionário utilizou-se a frequência relativa das respostas a fim de analisar os atributos. A confiabilidade estatística da adequação do *website* foi feita através do teste exato de distribuição binomial com nível de significância de 5% e proporção de 0,90, para estimar a confiabilidade

estatística da adequação da tecnologia. O teste de razão da máxima verossimilhança avaliou a associação entre os atributos e as variáveis categóricas gênero, idade, escolaridade, tempo de participação no grupo, estado civil, forma de acesso, e início da vida sexual.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará sob o parecer número 2.402. Foram observadas e realizadas as orientações para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

O estudo teve participação de 112 adolescentes na faixa etária entre 10 e 19 anos, sendo a mais prevalente 18 anos, representada por 43 (38.4%) da amostra total. Foram do sexo feminino 71 (63.39%); e 41 (36.61%) do sexo masculino. Dentre eles 13 (11.61%) participam há menos de seis meses; quatro (3.57%) há seis meses; e 95 (84.82%) há mais de seis meses.

Em relação à escolaridade, havia adolescentes cursando desde o ensino fundamental até o superior. Dentre eles, sete (6,25%) estavam namorando; e 105 (93,75%) solteiros. A maioria, 73 (65.18%), não tinham iniciado a vida sexual. Quanto à religião dos pais, 107 (95,54%) eram católicos, enquanto cinco (4,46%) pertenciam a outras religiões. Em se tratando do número de irmãos, a maioria tinha entre um e sete irmãos.

Acessaram o website através do celular 73 (65.18%), enquanto 38 (33.93%) acessaram pelo computador, e um (0,89%) pelo tablet. Para validação do website os adolescentes avaliaram os seguintes atributos: interatividade, objetivos, relevância e eficácia, e clareza, distribuídos em 14 itens, de acordo com a Tabela abaixo.

Tabela 1 – Avaliação do website Papo de Adolescente para adolescentes da igreja católica. Fortaleza, CE, Brasil, 2018

Atributos	%		
	A	PA	I
Interatividade	78,57	16,07	5,36
1. O conteúdo da informação está adequado às suas necessidades	67,86	31,25	0,89
2. Oferece interação, envolvimento ativo no processo educativo	67,86	30,36	1,79
3. Possibilita acessar sem dificuldades os tópicos apresentados	69,64	28,57	1,79
4. Fornece autonomia ao usuário em relação à sua operação	71,43	25,89	2,68
Objetivos	78,57	17,86	3,57
5. Estimula a aprendizagem sobre o conteúdo abordado	71,43	27,68	0,89
6. Estimula a aprendizagem de novos conceitos	70,54	27,86	1,79
7. Permite buscar informações sem dificuldades	74,11	23,21	2,68
8. Possui estratégia de apresentação atrativa	53,57	43,75	2,68

Relevância e Eficácia	71,43	25,00	3,57
9. Disponibiliza os recursos adequados e necessários para a sua utilização	66,96	28,57	4,46
10. Desperta o seu interesse para utilizá-la	62,50	36,61	0,89
11. Estimula mudança de comportamento em você	58,93	38,39	2,68
12. Reproduz o conteúdo abordado em diferentes contextos	63,39	35,71	0,89
Clareza	69,64	30,36	-
13. Apresenta as informações de modo simples	75,89	24,11	-
14. Permite refletir sobre o conteúdo apresentado	73,21	26,79	-

Nota: A – Adequado; PA – Parcialmente Adequado; I – Inadequado.

Fonte: Adaptado de Guimarães, Carvalho e Pagliuca (2014).

Todos os atributos foram avaliados como adequados, tendo a maior proporção interatividade, com 78,57%; e menor proporção clareza, com 69,64%. Nenhum dos adolescentes destacou inadequado o atributo clareza.

Obtiveram maior proporção de avaliação positiva os itens 13 do atributo clareza; e sete do atributo objetivos, com 75,89% e 74,11% respectivamente. Ressalta-se que o atributo que avalia relevância e eficácia, no item que disponibiliza os recursos adequados e necessários para a sua utilização, obteve a maior avaliação negativa, com 4.46%.

A confiabilidade do *website* foi avaliada conforme apresentado na Tabela 2, em relação à proporção de respostas adequadas acima de 90%, e todos os atributos foram considerados estatisticamente significantes. Quanto aos extratos, não se observou significância estatística.

Tabela 2 – Teste binomial para a proporção esperada acima de 90%. Fortaleza, CE, Brasil. 2018

Atributos	Categorização	Proporção observada	p-valor ^a
Interatividade	Adequado	0,785	0,0003 ^b
	Inadequado	0,214	
Objetivo	Adequado	0,785	0,0003 ^b
	Inadequado	0,214	
Relevância e Eficácia	Adequado	0,714	0,0000 ^b
	Inadequado	0,285	
Clareza	Adequado	0,696	0,0000 ^b
	Inadequado	0,303	

Fonte: Elaborado pelos autores.

4 DISCUSSÃO

As informações sobre religião, religiosidade, sexualidade, além de prevenções de doenças sexualmente transmissíveis foram bem aceitas pela maioria dos participantes deste estudo. Adolescentes de uma escola Bahiana relatam que seria interessante que os profissionais tornassem a educação sexual parte de uma disciplina, além de um programa contínuo para esclarecimento de dúvidas; destes, 95%

acreditam que a abordagem sobre o tema reduziria o número de ISTs e gravidez indesejada, enquanto os demais referiram que não surtiria efeito (ALMEIDA; SANTOS, 2014). Observa-se, portanto, a necessidade de abordar a temática nos diferentes cenários frequentados pelos adolescentes.

A educação em saúde é um desafio no que se refere à adoção de hábitos de vida saudáveis do adolescente, já que informações a respeito do funcionamento do corpo, descrição das características das doenças, assim como hábitos de higiene não são suficientes para que os jovens desenvolvam hábitos de vida saudáveis (PINTO *et al.*, 2013).

A formulação de tecnologia deve envolver o fazer, o pensar e o ser, mobilizando ações de cuidado humano. As tecnologias, incluindo *softwares* e *websites*, permitem ao usuário perceber, de acordo com sua necessidade, o que os torna potenciais mediadores do autocuidado (ÁFIO *et al.*, 2014).

Comprovou-se que a abordagem da temática sexualidade e ISTs em tecnologia educativa desenvolvida para adolescentes no formato de *website* é eficaz e proporciona significativas mudanças em relação ao conhecimento e compreensão acerca do assunto, o que permitiu o empoderamento dos jovens, possibilitando maior intervenção na sua realidade (LEMOS *et al.*, 2015).

Sobre a relevância e eficácia do *website*, o jovem informa que que estimula a mudança de comportamento. Reforçando o resultado da pesquisa, o *website CyberSenga*, sobre prevenção de HIV, aplicado em Uganda, na África, observou que é possível melhorar a informação preventiva de HIV dos jovens, bem como a motivação em relação ao uso do preservativo, pois seis meses após a intervenção encontrou-se,

com base em dados qualitativos e quantitativos, que o programa é uma forma viável e aceitável de fornecer informações preventivas a adolescentes com e sem experiência sexual (YBARRA *et al.*, 2015).

Em validação de cartilha educativa sobre sexualidade, adolescentes e avaliadores contribuíram com os dados quantitativos, mas escreveram poucos comentários. Os especialistas consideraram seu conteúdo facilmente perceptível. Contudo, alguns pontos avaliados precisaram ser revistos para melhorar a qualidade da cartilha. Observa-se que o material apresentado em cartilha educativa é diferente de *website*, contudo reforça a ideia de que os materiais validados em conteúdo e aparência apresentam eficácia no momento da validação clínica, já que o material foi revisado por especialistas das áreas da saúde e da comunicação, além de adolescente não participante do grupo pesquisado, representando o usuário final (LUSTOSA, 2014).

Assim como nesta pesquisa, onde todos os adolescentes afirmaram que o *website* desperta interesse e provoca mudança de comportamento, estudo realizado em igreja relata que houve mudança de comportamento após a intervenção com um programa sobre doença cardiovascular utilizando o provérbio 31, passagem bíblica para estimular a mudança de comportamento. Após quatro meses foi observada outra postura na maioria das participantes. Obteve-se como resultados primários ingestão alimentar diferenciada, realização de atividades físicas e não utilização do tabaco; e como resultados secundários, mudança no índice de massa corporal, autoeficácia e autoestima. Uma igreja, após a intervenção, formou um grupo de passeio, outra elaborou uma política de não fumantes (KIMES *et al.*, 2014).

5 CONCLUSÕES

A avaliação do *website* foi considerada satisfatória. Todos os atributos: interatividade, objetivos, relevância e eficácia, e clareza foram avaliados positivamente. Destaca-se o atributo clareza, que apresentou apenas avaliações positivas.

Desta maneira, tem-se como validada a tecnologia educativa. Contudo, sabe-se que existem constantes atualizações no meio católico, assim como no meio digital, sendo sempre necessárias atualizações a fim de acompanhar a velocidade e veracidade das informações. O *website* se encontra em manutenção para aprimoramento e futura distribuição.

O enfermeiro, como profissional do cuidado, deve transpor barreiras, ir além com o uso de ferramentas que levem a promoção da saúde ao objetivo, que é tornar indivíduos capacitados, responsáveis pelo cuidado próprio e dos outros. Assim, o *website* é uma ferramenta de qualidade e importância para que os adolescentes possam aprender mais acerca do assunto abordado. Após o conhecimento adquirido eles se tornam empoderados, apresentam cautela no cuidado de sua saúde individual e coletiva.

REFERÊNCIAS

ÁFIO, A. C. E. *et al.* Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 158-165, jan./fev. 2014. Disponível em:

<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3109/2383>. Acesso em: 10 mar. 2023.

ALMEIDA, O. S.; SANTOS, B. G. Educação sexual na ótica de estudantes de ensino médio de uma escola da região do sudoeste da Bahia. **Revista Eclesiástica Brasileira**, Petrópolis, v. 7, n. 2, p. 109-123, 2014.

BORGES, J. L.; DELL'AGLIO, D. D. Desafios éticos na pesquisa com adolescentes: implicações da exigência do consentimento parental. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 43-57, 2017. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v18n2/v18n2a05.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2023.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. **TIC Kids online Brasil 2014**: pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes no Brasil. São Paulo: CGI, 2014. Disponível em: http://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/TIC_Kids_2014_livro_eletronico.pdf. Acesso em: 7 abr. 2023.

FALKEMBACH, G. A. M. Concepção e desenvolvimento de material educativo digital. **RENOTE**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, maio 2005. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/index.php/renote/article/view/13742/7970>. Acesso em: 10 mar. 2023.

FONSECA, F. F. *et al.* As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 258-264, jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-05822013000200019>. Acesso em: 10 mar. 2023.

GALVÃO, P. C. C. *et al.* Caracterização dos estudos metodológicos em enfermagem: revisão integrativa. **International Journal of**

Developmental Research, [s.l.], v. 12, n. 3, p. 54315-54317, mar. 2022. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/23954.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2023.

GUIMARÃES, F. J.; CARVALHO, A. L. R. F.; PAGLIUCA, L. M. F. Elaboração e validação de instrumento de avaliação de tecnologia assistiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 302-311, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/28815>. Acesso em: 17 jun. 2023.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

KIMES, C. M. *et al.* Lessons Learned in Community Research Through The Native Proverbs 31 Health Project. **Preventing Chronic Disease**, Washington, v. 11, 17 abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5888/pcd11.130256>. Acessado: 10 mar. 2023.

LEMOS, C. T. Catolicismo, sexualidade e AIDS: pertencer sem ser fiel. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 259-268, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fcs/article/view/13429/8667>. Acesso em: 16 jun. 2023.

LUSTOSA, G. L. S. **O que os adolescentes pensam sobre sexualidade**: construção de uma cartilha educativa. 2014. 56 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade de Brasília, Ceilândia, 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Salud del Adolescente**. Genebra: WHO, 2016. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/. Acesso em: 10 mar. 2023.

PINTO, M. B. *et al.* Educação em saúde para adolescentes de uma escola municipal: a sexualidade em questão. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 589, 13 nov. 2013. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18470/pdf>. Acesso em: 16 jun. 2023.

RODRIGUES, R. M. **Pesquisa acadêmica**: como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas, 2007.

SALCI, M. A. *et al.* Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VSDJRgcjGyxnhKy8KvZb4vG/?lang=en>. Acesso em: 10 mar. 2023.

SAMPAIO, J. *et al.* Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, suppl. 2, p. 1299-1311, jan. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>. Acesso em: 10 mar. 2023.

SCOPACASA, L. F. **Validação de jogo educativo para construção do conhecimento de adolescentes acerca da prevenção de DST/AIDS**. 2013. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8357/1/2013_dis_ifscopacasa.pdf. Acesso em: 16 jun. 2023.

SOUZA, A. O. T.; PAULA, A. B. R.; OLIVEIRA, F. B. M. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 365-373, jun. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000200020>. Acesso em: 10 mar. 2023.

YBARRA, M. L. *et al.* Randomized Controlled Trial to Increase HIV Preventive Information, Motivation, and Behavioral Skills in Ugandan Adolescents. **Annals of Behavioral Medicine**, Oxford, v. 49, n. 3, p. 473-485, 30 jan. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9673-0>. Acesso em: 10 mar. 2023.



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias