

**Patrício Francisco da Silva  
(Org.)**

# **EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**FORMAÇÃO, TECNOLOGIAS E METODOLOGIAS ATIVAS**



**VOL. 1**



**científica digital**



## CIENTÍFICA DIGITAL EDITORIAL LTDA

Barueri - São Paulo - Brasil  
www.cientificadigital.org - contato@cientificadigital.org

**Diagramação e Arte** Edição © 2026 Científica Digital  
Diego Santos Texto © 2026 Os Autores  
Diogo Lima 1ª Edição - 2026  
**Imagens da Capa** Acesso Livre - Open Access  
Adobe Stock - 2026

© COPYRIGHT - TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. A editora detém os direitos autorais sobre a edição e o projeto gráfico, enquanto os autores mantêm os direitos autorais de seus respectivos textos. Esta obra está licenciada sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, permitindo o download e compartilhamento integral ou parcial, desde que a fonte seja devidamente citada e os créditos atribuídos aos autores. É obrigatório que a obra permaneça em formato de Acesso Livre (Open Access), sem qualquer alteração. A catalogação em plataformas de acesso restrito ou com fins comerciais é estritamente proibida.



### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E24 Educação em enfermagem: formação, tecnologias e metodologias ativas /  
Organização de Patrício Francisco da Silva. – Barueri-SP: Científica Digital, 2026.

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui Bibliografia  
ISBN 978-65-6155-127-4  
DOI 10.37885/978-65-6155-127-4

1. Educação em enfermagem. I. Silva, Patrício Francisco da (Organizador). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Janaína Ramos – CRB-8/9166

Índice para catálogo sistemático:

I. Educação em enfermagem

E-BOOK

ACESSO LIVRE ON LINE - IMPRESSÃO PROIBIDA

2026

Patrício Francisco da Silva  
(Org.)

# **Educação em Enfermagem: Formação, Tecnologias e Metodologias Ativas**

**Volume 1**

1ª EDIÇÃO



científica digital

**2026 - BARUERI - SP**

## CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. André Cutrim Carvalho  
Prof. Dr. Antônio Marcos Mota Miranda  
Prof<sup>a</sup>. Ma. Auristela Correa Castro  
Prof. Dr. Carlos Alberto Martins Cordeiro  
Prof. Dr. Carlos Alexandre Oelke  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Caroline Nóbrega de Almeida  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Clara Mockdece Neves  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Claudia Maria Rinhel-Silva  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Clecia Simone Gonçalves Rosa Pacheco  
Prof. Dr. Cristiano Marins  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Cristina Berger Fadel  
Prof. Dr. Daniel Luciano Gevehr  
Prof. Dr. Diogo da Silva Cardoso  
Prof. Dr. Ernane Rosa Martins  
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes  
Prof. Dr. Fabricio Gomes Gonçalves  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Fernanda Rezende  
Prof. Dr. Flávio Aparecido de Almeida  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Francine Náthalie Ferraresi Queluz  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Geuciane Felipe Guerim Fernandes  
Prof. Dr. Humberto Costa

Prof. Dr. Joachin Melo Azevedo Neto  
Prof. Dr. Jónata Ferreira de Moura  
Prof. Dr. José Aderval Aragão  
Prof. Me. Julianno Pizzano Ayoub  
Prof. Dr. Leonardo Augusto Couto Finelli  
Prof. Dr. Luiz Gonzaga Lapa Junior  
Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Cristina Zago  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Otília Zangão  
Prof. Dr. Mário Henrique Gomes  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes  
Prof. Dr. Nelson J. Almeida  
Prof. Dr. Pedro Afonso Cortez  
Prof. Dr. Reinaldo Pacheco dos Santos  
Prof. Dr. Rogério de Melo Grillo  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosenery Pimentel Nascimento  
Prof. Dr. Rossano Sartori Dal Molin  
Prof. Me. Silvio Almeida Junior  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Thays Zigante Furlan Ribeiro  
Prof. Dr. Wescley Viana Evangelista  
Prof. Dr. Willian Carboni Viana  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme

Acesse a lista completa dos Membros do Conselho Editorial em [www.editoracientifica.com.br/conselho](http://www.editoracientifica.com.br/conselho)

### Parecer e revisão por pares

Os textos que compõem esta obra passaram por avaliação do Conselho Editorial e revisão por pares externos (*Peer Review*), recebendo a devida recomendação para publicação.

**Nota:** Esta obra é fruto de um processo colaborativo, configurando-se como uma coletânea na qual os direitos autorais permanecem resguardados para os respectivos autores. Alguns capítulos podem ter origem em trabalhos anteriormente apresentados em eventos acadêmicos; no entanto, os autores foram orientados a adotar o devido rigor na prevenção do autoplágio. A responsabilidade pelo conteúdo de cada capítulo, assim como pela originalidade e integridade das informações publicadas, é inteiramente dos respectivos autores e autoras. O conteúdo da obra não reflete, necessariamente, a opinião da editora, dos organizadores ou dos membros do conselho editorial.

# APRESENTAÇÃO

Esta obra resulta de um esforço colaborativo que reuniu professores, estudantes e pesquisadores, cujo engajamento qualificou as reflexões desenvolvidas neste espaço formativo. Fruto de iniciativas interinstitucionais de incentivo à pesquisa, o livro congrega especialistas de diversas áreas do conhecimento, vinculados a instituições de educação superior públicas e privadas, no Brasil e no exterior.

O objetivo central é fortalecer a integração entre instituições por meio de redes de pesquisa voltadas à formação continuada de profissionais da educação, promovendo a produção e a ampla disseminação do conhecimento.

Agradecemos aos autores pela dedicação e compromisso na construção desta obra, que se propõe a ser um recurso didático-pedagógico relevante para estudantes, docentes de diferentes níveis de ensino e demais interessados na temática.

**Patrício Francisco da Silva**

# SUMÁRIO

## Capítulo 04

### **PRÁTICAS DE ENFERMAGEM DIVERSIFICADAS: APRIMORANDO A QUALIDADE DO ATENDIMENTO E DOS DESFECHOS DOS PACIENTES**

Sandra Maria da Penha Conceição; Nadir Barbosa Silva; Ingridy Tayane Gonçalves Pires Fernandes; Michelle Winter; Márcia Zotti Justo Ferreira; Aparecida Lima Do Nascimento

**doi** 10.37885/260121004 ..... 57

## Capítulo 05

### **FEEDBACK DE JUÍZES-ESPECIALISTAS NA VALIDAÇÃO DE UMA HISTÓRIA EM QUADRINHOS EDUCATIVA SOBRE PARTO E NASCIMENTO**

Julia Peixoto Alves Decker; Juliane Portella Ribeiro; Thalison Borges de Oliveira; Vitória Peres Treptow; Lenise Szczecinski Maliszewski

**doi** 10.37885/260121071 ..... 64

## Capítulo 06

### **REFLEXÕES SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS À LUZ DE FREIRE E HABERMAS: ABORDAGENS DA AÇÃO COMUNICATIVA**

Milene Negri Reiser; Vânia Ana Silveira Muniz; Sayonara Stefane Tavares de Moura; Jhenyfer Amanda Ciriaco Canhete; Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni; Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

**doi** 10.37885/260121083 ..... 78

## Capítulo 07

### **ESCOLA DA GESTANTE EM BARRA DO CORDA: APOIO, EDUCAÇÃO E ACOLHIMENTO À MATERNIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Wekadja Alves Lobão; Felipe Santana e Silva; Karienne Araújo Bonfim; Ricardo Ytallo da Silva Nascimento; Maria Natália da Silva Sousa; Jeanne Marcela Ferreira Pinheiro; Eryka Cristina Milhomem de Castro Costa; Jandeson de Sousa da Silva; Maria Eduarda Silva Tavares; Francisca Maria de Jesus da Silva

**doi** 10.37885/260221205 ..... 88

## Capítulo 08

### **ATENDIMENTO HUMANIZADO ÀS GESTANTES: REALIDADES E DESAFIOS**

Camila de Almeida Silva; Luana Carla Lima de Almada; Tayana de Sousa Neves; Tainã da Silva Lobato; Andréa Reni Mendes Mardock; Zilma Nazaré de Souza Pimentel

**doi** 10.37885/260221312 ..... 98

**Capítulo 09****PROTOCOLO DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES: LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE DO HOMEM**

Vinícius Macre Peres

**doi** 10.37885/260321430 ..... 114**Capítulo 10****INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO ENSINO DE ENFERMAGEM: INOVAÇÃO PEDAGÓGICA, DESAFIOS ÉTICOS E TRANSFORMAÇÃO CURRICULAR**

Diana Fonseca Rodrigues; Maria de Fátima de Sousa Vitorino; Sandra Alice Gomes da Costa; Cristina Maria Correia Barroso Pinto

**doi** 10.37885/260421593 ..... 124**SOBRE O ORGANIZADOR** ..... 141**ÍNDICE REMISSIVO** ..... 143

# **SISTEMA LÍMBICO E REGULAÇÃO EMOCIONAL NA ENFERMAGEM: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO E A SAÚDE MENTAL**

**Nayara Messias**

Centro Universitário de Jaguariúna (UNIFAJ)

**Carlos Alberto da Silva**

Centro Universitário de Jaguariúna (UNIFAJ)

**Adriana Tebaldi Pereira**

Centro Universitário de Jaguariúna (UNIFAJ)

# RESUMO

O sistema límbico, composto por estruturas como amígdala, hipocampo e suas conexões com o córtex pré-frontal, desempenha papel central na regulação das emoções, memória e respostas ao estresse, aspectos fundamentais para a prática da enfermagem. A amígdala identifica ameaças e desencadeia reações rápidas de medo e ansiedade, enquanto o hipocampo contextualiza experiências emocionais e consolida memórias que influenciam decisões futuras. O córtex pré-frontal atua como regulador dessas respostas, permitindo tomada de decisão equilibrada mesmo diante de situações críticas. No ambiente hospitalar, a exposição contínua a estressores intensos pode gerar hiperativação límbica e liberação excessiva de cortisol, prejudicando funções cognitivas e aumentando o risco de desgaste emocional e burnout. Por isso, estratégias de autorregulação, como *mindfulness*, respiração consciente e autocuidado, ajudam a reduzir a reatividade emocional e fortalecer a resiliência. A inteligência emocional, incluindo empatia, autoconsciência e habilidades sociais, também contribui para uma atuação mais estável e humanizada. Além do manejo individual, o suporte institucional e relações saudáveis no trabalho são essenciais para manter o equilíbrio emocional dos enfermeiros. Compreender os mecanismos neurobiológicos das emoções favorece práticas mais conscientes, seguras e humanas, permitindo que o profissional equilibre empatia e limites, preservando tanto sua saúde mental quanto a qualidade do cuidado prestado.

**Palavras-chave:** Enfermagem; comportamento emocional; sistema límbico.

## INTRODUÇÃO

O sistema límbico é um complexo conjunto de estruturas cerebrais envolvidas na regulação das emoções, comportamentos motivacionais e memória, incluindo amígdala, hipocampo, hipotálamo e córtex cingulado. Como afirmam Bear, Connors e Paradiso (2017), essas estruturas constituem o principal centro integrador das respostas emocionais. Para enfermeiros, que atuam em ambientes de grande carga emocional, compreender o funcionamento dessas áreas permite entender como se formam e se modulam as reações emocionais diante dos cuidados em saúde.

A amígdala, uma das regiões mais estudadas do sistema límbico, exerce papel fundamental na detecção de ameaças e no desencadeamento das respostas corporais ao estresse. Segundo LeDoux (2015), essa estrutura é responsável pelas reações rápidas de medo e ansiedade. No ambiente hospitalar, situações críticas, imprevisíveis ou de grande tensão podem hiperativar a amígdala, resultando em aumento do estado de alerta, irritabilidade ou aceleração do pensamento, prejudicando a atuação do enfermeiro.

O córtex pré-frontal, embora não pertença ao sistema límbico, mantém estreita comunicação com ele, regulando emoções e comportamentos. Kolb e Whishaw (2015) destacam que essa região cerebral é essencial para a tomada de decisões, julgamento e inibição de impulsos. Em situações de estresse na enfermagem, o córtex pré-frontal atua como um modulador, reduzindo a intensidade das respostas límbicas e favorecendo um comportamento profissional equilibrado.

O hipocampo, por sua vez, contribui para a formação e evocação de memórias, além de contextualizar experiências emocionais. Squire e Zola-Morgan (1991) explicam que ele integra novas informações com memórias prévias, permitindo respostas emocionais mais adequadas. Para enfermeiros, experiências acumuladas em situações críticas são processadas por esse sistema, promovendo maturidade emocional e tomada de decisões mais rápidas e conscientes ao longo da carreira.

Entretanto, a exposição prolongada a estressores no ambiente de saúde pode prejudicar o funcionamento dessas estruturas cerebrais. O estresse crônico afeta diretamente o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e libera níveis elevados

de cortisol. Conforme McEwen (2007), esse hormônio pode prejudicar o hipocampo e o córtex pré-frontal, reduzindo a capacidade de regulação emocional, aumentando impulsividade e contribuindo para o desgaste emocional e burnout entre os enfermeiros.

Nesse contexto, o desenvolvimento do controle emocional torna-se essencial. Estratégias como respiração consciente, meditação e *mindfulness* têm mostrado eficácia em reduzir a hiperatividade da amígdala e fortalecer as redes neurais relacionadas ao autocontrole (Hölzel *et al.*, 2011). Para enfermeiros, tais práticas ajudam a manter equilíbrio emocional em situações desafiadoras, evitando reações desproporcionais e contribuindo para um cuidado mais seguro.

A empatia, elemento essencial na relação profissional da enfermagem, também depende da atividade límbica. Estudos de Decety e Jackson (2004) mostram que respostas empáticas ativam áreas cerebrais ligadas à percepção emocional do outro. Contudo, quando a empatia não é acompanhada de regulação cognitiva, pode ocorrer a fadiga por compaixão, condição frequente em profissionais da saúde, marcada por exaustão emocional derivada do sofrimento observado.

Habilidades de comunicação terapêutica também estão vinculadas à integração entre sistemas emocionais e cognitivos. Conforme Ekman (2003), a percepção e interpretação correta das expressões emocionais dependem da atividade límbica, enquanto respostas empáticas moduladas exigem participação ativa do córtex pré-frontal. Assim, o equilíbrio entre emoção e racionalidade torna-se crucial para a eficácia da comunicação entre enfermeiro e paciente.

Programas institucionais voltados ao desenvolvimento de habilidades emocionais têm mostrado resultados positivos. Foster *et al.* (2018), em revisão sistemática, demonstram que a educação emocional aplicada à enfermagem reduz índices de estresse ocupacional, melhora a comunicação e favorece ambientes de trabalho mais saudáveis. Essas intervenções fortalecem a interação entre o córtex pré-frontal e estruturas límbicas, aprimorando a regulação emocional.

Dessa forma, a relação entre o sistema límbico e o controle emocional evidencia que o equilíbrio emocional do enfermeiro é fundamentado em bases neurobiológicas. A prática da enfermagem exige constante diálogo entre emoção e razão, sustentado por estruturas cerebrais altamente integradas. Investir no desenvolvimento emocional dos profissionais não apenas melhora

o desempenho clínico, como também preserva a saúde mental e a qualidade do cuidado ofertado.

O equilíbrio emocional em enfermeiros é uma competência essencial para a prática profissional, pois influencia diretamente a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e o bem-estar do próprio trabalhador. Em ambientes marcados por imprevisibilidade, sobrecarga e exposição ao sofrimento humano, essa habilidade torna-se ainda mais relevante (Mendes & Oliveira, 2019). A capacidade de manter estabilidade emocional permite ao enfermeiro agir de forma ética, segura e acolhedora mesmo sob forte pressão.

Uma das principais dificuldades para manter esse equilíbrio é o estresse ocupacional, frequentemente reportado na enfermagem. Estudos demonstram que a exposição prolongada a demandas físicas e emocionais pode gerar desgaste emocional e reduzir a capacidade de autorregulação (Guerrer & Bianchi, 2008). Isso faz com que profissionais experimentem sentimentos de irritabilidade, fadiga e ansiedade, comprometendo o desempenho clínico.

A relação direta entre estresse e desempenho cognitivo é amplamente documentada. Segundo McEwen (2007), o estresse contínuo prejudica funções executivas, como atenção, memória de trabalho e tomada de decisões. Para os enfermeiros, que precisam coordenar múltiplas atividades simultâneas, esses prejuízos podem aumentar o risco de erros e dificultar a comunicação com a equipe multiprofissional.

Nesse contexto, a inteligência emocional surge como um fator protetor. Goleman (2012) descreve essa habilidade como a combinação de autoconsciência, autorregulação, empatia e habilidades sociais. Pesquisas na área da saúde mostram que enfermeiros com maior inteligência emocional apresentam melhor capacidade de lidar com conflitos, demonstram mais empatia e mantêm maior estabilidade emocional diante de situações adversas (Fernandes *et al.*, 2020).

O autocuidado é igualmente fundamental para o equilíbrio emocional. Estratégias como atividade física, sono adequado, nutrição equilibrada e momentos de lazer contribuem para restaurar funções cognitivas e emocionais, reduzindo a vulnerabilidade ao estresse. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) destaca que profissionais da saúde precisam dedicar tempo ao autocuidado para preservar sua própria saúde mental e garantir cuidado seguro aos pacientes.

Além disso, práticas contemplativas como mindfulness têm se mostrado eficazes na redução do estresse e no aumento da resiliência entre profissionais de enfermagem. Estudos indicam que intervenções baseadas em mindfulness reduzem sintomas de ansiedade, aumentam a estabilidade emocional e favorecem maior consciência das próprias emoções (Hölzel *et al.*, 2011; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017). Essas práticas ajudam os enfermeiros a responderem de forma mais equilibrada a situações difíceis.

O apoio social, tanto no ambiente de trabalho quanto fora dele, também é um elemento determinante para o equilíbrio emocional. Relações saudáveis com colegas, supervisores e familiares funcionam como fator de proteção contra burnout e exaustão emocional (Maslach & Leiter, 2016). No ambiente hospitalar, equipes que cultivam comunicação aberta e colaboração mútua tendem a apresentar menores índices de estresse.

Da mesma forma, instituições que promovem ambientes de trabalho saudáveis têm impacto positivo sobre a saúde mental da equipe. Políticas de valorização profissional, carga de trabalho adequada e oportunidades de capacitação emocional reduzem o desgaste e fortalecem a resiliência dos enfermeiros (Foster *et al.*, 2018). A responsabilidade pelo equilíbrio emocional, portanto, não é apenas individual, mas também coletiva e institucional.

Outro aspecto essencial é o desenvolvimento contínuo de habilidades de enfrentamento. Estratégias focadas no problema, como planejamento e organização, e estratégias focadas na emoção, como reavaliação cognitiva, ajudam os enfermeiros a adaptarem suas respostas a situações difíceis (Lazarus & Folkman, 1984). Profissionais que dominam essas técnicas tendem a apresentar maior bem-estar psicológico e menor vulnerabilidade ao estresse.

Por fim, o equilíbrio emocional em enfermeiros deve ser entendido como um processo dinâmico, que se constrói ao longo do tempo, por meio de experiências, aprendizados e suporte adequado. O reconhecimento das próprias emoções, aliado a práticas de regulação emocional e apoio institucional, contribui para a construção de profissionais mais resilientes, empáticos e preparados para enfrentar as complexidades da prática em saúde.

Quem atua diariamente no cuidado direto ao paciente sabe que a prática de enfermagem não envolve apenas técnicas, protocolos e condutas bem executadas, envolve também lidar, de maneira contínua, com dor, angústia,

incertezas e fragilidades humanas – inclusive as nossas. Não é incomum que o enfermeiro, mesmo mantendo a postura ética e profissional exigida pela profissão, se depare com situações que o atravessam emocionalmente de forma profunda. Esses momentos, muitas vezes silenciosos, revelam que por trás do uniforme existe um ser humano que também sente, interpreta e é afetado pelo contexto ao qual está exposto.

Dominar esses conhecimentos permite que você identifique seus gatilhos, compreenda suas reações e desenvolva estratégias de proteção emocional baseadas em ciência. O pesquisador Eric Kandel, prêmio nobel e referência mundial em neurociência, demonstra que a autorregulação emocional é um processo treinável, sustentado pela plasticidade neural.

No ambiente hospitalar os estímulos emocionais são constantes e intensos. A perda de um paciente, um atendimento emergencial, um vínculo que se cria durante dias de cuidado, tudo isso ativa a amígdala, desencadeando respostas rápidas de alerta, enquanto o hipocampo acessa lembranças e associações que podem aumentar o impacto emocional. Neuroquimicamente, esse processo pode gerar liberação de cortisol, queda de serotonina, aumento da adrenalina e alterações fisiológicas que influenciam diretamente seu comportamento, sua tomada de decisão e sua sensação de segurança interna. Entender esses mecanismos ajuda a reconhecer que suas reações não são fraquezas, e sim, respostas biológicas naturais.

A enfermagem exige técnica, mas também exige presença; exige humanidade, mas também exige limites. Conhecer a dinâmica do sistema límbico, suas conexões e seus efeitos no corpo e na mente prepara o enfermeiro para enfrentar a complexidade do cuidado com consciência, estabilidade e sensibilidade. Ao incorporar a neurociência a prática você se fortalece como profissional e oferece ao paciente um cuidado verdadeiramente integrado, cientificamente embasado, emocionalmente equilibrado e profundamente humano.

O Circuito límbico é o centro das respostas emocionais que sustentam a prática de enfermagem. Estruturas como a amígdala, o hipocampo e suas conexões com o córtex pré frontal formam a base neurológica que influencia desde a maneira como você recebe um paciente até a forma como lida com situações críticas. Compreender esse funcionamento não é somente teoria, é uma ferramenta de autoconsciência que fortalece o raciocínio clínico, a

estabilidade emocional e a qualidade do cuidado prestado. Por isso, o equilíbrio entre emoção e razão é essencial. O paciente precisa sentir acolhimento, empatia e humanidade, mas o profissional também precisa manter o córtex pré frontal ativo, modulando a intensidade das respostas límbicas, para não se sobrecarregar. Um envolvimento emocional excessivo pode levar à exaustão, a perda de foco e ao sofrimento psíquico, já a ausência de vínculo humano desumaniza o cuidado.

O ponto de equilíbrio está na autorregulação, usar a emoção para conectar e a razão para conduzir. Esse alinhamento neuro emocional não é instintivo – ele é treinável e fundamental para a longevidade profissional.

*“Quando o enfermeiro domina o próprio eixo neuroemocional, ele se torna não apenas cuidador, mas também guardião de sua própria saúde psíquica, e é nesse ponto que a ciência e a humanidade se encontram.”*

## REFERÊNCIAS

- BEAR, M. F.; CONNORS, B. W.; PARADISO, M. A. Neurociências: desvendando o sistema nervoso. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- DECETY, J.; JACKSON, P. L. The functional architecture of human empathy. **Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews**, v. 3, n. 2, p. 71–100, 2004.
- DUARTE, J.; PINTO-GOUVEIA, J. Mindfulness-based stress reduction for nurses: Results from a pilot study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, n. 23–24, p. 1–12, 2017.
- EKMAN, P. Emotions revealed. New York: Times Books, 2003.
- FERNANDES, M. A. *et al.* Inteligência emocional e estresse ocupacional na equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 14, n. 4, p. 1–10, 2020.
- FOSTER, K. *et al.* Emotional intelligence education in nursing: A systematic review. **Nurse Education Today**, v. 65, p. 94–103, 2018.
- GOLEMAN, D. Inteligência emocional. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.
- GUERRER, F.; BIANCHI, E. Enfermagem e estresse ocupacional: revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 1–8, 2008.
- HÖLZEL, B. K. *et al.* Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. **Psychiatry Research: Neuroimaging**, v. 191, n. 1, p. 36–43, 2011.

- KOLB, B.; WHISHAW, I. Q. *Fundamentals of human neuropsychology*. New York: Worth Publishers, 2015.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
- LeDOUX, J. *Anxious: Using the brain to understand and treat fear and anxiety*. New York: Viking, 2015.
- MASLACH, C.; LEITER, M. P. *Burnout: The cost of caring*. New York: Routledge, 2016.
- McEWEN, B. S. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. **Physiological Reviews**, v. 87, n. 3, p. 873–904, 2007.
- MENDES, A.; OLIVEIRA, L. Estresse e resiliência em profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, supl. 1, p. 253–260, 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Caring for health workers' mental health*. Geneva: WHO, 2020.
- SQUIRE, L. R.; DEDE, A. J. Conscious and unconscious memory systems. *Cold Spring Harbor Perspectives in Biology*, v. 7, n. 3, 2015.

**RESPOSTA DE HIPOTENSÃO POSTURAL  
AO TESTE DE INCLINAÇÃO: PERFIL  
CLÍNICO DOS PACIENTES, TEMPO DO  
DIAGNÓSTICO PELO TESTE E  
ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM**

Rose Mary Ferreira Lisboa da Silva  
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Ivanete Silva  
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

# RESUMO

**Objetivo:** descrever o perfil clínico dos pacientes com pré-síncope ou síncope e com hipotensão postural (HP) ao teste de inclinação (TI), o tempo de diagnóstico, os sintomas e o papel da enfermagem durante o TI. **Métodos:** estudo prospectivo e observacional com 110 pacientes submetidos ao TI e com resposta de HP. O TI foi realizado a 70 graus durante o tempo de até 30 min, em sala equipada e com equipe de cardiologista e enfermagem. **Resultados:** a média de idade dos pacientes foi de 63,7 anos, 50% do sexo feminino, 47,2% com trauma relacionado à HP. As comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia isquêmica, chagásica e diabetes. A média do tempo de ocorrência de HP foi de 19,8 min, e 42,7% dos pacientes apresentaram sintomas. A média da queda absoluta da pressão arterial em relação à posição deitada foi de 28,6/6,5 mmHg e houve aumento de 9,7 bpm na frequência cardíaca. Houve necessidade de infusão de soro fisiológico e de atropina durante o exame. **Conclusões:** o perfil dos pacientes demonstrou morbidade significativa. O tempo de diagnóstico ao TI foi de quase 20 min. A assistência da enfermagem foi necessária para o preparo dos pacientes e para as intervenções.

**Palavras-chave:** Hipotensão ortostática; tontura; síncope; teste da mesa inclinada.

## INTRODUÇÃO

Hipotensão ortostática ou postural (HP) clássica é definida como uma condição clínica na qual há uma redução sustentada de pelo menos 20 mmHg da pressão arterial sistólica (PAS) e/ou 10 mmHg da pressão arterial diastólica (PAD) dentro de 3 minutos de ortostatismo ou durante o teste de inclinação, podendo ocorrer taquicardia compensatória ou não (1). Apresenta uma prevalência entre 17% e 64% (Freeman R. *et al.*, 2018; McDonagh STJ. *et al.*, 2021), com aumento com a idade, atingindo 1 em 6 indivíduos com pelo menos 60 anos de idade em instituições de longa permanência (Bailey R. *et al.*, 2020). Está associada com morbidade, em razão de quedas e síncope, e com uma taxa de risco de morte de 2,4 vezes em relação àqueles sem HP (Freeman R. *et al.*, 2018). Há risco aumentado de várias doenças associadas, como insuficiência cardíaca, diabetes, doença arterial coronariana, fibrilação atrial, doença renal, doença pulmonar obstrutiva crônica, demência, doenças neurodegenerativas, catarata (Fedorowski A. *et al.*, 2022; Ringer M. *et al.*, 2023).

Os sintomas apresentados no quadro de HP estão correlacionados com a mudança postural, com piora ao ortostatismo e aliviada ao sentar-se ou deitar-se. Os principais são tontura, vertigem, visão turva, escurecimento visual, síncope, quedas, dispneia e dor torácica por hipoperfusão dos ápices pulmonares ou miocárdica na posição de pé, cefaleia, confusão mental, câibras no pescoço por hipoperfusão do trapézio e músculos da cintura escapular (Freeman R. *et al.*, 2018). Os sintomas ocorrem principalmente pela manhã (uma vez que há depleção do volume plasmático após diurese noturna), após posição deitada prolongada, em ambientes com temperatura alta, logo após o exercício, em indivíduos com descondicionamento físico e após a ingestão de alimentos ou álcool (Wieling W. *et al.*, 2022). Entretanto, até metade dos pacientes são assintomáticos (Wieling W. *et al.*, 2022), com implicações em razão de sua morbidade e mortalidade.

A fisiopatologia da HP se explica pela falha do barorreflexo ao assumir o ortostatismo. Na posição de pé, há um acúmulo de 500 a 1000 mL nas regiões abaixo do diafragma. Com isso, há menor retorno venoso e queda da pressão arterial. Conseqüentemente, há menor distensão dos barorreceptores, produzindo um aumento no fluxo simpático para o coração e os vasos arteriais, com aumento

da resistência vascular sistêmica. Isto resulta, nos indivíduos saudáveis, em manutenção da pressão arterial média e, portanto, do fluxo sanguíneo cerebral, com aumento da PAD e pode haver queda discreta da PAS (Freeman R. *et al.*, 2018, Wieling W. *et al.*, 2022).

O diagnóstico da HP é feito por meio da história clínica e do exame físico, com medidas da pressão arterial em posição deitada e de pé, conforme já definido. Todavia, a queda da pressão arterial pode ser tardia, ocorrendo após 3 minutos da posição de pé. Dessa maneira, o diagnóstico requer a realização do teste de inclinação (TI). Essa queda tardia da pressão arterial pode ser observada durante TI em cerca de 40% dos pacientes com HP e pode indicar um estágio inicial dessa disfunção autonômica (Freeman R. *et al.*, 2018). Este teste é realizado por uma equipe, com médico habilitado e a enfermagem, em sala adequada (Zysko D. *et al.*, 2023). A enfermagem deve acompanhar e atuar durante todo o processo, pré, intra e pós-teste, preparando o paciente; fazendo seu monitoramento; realizando a punção venosa periférica, conforme indicação; administrando medicamentos, conforme orientação médica; registrando os dados (Gomes CO. *et al.*, 2018). Contudo, a literatura é escassa sobre o tempo de TI para diagnóstico de HP e a reprodução de sintomas (Aydin AE. *et al.*, 2017; Lee H. *et al.*, 2017; Seok HY. *et al.*, 2018; Tzur I. *et al.*, 2020), assim como sobre o papel da enfermagem durante o TI (Meyer A. 2009; Moreira MD. *et al.*, 2007; Moreira RP. *et al.*, 2022; Zhou X. *et al.*, 2023).

Em face do exposto, este estudo teve como objetivos descrever o perfil clínico dos pacientes com pré-síncope ou síncope e com HP ao TI, verificar a duração do TI para o diagnóstico, os sintomas e as intervenções, se necessárias, e o papel da enfermagem durante o TI.

## MÉTODOS

Tratou-se de um estudo prospectivo e observacional com 110 pacientes com sintomas de pré-síncope ou síncope sem diagnóstico prévio de sua causa, submetidos ao TI e que apresentaram resposta de HP. Foram excluídos pacientes com ritmo de fibrilação atrial, com dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis (como marca-passo e desfibrilador-cardioversor) ou aqueles com resposta vasovagal, taquicardia ortostática postural ou resposta negativa. O TI

foi realizado a 70 graus, em mesa com apoio para os pés, durante o tempo de até 30 min, em sala equipada com carrinho de parada, e com equipe composta por cardiologista habilitado e enfermagem. A realização do TI seguiu as recomendações da literatura (Sociedade Brasileira de Cardiologia., 2002; Macedo PG. *et al.*, 2011). Os pacientes estavam em jejum de 6 horas e todos os TI foram feitos no período da manhã. Houve acesso venoso periférico e monitoramento contínuo eletrocardiográfico de 12 derivações feitos pela enfermagem. Para a punção venosa foram utilizados o dispositivo intravenoso periférico, cateter agulhado comum (*scalp*) e cateter sobre agulha (*jelco*). As veias da fossa cubital foram utilizadas para a punção. Os pacientes permaneceram 20 minutos na posição deitada antes da inclinação. A verificação da pressão arterial foi feita na posição deitada e a cada 3 minutos durante a inclinação. Caso o TI fosse positivo, ou seja, com a ocorrência de HP, o paciente era colocado imediatamente na posição deitada. Se não houvesse resposta de HP até o 20º minuto da inclinação, era administrado isoproterenol, com o objetivo de aumentar a acurácia do teste e sendo consideradas as suas contraindicações (Szymanski MW. *et al.*, 2023). O serviço onde foram feitos os exames não dispõe de nitroglicerina aerossol. Para o projeto de pesquisa, não foi incluído o nitrato sublingual para fase de sensibilização do TI em virtude de ser um de seus efeitos adversos a hipotensão arterial em até 10% dos casos (Lee PM. *et al.*, 2023). Assim, caso houvesse contraindicação ao isoproterenol, como cardiopatia isquêmica, risco de taquiarritmia ou histórico de arritmia ventricular, o teste era feito somente com a fase passiva, sem sensibilização, com duração máxima de inclinação de 30 minutos. Para aqueles com  $\geq 40$  anos de idade, era feita a massagem do seio carotídeo ao final do TI, como parte do exame.

A pesquisa faz parte de um projeto que foi aprovado pelo comitê local de ética em pesquisa (CAAE: 82127417.5.0000.5149) e os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A análise estatística foi realizada por meio do programa SPSS para Windows versão 14.0 (SPSS, Inc., Chicago, Illinois). As variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequências, as variáveis contínuas por meio de média e desvio padrão (para variáveis com distribuição normal), e mediana e intervalos interquartis (para variáveis sem distribuição normal), conforme o teste de Kolmogorov-Smirnov.

## RESULTADOS

A média de idade dos pacientes foi de 63,7 anos; 50% eram do sexo feminino; 65,4% relataram pródromos antecedendo o episódio de pré-síncope ou síncope. Houve trauma físico relacionado à queda em 47,2% dos pacientes. A recorrência de pelo menos 3 episódios de pré-síncope ou síncope ocorreu em 61%. Os demais dados estão demonstrados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Características dos pacientes submetidos ao teste de inclinação e com resposta de hipotensão postural.

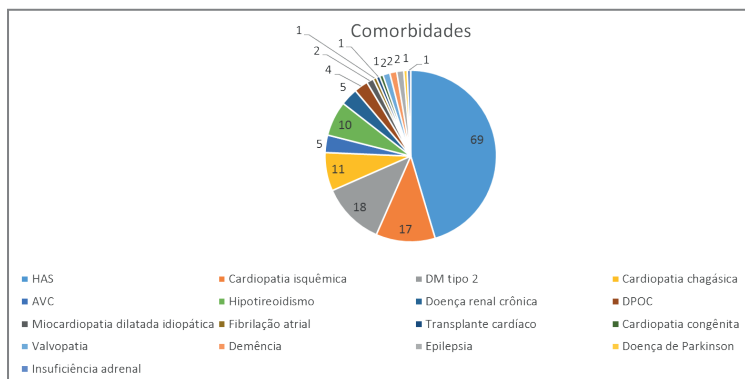
Variáveis	Média ± DP Mediana (Q1-Q3)	Varição (mínimo e máximo)
Idade (anos)	63,7 ± 17,2	14 a 87
Tempo de evolução dos sintomas (meses)*	18 (6-36)	8 dias a 62 anos
Último episódio de síncope (dias)*	44 (8,5-120)	0,5 a 547 dias

DP: desvio-padrão; Q1-Q3: intervalo interquartil; \*: variáveis sem distribuição normal.

**Fonte:** autores – 2023.

As comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica, diabete, cardiopatia isquêmica e chagásica, como está demonstrado na Figura 1. Estavam em uso de 5 ou mais medicamentos 46 pacientes (41,8%).

**Figura 1** - Comorbidades dos pacientes submetidos ao teste de inclinação e com resposta de hipotensão postural.



HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes melito; AVC: acidente vascular cerebral; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica. Os números no gráfico equivalem ao número de pacientes com a morbidade.

**Fonte:** autores – 2023.

Na posição deitada, as médias foram de 140,4/80,6 mmHg para PAS/PAD, respectivamente, e de 66,7 bpm para frequência cardíaca. A média do tempo de ocorrência de HP no TI foi de 19,8 minutos, variando de 1,42 a 30 minutos. A resposta ao TI foi de HP com percentil de 10 aos 4,8 minutos; percentil 25 aos 8,8 minutos; percentil 50 aos 20,0 minutos e percentil de 75 aos 30,0 minutos.

Apresentaram sintomas durante o teste 42,7% dos pacientes. Esses sintomas, os quais ocorreram concomitante no mesmo paciente, foram os seguintes: tontura ou lipotimia (27 participantes), palidez cutânea (12), fadiga ou sonolência (12), náuseas (4), sudorese (3), parestesia de extremidades (2), sensação de calor (2), dor torácica (1), palpitações (1) e cefaleia (1).

A média da queda absoluta da pressão arterial durante o TI em relação à posição deitada foi de 28,6/6,5 mmHg e houve aumento de 9,7 bpm na frequência cardíaca. Os demais dados hemodinâmicos e sua variação durante o TI estão dispostos na Tabela 2.

**Tabela 2** - Dados hemodinâmicos na posição supina e durante o teste de inclinação dos pacientes com resposta de hipotensão postural.

Variáveis	Média ± DP	Varição (mínimo e máximo)
PAS na posição deitada (mmHg)	140,4 ± 23,7	100 a 216
PAD na posição deitada (mmHg)	80,6 ± 11,5	50 a 110
FC na posição deitada (bpm)	66,7 ± 13,5	44 a 98

DP: desvio-padrão; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; FC: frequência cardíaca; bpm: batimento por minuto; TI: teste de inclinação.

**Fonte:** autores – 2023.

Houve necessidade de infusão de soro fisiológico em um paciente e de atropina em outro paciente, devido a não recuperação espontânea da PA e assistolia (esta durante a massagem do seio carotídeo, com duração de 8 segundos), respectivamente.

Foi necessária a infusão de isoproterenol, para aumentar a sensibilidade do teste, em 20 pacientes. As reações adversas ocorreram em 3 pacientes e foram dispneia e palpitações. Em virtude dessas reações, foi suspensa a administração da medicação, com resolução das mesmas.

## DISCUSSÃO

Os principais achados deste estudo foram: a) média de idade acima de 60 anos de pacientes com HP; b) comorbidades e polifarmácia associada ao quadro; c) longo tempo de evolução dos sintomas apesar de seu diagnóstico baseado em medidas da pressão arterial com a mudança de postura; d) diagnóstico por meio do TI de metade dos pacientes em até 20 minutos; e) a necessidade da assistência da enfermagem para o auxílio na realização e nas intervenções durante o exame.

Como destacado na introdução deste artigo, há um aumento da prevalência de HP com a idade (Freeman R. *et al.*, 2018; McDonagh STJ. *et al.*, 2021; Bailey R. *et al.*, 2020), sendo de 5% naqueles com menos de 50 anos, de 15% naqueles entre 65 e 69 anos e de até 25% naqueles com pelo menos 85 anos não institucionalizados (Ringer M. *et al.*, 2023). Estudo publicado recentemente com 14.833 indivíduos brasileiros, com idades entre 35 e 74 anos, demonstrou também esse aumento da prevalência com a idade, sendo de 1,2% naqueles entre 35 e 44 anos e de até 4,3% naqueles com mais de 65 anos (Velten APC. *et al.*, 2020). Dessa maneira, o presente estudo está em consonância com a literatura quanto à média de idade.

Outro aspecto epidemiológico demonstrado neste estudo foi a presença de polifarmácia e de comorbidades entre pacientes com HP. Essas condições são as principais causas de HP pelos efeitos hipotensivos dos medicamentos cardiovasculares e não cardiovasculares (como antidepressivos, antipsicóticos) e pela disfunção autonômica de algumas doenças associadas (Ringer M. *et al.*, 2023; Aydin AE. *et al.*, 2017; Rivasi G. *et al.*, 2020). Estudo recente realizado em atenção primária na cidade de Belo Horizonte detectou que a prevalência de polifarmácia foi de 57,7% e que idosos estavam em uso de 1 a 13 medicamentos, com média de 5,2 (Oliveira PC. *et al.*, 2023). Além da idade e da polifarmácia, outra variável associada à HP no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) foi a presença de doenças como hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia isquêmica, doença arterial periférica, sorologia positiva para doença de Chagas (Velten APC. *et al.*, 2019). E a diabete melito, presente em 16,4% dos pacientes do presente estudo, também é outra associação comum no quadro de HP, presente em até 30%, conforme a literatura (Freeman R. *et al.*, 2018;

McDonagh STJ. *et al.*, 2021). Semelhante ao nosso achado, o sexo não foi apontado como fator associado à HP (Velten APC. *et al.*, 2019). Esse perfil epidemiológico reflete a fisiopatologia da HP, com falha do barorreflexo na posição de pé nos pacientes com idade mais avançada, comorbidades com disautonomia e com uso de medicamentos vasodilatadores, diuréticos e psicoativos.

Apesar do diagnóstico de HP ser clínico e com medida da pressão arterial com a mudança de postura, como já exposto na introdução, essa mensuração não tem sido frequente na prática clínica (Velten APC. *et al.*, 2020). E a queda da pressão com o ortostatismo pode ser tardia, sendo indicado o TI, o qual também permite diagnóstico diferencial com outras condições, inclusive com síncope vasovagal (Freeman R. *et al.*, 2018; Ringer M. *et al.*, 2023). Adicionalmente, os pacientes com HP podem ser assintomáticos, cuja frequência foi de 43% também no estudo ELSA-Brasil (Velten APC. *et al.*, 2020). E como os sintomas são de hipoperfusão cerebral, como tontura, vertigem, lipotímia (pré-síncope) ou até quedas (Wieling W. *et al.*, 2022), os mesmos podem não ser valorizados a princípio, com retardo na sua investigação. Todos esses fatores podem explicar a mediana do tempo de evolução de 18 meses no presente estudo.

O diagnóstico pelo TI está indicado se houver um alto índice de suspeita de HP tardia, de ocorrência superior a 3 minutos (Freeman R. *et al.*, 2018). Além disso, os valores preditivos positivo e negativo para medida da pressão arterial na posição deitada e em ortostatismo são de 60% e 50%, respectivamente, quando comparado ao diagnóstico por meio do TI (Lanier JB. *et al.*, 2011). Portanto, o TI pode ser solicitado se houver um alto índice de suspeita de HP, apesar dos sinais vitais ortostáticos normais. Assim, com uma população selecionada de pacientes com HP, os resultados do presente estudo permitiram verificar a duração do TI para o diagnóstico daquela condição clínica. Na literatura, há estudos (Seok HY. *et al.*, 2018; Tzur I. *et al.*, 2020) demonstrando que o tempo de 5 minutos de ortostase ativa ou por TI não é adequado para o diagnóstico e a intolerância postural foi tardia (considerada superior a 10 minutos) em 57% dos pacientes (Lee H. *et al.*, 2018). No estudo em questão, 10% dos pacientes apresentaram a resposta de HP com menos de 5 minutos, 25% com menos de 10 minutos e 50% até 20 minutos. O tempo de resposta positiva do TI tem sido estudado na síncope vasovagal, com média de 11 minutos na fase passiva sem medicação, mas com necessidade de mais 10 minutos após essa fase, a

qual é de 15 a 20 minutos, para resposta positiva com uso de fármacos. E o tempo total indicado para o TI na suspeita de HP tardia é de 20 a 40 minutos (Glockler A. *et al.*, 2020; Fedorowski A. *et al.*, 2023). Portanto, a literatura é escassa no que se refere à média de tempo de diagnóstico de HP pelo TI. Já no que concerne aos sintomas durante o teste, os mesmos foram semelhantes ao demonstrado na literatura, assim como sua proporção (Freeman R. *et al.*, 2018; Wieling W. *et al.*, 2022; Lee H. *et al.*, 2017).

Outro aspecto verificado no presente estudo foi sobre a assistência da enfermagem, tanto para o preparo do paciente, quanto para administração de medicamentos e auxílio durante as intervenções. Apesar disso, os estudos publicados trataram de abordar o papel ou a intervenção por parte da enfermagem para evitar quedas (Meyer A. 2009; Moreira MD. *et al.*, 2007; Moreira RP. *et al.*, 2022) e somente um abordou especificamente a prevenção de HP pela assistência da enfermagem (Zhou X. *et al.*, 2023). Não encontramos artigos sobre a assistência da enfermagem durante o TI, embora seja integrante da equipe para o procedimento do exame (Zysko D. *et al.*, 2023), realçando a relevância do presente estudo também quanto a esse aspecto.

## **Limitações**

A principal limitação deste estudo foi a não mensuração da pressão arterial por pletismografia digital, que permite seu monitoramento contínuo. Apesar do procedimento de punção venosa poder atuar como um gatilho para síncope, nenhum paciente apresentou sintomas correlatos durante a punção e a mesma foi executada com o tempo de repouso preconizado pelas diretrizes para realização do TI.

## **CONCLUSÃO**

O perfil dos pacientes com HP ao TI demonstrou morbidade significativa. O tempo de diagnóstico ao TI foi de quase 20 minutos. A assistência da enfermagem foi necessária não somente para o preparo dos pacientes, como também para as intervenções durante o exame.

## REFERÊNCIAS

- AYDIN, A.E. *et al.* Which is preferable for orthostatic hypotension diagnosis in older adults: active standing test or head-up tilt table test? **Clin Interv Aging**, v.12, n. p.12:207-212, 2017. doi: 10.2147/CIA.S129868.
- BAILEY, R *et al.* Orthostatic hypotension: clinical review and case study. **Br J Nurs**, v.29, n. 9, p. 506-511, 2020.
- FEDOROWSKI, A. *et al.* Orthostatic Hypotension: Management of a Complex, But Common, Medical Problem. **Circ Arrhythm Electrophysiol**, v.15, n. 3, e010573, 2022, doi: 10.1161/CIRCEP.121.010573.
- FEDOROWSKI, A. *et al.* Tilt testing evolves: faster and still accurate. **Eur Heart J**, v. 44, n. 27, p. 2480-2482, 2023. doi: 10.1093/eurheartj/ehad359.
- FREEMAN, R. *et al.* Orthostatic Hypotension: JACC State-of-the-Art Review. **J Am Coll Cardiol**, v. 72, n. 11, p. 1294–1309, 2018.
- GLOCKLER, A. *et al.* What is the optimal duration of the TILT after administration of 0.4mg nitroglycerin spray? **Medicine** (Baltimore), v. 99, n. 11, p. e19510, 2020. doi: 10.1097/MD.00000000000019510.
- GOMES, C.O. *et al.* (Org.). Semiotécnica em enfermagem. Natal: **EDUFRN**, p. 431, 2018, ISBN 978-85-425-0816-1.
- LANIER, J.B. *et al.* Evaluation and management of orthostatic hypotension. **Am Fam Physician**, v. 84, n. 5, p. 527-536, 2011.
- LEE, H *et al.* Orthostatic tachycardia with different onset time in patients with orthostatic intolerance. **J Neurol Sci**, v. 390, p. 166-171, 2018. doi: 10.1016/j.jns.2018.04.033.
- LEE, H. *et al.* Patients with Orthostatic Intolerance: Relationship to Autonomic Function Tests results and Reproducibility of Symptoms on Tilt. **Sci Rep**, v.7, n. 1, p. 5706, 2017. doi: 10.1038/s41598-017-05668-4.
- LEE, P.M. *et al.* Nitrates. [Updated 2022 Jul 11]. In: **StatPearls** [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545149/>.
- MACEDO, P.G. *et al.* Tilt test-from the necessary to the indispensable. **Arq Bras Cardiol**, v. 96, n. 3, p. 246-54, 2011. doi: 10.1590/s0066-782x2011005000006.
- MCDONAGH, S.T.J. *et al.* Prevalence of postural hypotension in primary, community and institutional care: a systematic review and meta-analysis. **BMC Fam Pract**, v.22,n.1, 2021, doi: 10.1186/s12875-020-01313-8.
- MEYER, A. Transient loss of consciousness 2: patient pathways and the nurse's role. **Nurs Times**, v. 105, n. 9, p. 16-18, 2009.
- MOREIRA, M.D. *et al.* The association between nursing diagnoses and the occurrence of falls observed among elderly individuals assisted in an outpatient facility. **Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]**, v. 15, n. 2, p. 311–317, 2007. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000200018>.
- MOREIRA, R.P. *et al.* Effects of the nursing intervention Fall prevention in older adults with arterial hypertension using NANDA-I, NIC, and NOC. **Int J Nurs Knowl**, v. 33, n. 2, p. 147-161, 2022. doi: 10.1111/2047-3095.12346.
- OLIVEIRA, P. C. *et al.* Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 26, n. 4 [acessado 30 agosto 2023], pp. 1553-1564. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.08472019>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.08472019>.

RINGER, M. *et al.* Orthostatic Hypotension. [Updated 2023 May 16]. In: **StatPearls** [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448192/>.

RIVASI, G. *et al.* Drug-Related Orthostatic Hypotension: Beyond Anti-Hypertensive Medications. **Drugs Aging**, v. 37, n. 10, p. 725-738, 2020. doi: 10.1007/s40266-020-00796-5.

SEOK, H.Y. *et al.* Patterns of Orthostatic Blood Pressure Changes in Patients with Orthostatic Hypotension. **J Clin Neurol**, v. 14, n. 3, p. 283-290, 2018. doi: 10.3988/jcn.2018.14.3.283.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Normatização dos Equipamentos e Técnicas para Realização de Exames de Teste de Inclinação Ortostática (Tilt Table Test). **Arq Bras Cardiol**, v. 79, n. 4, 2002. doi: 10.1590/S0066-782X2002001300016.

SZYMANSKI, M.W. *et al.* Isoproterenol. 2023 May 1. In: **StatPearls** [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 30252298.

TZUR, I. *et al.* Delayed versus classic orthostatic hypotension: clinical and prognostic implications. **Blood Press**, v. 29, n. 4, p. 209-219, 2020. doi: 10.1080/08037051.2020.1733389.

VELTEN, A.P.C. *et al.* A Prevalência da Hipotensão Ortostática e a Distribuição da Variação Pressórica no Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto. **Arq Bras Cardiol**, v. 114, n. 6, p. 1040-1048, 2020. Available from: <https://doi.org/10.36660/abc.20180354>.

VELTEN, A.P.C. *et al.* Fatores associados à hipotensão ortostática em adultos: estudo ELSA-Brasil. **Cad Saúde Pública** [Internet], v. 35, n. 8, p. 00123718, 2019. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00123718>.

WIELING, W. *et al.* Diagnosis and treatment of orthostatic hypotension. **Lancet Neurol**, v.21, n. 8, p. 735-746, 2022. doi: 10.1016/S1474-4422(22)00169-7.

ZHOU, X. *et al.* Clinical study and nursing risk prevention of orthostatic hypotension and orthostatic hypertension in elderly patients with hypertension. **Minerva Pediatr (Torino)**, v. 75, n. 3, p. 439-442, 2023. doi: 10.23736/S2724-5276.23.07193-8.

ZYSKO, D. *et al.* Tilt Table. [Atualizado em 21 de janeiro de 2023]. In: **StatPearls** [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482320/>.

# **CONSUMO DE CIGARRO ELETRÔNICO POR GRADUANDOS EM CURSOS DE SAÚDE DE UMA UNIVERSIDADE PRIVADA**

**Gabriel Nivaldo Brito Constantino**  
Universidade Iguazu (UNIG)

**Milena Maria da Silva Acioli**  
Universidade Iguazu (UNIG)

**Camila de Sousa Martins Isaiais**  
Universidade Iguazu (UNIG)

**Ane Raquel de Oliveira**  
Universidade Iguazu (UNIG)

**Emmanuelly Soares Barbosa da Silva**  
Universidade Iguazu (UNIG)

**Wanderson Alves Ribeiro Alves Ribeiro**  
Universidade Iguazu (UNIG)

**Bruna Porath Azevedo Fassarela**  
Universidade Iguazu (UNIG)

**Keila do Carmo Neves**  
Universidade Iguazu (UNIG)

**Júlio Gabriel Mendonça de Sousa**  
Universidade Federal Fluminense (UFF)

**Denilson da Silva Evangelista**  
Universidade Iguazu (UNIG)

# RESUMO

**Introdução:** O Tabagismo é uma doença crônica que teve seu ápice na década de 90 devido a assimilação do uso do cigarro ao luxo. No contexto atual, esta problemática se perpetua, porém, por meio do uso do Cigarro Eletrônico (CE), dispositivo que surgiu com o intuito de auxiliar o fim do tabagismo, porém, não foi o impacto obtido. **Metodologia:** Este estudo foi realizado por meio de uma pesquisa exploratória descritiva, sendo realizada pesquisa de campo com abordagem mista. **Objetivo:** Teve-se como objetivo avaliar o perfil epidemiológico e de consumo de graduandos usuários de cigarro eletrônico dos cursos de saúde de uma universidade privada na Metropolitana I. **Resultados:** Tendo-se 203 participantes, pode-se verificar: 44% dos participantes são brancos; 72% pertencem ao sexo feminino; 33% possuem de 21 a 25 anos de idade; 83% nunca fumaram; 17% fizeram uso de CE; 4% afirmam ter a pretensão de utilizar CE; 40% são do curso de Enfermagem. **Conclusão:** Devido a baixa adesão por parte dos demais cursos participantes desta pesquisa, dificultou-se traçar um perfil epidemiológico fidedigno, logo, optou-se por traçar um parcial para que se pudesse tangenciar um verossímil na continuação da pesquisa que ocorrerá no ano de 2025. Deste modo, traçou-se, parcialmente, o seguinte perfil: Os usuários de CE da Universidade Privada Na Metropolitana I são do sexo feminino, brancos, pertencentes ao curso de Enfermagem e estão dentro da faixa etária de 21 a 25 anos. Salienta-se que estes nunca usaram cigarro convencional.

**Palavras-chave:** Estudante universitário; tabagismo; cigarro eletrônico.

## INTRODUÇÃO

Tabagismo é uma doença crônica causada pela dependência da nicotina. Nos anos 90, o cigarro atingiu seu auge, o que fez com que fosse observado seu uso excessivo por ser relacionado a luxo, sendo esta imagem replicada incessantemente no universo cinematográfico. <sup>(1)</sup>

Atualmente, é perceptível o retorno desta problemática por meio do uso dos cigarros eletrônicos (CE) que, assim como o seu antecessor, é tido como luxo entre os jovens, bem como é associado a diversão e entretenimento. Salienta-se que este dispositivo é classificado como um Dispositivo Eletrônico para Fumar (DEF) e é popularmente conhecido por diferentes nomes: vapes, hookah-pens, e-hookah, e-cigars e mods. <sup>(2)</sup>

Tal fato supracitado urge em resposta aos malefícios e à elevada taxa de mortalidade relacionada ao tabaco, uma vez que o cigarro eletrônico despontou como um produto alternativo para aqueles que desejavam parar de fumar. Além disso, este ganhou popularidade entre os fumantes convencionais, mulheres grávidas e, até mesmo, jovens, pois são comercializados com uma opção terapêutica, haja vista que devido ao marketing expô-lo como uma alternativa mais saudável e segura, tem-se, conseqüentemente, um maior aceite por parte da sociedade. <sup>(2-3)</sup>

O CE tem sua criação datada em 1963 por Herbert A. Gilbert, sendo patenteado como um “dispositivo de cigarro não-tabaco” com o intuito de substituir o hábito de fumar, a partir da queima do tabaco, por um ar mais seguro e “limpo”, como um vapor. Entretanto, devido à falta de tecnologia à época, sua produção não foi realizada. <sup>(3)</sup>

O farmacêutico chinês Hon Link, em 2003, desenvolveu os primeiros dispositivos nomeados *Ruyan*, termo que significava “substituto ao ato de fumar” em chinês. Agora patenteados, foram lançados os CE, os quais conquistaram de maneira rápida e extensivamente o mercado mundial. <sup>(3-5)</sup>

Este dispositivo ganhou popularidade, o que possibilitou sua evolução tecnológica tanto em design, quanto em função, permitindo-o ser classificado em quatro gerações. Todos os produtos das diferentes categorias encontram-se disponíveis no mercado hoje, contudo, são adaptados ao padrão mais atualizado, até mesmo os mais antigos, dentro do que a sua estrutura permite. Os dispositivos

podem ser divididos em sistemas abertos (recarregáveis) ou fechados (não recarregáveis) e possuem diferentes formas, tamanhos e cores.<sup>(4)</sup>

Apesar de existirem diferentes modelos de Cigarro Eletrônico no mercado, diferenciando-se pelo design, mecanismo e nomenclatura, todos possuem as seguintes estruturas em comum: um bocal, a bateria, o atomizador e o espaço destinado ao líquido.<sup>(6)</sup>

Salienta-se que a solução utilizada nos cigarros eletrônicos – conhecida por e-liquid ou e-juice – é composta de diferentes substâncias. A base consiste na combinação de propilenoglicol e glicerina em água purificada. A fração típica de volume é de 20% de propilenoglicol para 80% de glicerina, embora isto varie consideravelmente de uma marca para outra. Durante o uso, o usuário absorve o vapor gerado a partir do e-líquido, solventes, nicotina, água, aromatizantes e outros aditivos.<sup>(7)</sup>

Ao contrário dos cigarros convencionais, que são queimados continuamente a temperaturas elevadas durante todo o tempo de uso, os cigarros eletrônicos passam por ciclos térmicos de aquecimento e resfriamento. O dispositivo inicia à temperatura ambiente, ao passo que quando a resistência é ativada, o calor chega até o ponto de ebulição do líquido e sua liberação em forma de vapor.<sup>(8)</sup>

Após completada a inalação, nenhuma energia é fornecida à resistência e ao pavio, de modo que a temperatura diminui progressivamente. Ao mesmo tempo, o líquido é novamente fornecido à resistência e ao pavio, o que diminui ainda mais sua temperatura. (8) Atualmente os dispositivos podem ser divididos em sistemas abertos (recarregáveis) ou fechados (não recarregáveis) e possuem diferentes formas, tamanhos e cores.<sup>(4)</sup>

A estratégia comercial vem projetando a imagem cada vez mais inovadora dos cigarros eletrônicos, haja vista que uma série de acessórios permitem sua customização segundo as necessidades e desejos do consumidor. Outrossim, a disponibilidade de líquidos com os mais diversos sabores tem atraído a atenção de jovens (fumantes e não fumantes) guiados pela curiosidade e o desejo de novas experiências.<sup>(4)</sup>

O hábito de fumar é um processo que envolve fatores tanto psicossociais, quanto ambientais, sendo considerado, atualmente, um grande problema de saúde pública. O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são fatores de

riscos importantes para as principais doenças crônicas que acometem seus usuários, tais quais o câncer bucal, doenças pulmonares e cardiovasculares. Estima-se que 8 milhões de pessoas morrem ao ano por doenças relacionadas ao uso tabaco, contudo, apesar deste indicador, aproximadamente 1,1 bilhão de pessoas no mundo são fumantes hoje.<sup>(9)</sup>

No Brasil, apesar de ser constatado que houve uma redução no número de fumantes nos últimos dez anos, salienta-se que a taxa de fumantes maiores de 18 anos é de 9,8%, o que corresponde a aproximadamente 22 milhões de brasileiros, tendo como índices 12,3 % entre homens e 7,7 % entre mulheres.<sup>(7)</sup>

Em contrapartida, tem sido notado que o uso do cigarro eletrônico aumenta exponencialmente ao redor do mundo, estimando-se que 68 milhões de pessoas são usuárias deste no contexto atual.<sup>8</sup> Além disso, prevê-se que até 2025 o mercado global deste produto ultrapasse 50 bilhões de dólares.<sup>(7; 9)</sup>

A exposição crônica às substâncias produzidas pelos cigarros eletrônicos, em um nível muito mais alto que no ar, parece trazer risco à saúde dos usuários, bem como para as pessoas passivamente expostas ao vapor.<sup>(10)</sup> Sobre seus efeitos a médio e longo prazo na saúde humana, ainda não existem conclusões significativas devido ao curto tempo em que os dispositivos se encontram no mercado.

Em relação às doenças pulmonares, a literatura evidencia que ainda não há dados suficientes para determinar se os cigarros eletrônicos causam ou não doenças respiratórias em humanos. Sabe-se que sintomas respiratórios brandos são comumente relatados por seus usuários (como irritação na garganta / boca, cefaleia, tosse e náusea) que tendem a cessar com o tempo de uso.<sup>(11)</sup>

Além disso, há possibilidade de irritação pulmonar em pessoas com hipersensibilidade a certos produtos químicos.<sup>(8)</sup> Evidências recentes relataram inflamação brônquica, danos pulmonares, bem como inflamação sistêmica e alteração em células de defesa em indivíduos expostos ao cigarro eletrônico.<sup>(11)</sup> Observados em conjunto, os achados sugerem que alterações pulmonares podem ser induzidas pelo uso de cigarro eletrônico em curto prazo.

Assim, considerando o conhecimento e disponibilidade do CE entre universitários e a população em geral, é fundamental a existência de intervenções que objetivem estimular hábitos saudáveis entre os estudantes e inibam a adoção do uso desse tipo de dispositivo, evitando, em última análise, o aumento

do consumo de outros produtos que também liberem nicotina inalada, incluindo derivados de tabaco.<sup>(12)</sup>

Portanto, este estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico e de consumo de graduandos usuários de cigarro eletrônico dos cursos de saúde de uma Universidade Privada na Metropolitana I para que se possa propor, a partir da literatura, possíveis estratégias para enfrentamento e diminuição do consumo de cigarro eletrônico por graduandos nos cursos de saúde.

## MÉTODOS

### Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, tendo como fonte de informação a pesquisa de campo e abordagem mista sobre “CONSUMO DE CIGARRO ELETRÔNICO POR GRADUANDOS EM CURSOS DE SAÚDE DE UMA UNIVERSIDADE PRIVADA” e ainda, captar diferentes experiências relacionadas ao tema proposto.

Segundo Lakatos e Marconi<sup>(13)</sup> os estudos exploratórios são investigações de pesquisa empírica, cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, no qual se empregam geralmente procedimentos sistemáticos para a obtenção de observações empíricas ou para as análises de dados, em que são obtidas frequentemente descrições tanto quantitativas, quanto qualitativas do objeto de estudo.

Para Minayo<sup>(14)</sup>, uma pesquisa exploratória deve seguir os seguintes passos: escolha do tópico de investigação; delimitação do problema, definição do objeto e objetivo, construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo.

Trata-se ainda de uma pesquisa de campo que segundo Leopardi *et al.*<sup>(15)</sup> são definidas como pesquisa de campo aquelas desenvolvidas cenárias culturais onde se pratica o convívio social. O pesquisador, ao realizar um estudo de campo, procura avaliar profundamente as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas, ou grupos, enquanto estão em ação na vida real.

Para melhor compreensão deste tipo de pesquisa, Creswell<sup>(16-17)</sup> esclarece que os métodos mistos são uma combinação dos métodos de pesquisas

quantitativas com qualitativas, buscando assim responder questões abertas e fechadas. Neste tipo de pesquisa, utilizam-se formas múltiplas de dados contemplando todas as possibilidades, incluindo análises estatísticas e textuais.

De acordo com Creswell e Clarck<sup>(18)</sup>, na pesquisa mista o pesquisador implementa os elementos qualitativos e quantitativos ao mesmo tempo, os dois elementos têm igual ênfase e os resultados separados se convergem (QUAN+ QUAL).

Nesse sentido, Creswell<sup>(17)</sup> informa que o conceito de reunir diferentes métodos dá ao pesquisador uma observação maior do evento, sendo eles uma ação múltipla de métodos quantitativos, ou múltiplos métodos qualitativos, ou utilização dos dois.

Ressalta-se que os dados quantitativos nesta pesquisa foram obtidos de questões fechadas, enquanto os dados qualitativos das questões abertas, ambos de um mesmo questionário.

## **Aspectos Éticos da Pesquisa**

Atendendo aos princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº.466/2012<sup>(19)</sup> que assegura os direitos e deveres da comunidade científica e dos sujeitos da pesquisa, assim como se respeitando os princípios de justiça, equidade e segurança, este projeto foi encaminhado ao Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Iguazu com aprovação segundo CAAE 75264023.0.0000.8044; e parecer de número 6.492.149, no dia 07 de novembro de 2023.

Em observância à legislação em pesquisa envolvendo seres humanos, os participantes de pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após serem informados sobre os objetivos da pesquisa, a participação voluntária, o direito ao anonimato e sigilo dos dados informados, além do direito de abandonar a pesquisa em qualquer etapa, se assim desejarem.

Foram previstos procedimentos que assegurem a confidencialidade e privacidade, além da proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, incluindo em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro. Para preservar a

identidade dos participantes, serão utilizados nomes comuns, porém, fictícios, para a identificação das falas dos participantes.

## **Campo de Pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida na Universidade Iguazu de Nova Iguaçu, situada na Baixada Fluminense. Vale salientar que a instituição possui toda a estrutura física, funcional, tecnologia, recursos humanos, modelos de gestão e assistência necessários para execução do projeto.

## **Participantes da Pesquisa**

Os participantes foram os graduandos dos cursos de Enfermagem, Educação Física, Estética, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Odontologia, pois se enquadram nos critérios de inclusão e aceitaram, de livre e espontânea vontade, participar desta pesquisa.

Cabe mencionar que os critérios de inclusão dos participantes foram: Ter acima de dezoito anos e pertencer a um dos cursos supracitados.

Como critérios de exclusão: Alunos que estivessem com o curso trancado durante a realização da pesquisa.

## **Coleta dos Dados**

Foi utilizado como base o questionário já aplicado em um estudo prévio na UFSC<sup>(20)</sup> com modificações e questões adicionais inseridas a partir da análise de questionários encontrados na revisão preliminar da literatura.<sup>(4; 21)</sup> O questionário (Apêndice B) foi adaptado para o modelo on-line da plataforma Google *Forms* e enviado através de um link para o acesso dos participantes.

Os Coordenadores dos respectivos cursos foram informados sobre a pesquisa, tendo acesso ao projeto e ao questionário, após assinatura de carta de anuência. Deste modo, quando a coleta de dados foi iniciada, solicitou-se a eles que encaminhassem o convite aos graduandos por meio de grupos de *whatsapp*, sendo estes grupos de turmas. Assim, os graduandos foram convidados

a participar da pesquisa com uma breve explicação sobre a temática e os objetivos da pesquisa em questão.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice A) foi apresentado previamente à apresentação do questionário, havendo também um link para o acesso e download do arquivo em PDF, e foi recomendado aos participantes que arquivassem o documento para futura consulta, caso necessário. Também foi solicitado aos participantes que informassem seus endereços de e-mail, de forma a permitir a identificação de um formulário em específico (e a exclusão dos dados da amostra) caso haja alguma desistência, bem como o envio de uma cópia das respostas ao participante. O acesso ao questionário só foi possível após o aceite ao TCLE; em caso de discordância, o formulário encaminhava o participante a uma página de agradecimento e encerramento.

Acerca da coleta dos dados, foram obtidos os dados demográficos e foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada que, de acordo com De Souza Minayo, Deslandes e Gomes<sup>(22)</sup>, "é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através desta técnica, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais". Gonzales, Beck e Leopardi<sup>15</sup> corroboram que "a entrevista na investigação qualitativa é um recurso importante e pode ser construída de diferentes maneiras, porém, sempre vista como um encontro social".

Além dos dados demográficos, o questionário possui vinte questões fechadas (múltipla escolha) e uma questão aberta. As variáveis pesquisadas foram: curso; idade; sexo; status tabagista; usuário de cigarro eletrônico; conhecimento sobre cigarro eletrônico; curiosidade, pretensão e influência de amigos no possível uso; comparação entre cigarro convencional e eletrônico; percepção sobre o conhecimento de cigarro eletrônico; conhecimento sobre a legislação do dispositivo no Brasil; conhecimento sobre a lesão pulmonar associada ao uso de cigarro eletrônico; conhecimento sobre a venda dos dispositivos no Brasil; conhecimento do dispositivo como método de cessação do tabagismo; sabores dos dispositivos; fumo passivo através do cigarro eletrônico; custo financeiro anual do dispositivo em comparação ao cigarro convencional; presença de substâncias cancerígenas e de nicotina na composição do produto; informações recebidas e oportunidade de discussão sobre o assunto durante a graduação; opinião sobre o papel do profissional da saúde no conhecimento

dos dispositivos, recomendação para fumantes e preparação do profissional quanto a orientação do paciente a respeito de cigarro eletrônico.

## **Tratamento dos Dados Coletados**

Os dados coletados foram recuperados da plataforma do Google e organizados em uma planilha do Microsoft Excel 2016®, cabendo ao pesquisador exportar e salvar a planilha. As respostas foram organizadas em grupos, estabelecidos pelos cursos, nos quais os estudantes estavam matriculados.

A organização e análise dos dados do questionário foram feitas com base na divisão:

- Dados Demográficos: idade, sexo, curso, status tabagista e usuário de cigarros eletrônicos;
- Curiosidade, pretensão e influência no uso de cigarros eletrônicos;
- Percepção e conhecimento sobre cigarros eletrônicos (classificação do seu conhecimento, comparação entre cigarro convencional e cigarro eletrônico, risco à saúde, legislação no Brasil, cessação do tabagismo, sabores, fumo passivo e cigarro eletrônico, custo, presença de substâncias cancerígenas e nicotina);
- Levantamento sobre os conhecimentos recebidos durante cada curso e oportunidade de discussão do assunto;
- Opinião sobre a importância do conhecimento como profissional da saúde sobre o tema, recomendação de uso e segurança na orientação dos pacientes a respeito do dispositivo.

Após a coleta dos dados foi realizada a análise das entrevistas e os resultados foram apresentados e descritos, seguidos da sua discussão em torno das variáveis do estudo, articulada com o referencial teórico e a análise foi feita pela distribuição da frequência e percentual.

Os dados quantitativos foram dispostos apropriadamente em uma planilha eletrônica e tratados com estatística simples.

Uma vez que a pesquisa contemplou registro de respostas das variáveis do questionário e da entrevista com discurso livre do respondente, a análise dos resultados teve abordagem quantitativa e qualitativa.

Na abordagem quantitativa, a análise descritiva dos dados foi feita baseada em gráficos, distribuições de frequências, tabelas cruzadas e cálculo de estatísticas descritivas, com o objetivo de sintetizar e caracterizar o perfil do graduando que utiliza o cigarro eletrônico.

Em relação aos dados qualitativos, foram transcritas as parcialidades gravadas das entrevistas e foram identificados com nomes fictícios e, por sua vez, foram impressas para facilitar a leitura, organização e análise das informações. Assim, foi realizada inicialmente uma leitura flutuante visando o contato com o material elaborado e fosse feita a elaboração de uma primeira impressão que proporcione uma familiaridade com os dados.

Nesse sentido, após o primeiro contato com todas as entrevistas, prosseguiu-se com uma leitura mais minuciosa de cada entrevista com a finalidade de identificar os temas emergentes em cada uma delas. Este procedimento se repetiu por diversas vezes até a certeza, pelo pesquisador, da identificação dos temas emergentes dos depoimentos. Diante de tal fato, Polit, Beck e Hungler<sup>(23)</sup> referem que os pesquisadores que utilizam a abordagem qualitativa, devem ler muitas vezes seus dados narrativos em busca do significado e do entendimento mais profundo.

Após a identificação dos temas emergentes de cada entrevista, foram identificados os temas similares que apareceram com maior frequência nos discursos dos sujeitos. Nessa etapa, os temas foram destacados por meio de recortes de frases dos discursos, identificados com nomes fictícios, tendo que Bardin<sup>(24)</sup> define essa ação como uma transformação dos dados brutos do texto em dados codificados.

Em seguida, para análise das informações, foi utilizada a análise de conteúdo temática que, segundo Bardin<sup>(24)</sup>, possibilita descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja frequência pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Assim, segundo Bardin<sup>(24)</sup>, a análise temática "É transversal", isto é, recorta o conjunto das entrevistas através de uma grelha de categoria projetada sobre o conteúdo. Não se tem em conta a

dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas extraídos dos conjuntos dos discursos, considerados dados segmentáveis e comparáveis”.

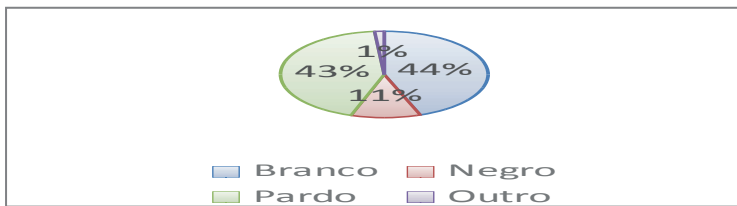
Por sua vez, depois da leitura dos relatos dos participantes sobre o nível de conhecimento foram descritos os temas identificados para a construção dos resultados para elaboração das categorias de análise.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo coletou 203 entrevistas por meio do preenchimento de um formulário no *Google Forms*. Para que não houvesse nenhuma possibilidade de identificação e associação da história dos participantes da pesquisa, não houve identificação nas informações obtidas.

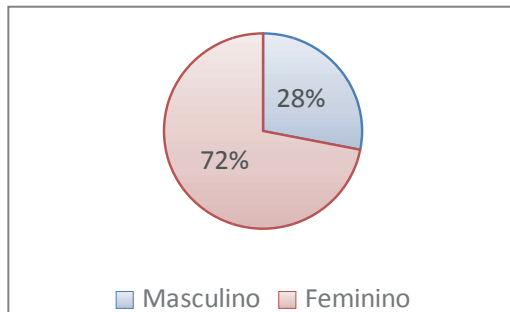
Ao analisar os dados coletados nas entrevistas, obteve-se as seguintes respostas:

**Gráfico 1** - Apresentação do percentual da etnia dos entrevistados. Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. 2024.



Fonte: Produção dos autores (2024).

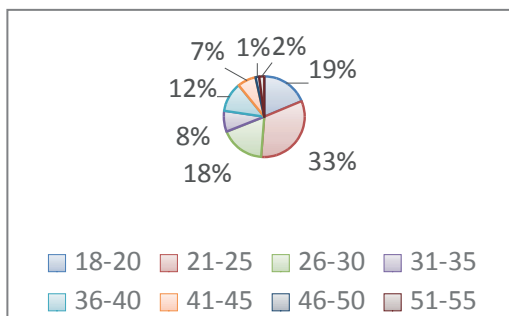
**Gráfico 2** - Apresentação do percentual do gênero dos entrevistados. Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. 2024.



Fonte: Produção dos autores (2024).

Analisando os dados obtidos, constatou-se que dos 203 participantes da pesquisa, 146 são do sexo feminino, enquanto apenas 57 são do sexo masculino, o que representa aproximadamente 28% do total. Em análogo a isso, tem-se que 90 (44%) participantes se consideram brancos, 22 negros (11%), 88 pardos (43%) e 3 (2%) outra etnia a qual não se tinha como opção nas alternativas de resposta para esta pergunta.

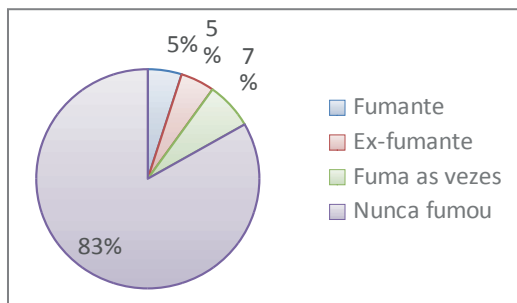
**Gráfico 3** - Apresentação do percentual da faixa etária dos participantes. Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil, 2024.



**Fonte:** Produção dos autores (2024).

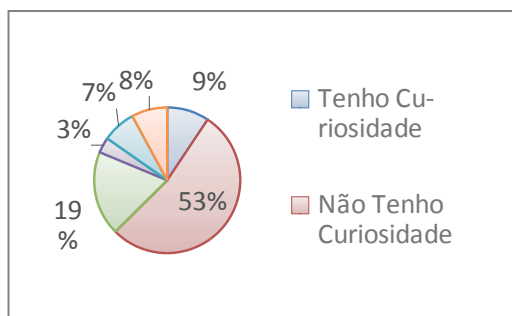
Acerca da faixa etária dos participantes da pesquisa, notou-se que em um todo há um predomínio entre a faixa de 18 a 30 anos de idade, totalizando 104 acadêmicos dos cursos escolhidos para coleta de dados, destacando-se uma maior concentração entre a faixa etária de 21 a 25 anos.

**Gráfico 4** - Apresentação do percentual de participantes Tabagistas. Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil, 2024.



**Fonte:** Produção dos autores (2024).

**Gráfico 5** - Apresentação do percentual de participantes que fizeram uso de Cigarro Eletrônico. Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. 2024.



**Fonte:** Produção dos autores (2024).

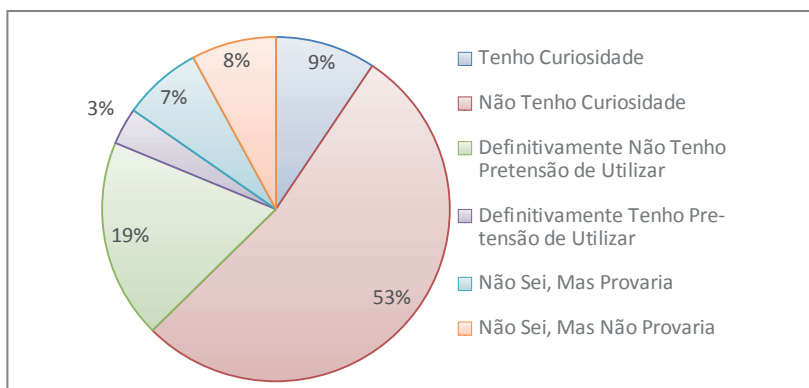
Em complemento ao exposto, averiguou-se por meio dos dados coletados que 169 participantes (83%) nunca utilizaram cigarro, tendo apenas 10 (5%) fumantes, 10 (5%) ex-fumantes e 14 (7%) alegam fumar às vezes.

Outrossim, ressalta-se que dentre os 203 participantes, 34 (17%) alegam já terem utilizado cigarro eletrônico ao menos uma vez. Contudo, fazendo uma análise mais aprofundada deste dado, constatou-se que 17 (50%) participantes que já utilizaram CE nunca utilizaram o cigarro convencional antes.

Além disso, notou-se que o menor quantitativo de usuários de Cigarro Eletrônico se encontra entre os fumantes, totalizando 03 participantes, enquanto aqueles que se consideram ex-fumantes totalizam 04 e aqueles que fumam "Às vezes" totalizam 10. Logo, demonstra-se que há uma maior tendência do uso do CE por aqueles que não fumam, o que pode ser reflexo do citado anteriormente acerca da questão do uso deste dispositivo como meio de lazer e socialização entre os jovens.

Dando prosseguimento a análise de dados, foi realizada a seguinte pergunta aos acadêmicos participantes: "Você tem curiosidade sobre a sensação de fumar um cigarro eletrônico ou a pretensão de prová-lo?". Obteve-se os seguintes dados:

**Gráfico 6** - Apresentação do percentual de participantes que possuem curiosidade ou pretensão de usar Cigarro Eletrônico. Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. 2024.



**Fonte:** Produção dos autores (2024).

Como exposto, 108 participantes (53%) não possuem curiosidade acerca do uso do cigarro eletrônico, bem como 38 participantes (19%) definitivamente não possuem a pretensão de usá-lo. Além disso, 19 possuem curiosidade, 15 não sabem se posicionar acerca deste assunto, porém, fariam o uso caso tivessem a oportunidade.

Apenas 7 participantes (4%) têm a pretensão de fazer uso do cigarro eletrônico. Por mais que este valor pareça ínfimo, uma vez que consiste em apenas 4% no universo de entrevistados, contudo, como posto pelo Filósofo Karl Marx<sup>(25)</sup>, o homem é fruto do meio ao qual está inserido. Logo, estes indivíduos que pretendem fazer o uso de CE em algum momento podem influenciar aqueles que estão em seu convívio para que façam o mesmo e, por conseguinte, contribuirão para o aumento do número de usuários.

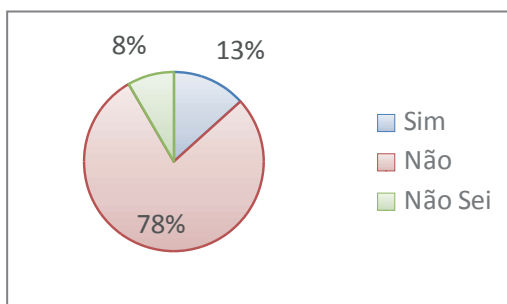
Além disso, este fato pode ser um indicio do que foi exposto pela Global State of Tobacco Harm Reduction<sup>(8)</sup>, a qual narra um aumento exponencial do uso do cigarro eletrônico ao redor do mundo, estimando-se que 68 milhões de pessoas são usuárias deste no contexto atual. Fato este confirmado pela Inteligência em Pesquisa e Consultoria Estratégica (IPEC), o qual divulgou em uma pesquisa afirmando que os usuários de CE no Brasil aumentaram 600% de 2018 a 2023, saindo de 500 mil para 2,9 Milhões<sup>(26)</sup>.

Godoi *et al.*<sup>(27)</sup> relata a tendência do uso do Cigarro Eletrônico por universitários em seu estudo, uma vez que expõe que mais da metade dos estudantes

entrevistados usavam esse dispositivo, ainda que possuíssem, em sua maioria, a percepção que o uso do CE é danoso à saúde.

Acerca do uso devido a convite de algum colega, obteve-se os seguintes dados:

**Gráfico 7** - Apresentação do percentual de participantes que fariam uso de Cigarro Eletrônico por convite de um colega. Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. 2024.



**Fonte:** Produção dos autores (2024).

De acordo com os dados coletados, 159 (78%) alegam que recusariam utilizar Cigarro Eletrônico ainda que seja por intermédio de convite de algum amigo. Porém, como exposto por Martins *et al.*<sup>(1)</sup>, o uso de CE é associado a diversão e entretenimento entre os jovens, logo, a recusa do uso deste objeto em um meio em que há usuários pode acarretar a exclusão deste jovem. Assim, nota-se que o uso, ou não, do Cigarro Eletrônico pode impactar diretamente nas relações sociais dos jovens no contexto atual.

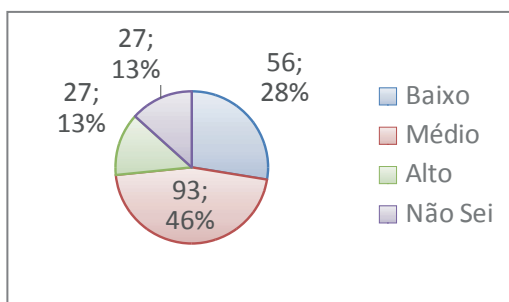
Fato que pode complementar a fala do autor supracitado é o dado exposto de que 17, dos 34 usuários de CE, nunca terem fumado antes. Logo, isto pode ser indício tanto deste evento, quanto do que foi posto pelo filósofo Karl Marx como supracitado.

Ressalta-se que há um maior destaque para os jovens nesta temática, pois, segundo Barradas *et al.*<sup>(28)</sup>, o período da adolescência até os 30 anos, sendo esta uma faixa etária em que os indivíduos são mais inclinados à experimentação em geral, o que faz, no viés do contexto em análise, com que sejam mais suscetíveis a experimentar os cigarros eletrônicos. Assim, acentua-se a incidência de uso do dispositivo devido a um modismo, uma vez que há o apelo da identificação e do pertencimento nestes indivíduos dessa mesma faixa etária.

É válido elencar que o foi exposto por este autor é verificado neste estudo, uma vez que, por meio da análise de dados, verificou-se que dos 34 usuários de CE, 27 estão inseridos na faixa etária de 18 a 30 anos, o que equivale a aproximadamente 79% do seu total.

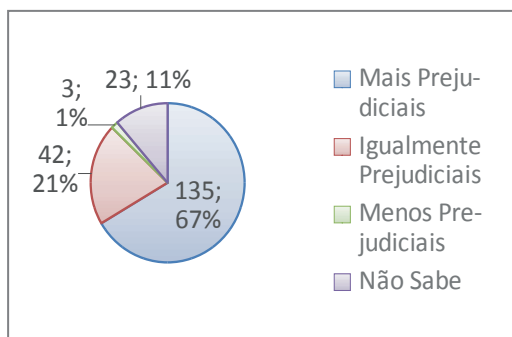
Com o intuito de analisar se os participantes possuíam algum conhecimento acerca do CE, indagou-os sobre como consideravam seu nível de conhecimento acerca da temática. Em análogo a isso, pediu-se que se comparassem o uso do Cigarro Eletrônico com o convencional e qual o impacto do seu uso. Deste modo, obteve-se os seguintes dados:

**Gráfico 8** - Apresentação do percentual de nível de conhecimento de Cigarro Eletrônico segundo os participantes. Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. 2024.



Fonte: Produção dos autores (2024).

**Gráfico 9** - Apresentação do percentual de comparação sobre o Cigarro Eletrônico ser mais prejudicial que o convencional. Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. 2024.



Fonte: Produção dos autores (2024).

Como observado no gráfico 8, 93 participantes (46%) consideram seu nível de conhecimento médio acerca da temática, enquanto 56 (28%) consideram

baixo, 27 (13%) alto e 27 (13%) alegam não possuírem conhecimento. Em análogo a isso, no Gráfico 9, 135 participantes (67%) acreditam que o uso de CE é mais prejudicial que o convencional, 42 (21%) acham que ambos são prejudiciais em mesma proporção, 3 (1%) acreditam que é menos prejudicial e 23 (11%) alegam não saber se posicionar acerca ao impacto do CE.

Além disso, constatou-se que entre os 34 usuários do CE, 25 o consideram mais prejudicial que o convencional, porém, ainda assim fazem o seu uso. Outro fato encontrado é que dentre os 42 participantes que possuem curiosidade, almejam utilizar e, apesar de não saberem, mas que talvez usariam o CE, acham, em sua maioria, que este dispositivo é mais prejudicial, o que equivale a aproximadamente 21% do total dos entrevistados.

Como afirmação do exposto, Godoi *et al.*<sup>(27)</sup> afirma também em seu estudo que a maioria dos estudantes que utilizavam o CE tinham a percepção de que seu uso é danoso à saúde, entretanto, desconheciam os efeitos e as doenças que poderiam surgir devido as substâncias contidas no dispositivo

Em complemento a análise do Gráfico 9, segundo Menezes *et al.*<sup>(29)</sup>, os CEs são considerados menos perigosos e tóxicos que os convencionais. Contudo, apesar de menos perigosos, não são isentos de afetar a saúde de seus usuários, já que o vapor gerado ainda apresenta produtos tóxicos, como nicotina, chumbo e agentes cancerígenos, ainda que em menor quantidade em relação à fumaça do cigarro convencional, além de compostos orgânicos voláteis.

Os Cigarros Eletrônicos despontaram como um produto alternativo para aqueles que desejavam parar de fumar, objetivo o qual é destacado desde o seu primeiro nome comercial em 2003, *Ruyan*, o qual significava “substituto ao ato de fumar” em chinês. Contudo, os mesmos possuem os mesmos componentes que levam à dependência física que os cigarros tradicionais.<sup>(2; 4; 28)</sup>

Este fato é exposto em parte por Godoi *et al.*<sup>(27)</sup> em seu estudo, o qual narra que há uma perspectiva entre os usuários de CE de que o seu uso é uma alternativa para cessar o consumo do cigarro convencional. Contudo, esta pesquisa vai em desencontro acerca da substituição do convencional por meio do uso do eletrônico, uma vez que 118 (58%) dos participantes afirmam que esta premissa é falsa, enquanto 26 (13%) afirmam ser verdadeiro e 59 (29%) não sabem se posicionar.

Fato importante a ser ressaltado é que as estratégias de marketing deixam o produto mais atrativo e popular por meio da propagação do CE como uma solução concebida para mitigar os perigos inerentes aos cigarros convencionais e, simultaneamente, como uma alternativa terapêutica para o tratamento da dependência tabágica e do vício nicotínico<sup>(27-28)</sup>.

Assim, corrobora-se com o aumento da prevalência de uso deste dispositivo, fazendo que haja uma persistência dos hábitos de fumar de modo que ocorra uma dependência psicológica e comportamental, o que ocorre porque o ato de fumar está tão ligado ao vício quanto as substâncias presentes no cigarro. Portanto, a dependência não é apenas uma questão orgânica, mas também afetiva, social e psicológica<sup>(27-28)</sup>.

Por fim, deve-se ressaltar, por intermédio do estudo de Gomes *et al.*<sup>(30)</sup>, que embora haja confiança na adoção do dispositivo eletrônico para tabagismo como uma estratégia terapêutica, a documentação científica ainda não chegou a uma concordância definitiva em relação à sua aplicabilidade no tratamento da dependência do tabaco.

Em complemento a pergunta anterior, indagou-se a respeito do conhecimento dos participantes acerca do nome dado para o comprometimento pulmonar associado ao uso do cigarro eletrônico. Assim, obteve-se os seguintes dados:

Dos 203 participantes, 120 (59%) não sabiam o nome, enquanto 39 (19%) apontaram sendo Lesão Pulmonar Induzida pelo Cigarro Eletrônico (EVALI), 17 (8%) relatam como Enfisema Pulmonar, 1 como "Pulmão d'água", 8 como câncer, 2 como Fibrose Pulmonar, 01 como Atelectasia (colapso do tecido pulmonar com perda de volume), 15 como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Como exposto por Junior e Junior<sup>(27)</sup>, o cigarro eletrônico produz grande volume de substâncias tóxicas e cancerígenas que levam a doenças importantes, como cânceres de pulmão, esôfago, boca, pâncreas, bexiga, entre outros; doenças cardiovasculares com forte relação com tabaco, entre as quais infarto e derrame cerebral; e doenças pulmonares, como enfisema.

Gomes *et al.*<sup>(30)</sup> expõe em seu estudo uma ênfase nas queixas respiratórias, as quais têm predominância, e queixas gastrointestinais, sugerindo como uma possível influência adversa do uso de cigarros eletrônicos.

Menezes *et al.*<sup>(29)</sup> relatam que os CEs também podem provocar: lesão pulmonar induzida por cigarro eletrônico (EVALI); envenenamentos agudos por

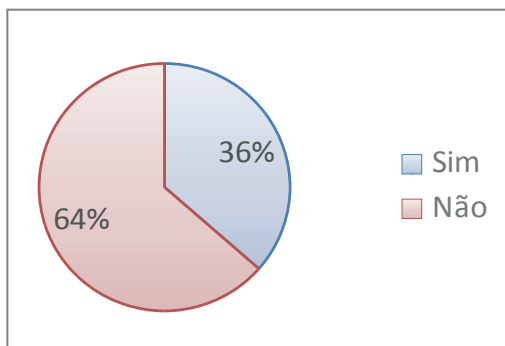
excesso de nicotina (por ingestão acidental ou intencional); lesões traumáticas, em virtude de explosões e incêndios, resultando em queimadura, dilaceração e hematoma no lábio. Por fim, a saúde bucal também é comprometida, por meio de transformações nos tecidos da cavidade oral, além da redução no fluxo do fluido crevicular, menor sangramento, atraso na cicatrização, degradação periodontal, podendo originar e agravar lesões da mucosa oral, problemas periodontais e periimplantares.

Acerca da EVALI, esta consiste em uma síndrome emergente nos últimos anos que se caracteriza por lesões pulmonares graves, manifestando-se por sintomas como dispneia, tosse, febre, fadiga, dor torácica e sintomas gastrointestinais, incluindo vômitos, náuseas, diarreia e dor abdominal. Assim, ressalta-se a necessidade de investigações mais abrangentes sobre os impactos na saúde dos usuários de cigarros eletrônicos, particularmente no sistema respiratório<sup>(30)</sup>.

Desta maneira, deve-se fomentar a realização de estudos acerca do CE para que se possa aprofundar o conhecimento acerca dos impactos do seu uso, assim como se deve reforçar a importância de medidas de conscientização e regulamentações para mitigar eventuais riscos associados ao uso desses produtos.

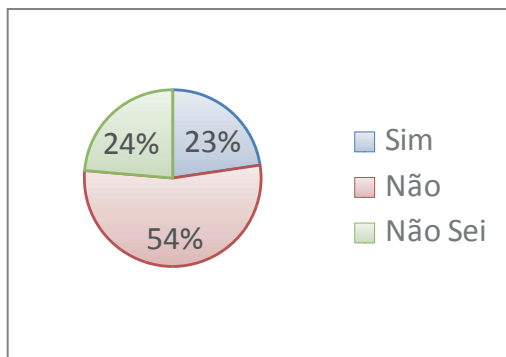
Seguindo este viés, aproveitou-se a oportunidade para verificar sobre o conhecimento legislativo dos entrevistados acerca do Cigarro Eletrônico. Para tal, realizou-se indagações a respeito Conhecimento sobre a legislação do cigarro eletrônico e se é permitido a venda de cigarros eletrônicos no Brasil, assim, obteve-se os seguintes dados:

**Gráfico 10** - Apresentação do percentual sobre o conhecimento dos participantes acerca da Legislação do Cigarro Eletrônico. Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. 2024.



**Fonte:** Produção dos autores (2024).

**Gráfico 11** - Apresentação do percentual sobre o conhecimento da permissão de venda de Cigarro Eletrônico. Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. 2024.



**Fonte:** Produção dos autores (2024).

Analisando estes dados, nota-se que mais de 50% dos participantes da entrevista possuem a noção da proibição do uso e comercialização do Cigarro Eletrônico. Tal fato é exposto no estudo de Junior e Junior<sup>(31)</sup>, o qual relata que a comercialização, a importação e a propaganda deste produto foram proibidas no Brasil pela Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) número 46, de 28 de agosto de 2009. Assim, tornou-se precursor no mundo na proibição de Dispositivos Eletrônicos para Fumar (DEF), que na época recebeu variadas críticas, evidentemente dos grupos de usuários.

Além disso, Godoy<sup>(32)</sup> expõe em seu estudo que a atual regulamentação brasileira proíbe a comercialização de cigarros eletrônicos e inclui a adoção de medidas adicionais para coibir o comércio ilegal desses dispositivos, como o aumento das ações de fiscalização e a realização de campanhas educativas. No entanto, manter a vigilância sobre a proibição da venda é uma tarefa difícil, ainda mais por causa do comércio eletrônico, e as pessoas podem obter seus cigarros eletrônicos em viagens internacionais bem como de amigos ou familiares.

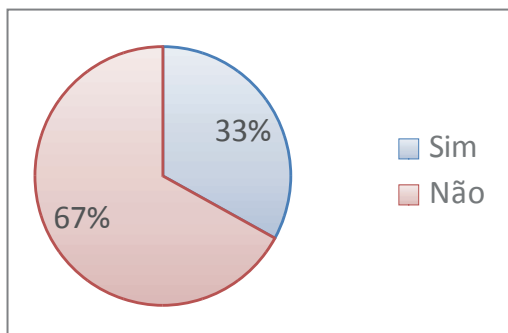
Logo, reafirma-se que para obtermos sucesso, deve-se haver um trabalho em conjunto, de modo que se possa alinhar e coordenar esforços entre agências governamentais em nível nacional, estadual e local, bem como entre entidades médicas, instituições educacionais e a sociedade.

Todavia, ainda que a ANVISA institua um ato administrativo normativo, como demonstrado acima, o mesmo não é considerado como lei e ainda que

a mesma determine regulamentações em uma norma, ninguém é obrigado a obedecer, pois não é configurada como lei. Assim, deprecia-se toda a luta no combate à regularização do tabagismo, levando os consumidores a acreditarem que os cigarros eletrônicos não fazem mal a saúde.<sup>(29)</sup>

A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia narra que devido à existência de muitas marcas de cigarros eletrônicos com características e composições variadas é difícil gerar estudos confiáveis que comprovem a segurança e eficácia dos cigarros eletrônicos, logo, torna-se árduo autorizar sua comercialização. Além disso, caso este fato venha a ocorrer, serão necessárias normas de controle similares às aplicadas aos cigarros e outros produtos fumígenos<sup>(33)</sup>.

**Gráfico 12** - Apresentação do percentual sobre o recebimento de informação sobre o Cigarro Eletrônico durante a Graduação. Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. 2024.



**Fonte:** Produção dos autores (2024).

Durante o percurso de sua formação acadêmica, o estudante universitário enfrenta uma série de desafios que transcendem não apenas o âmbito educacional, mas também envolvem questões afetivas, sociais e psicológicas. Assim, estes desafios podem torná-los suscetíveis a adotar comportamentos prejudiciais para a saúde devido à influência do meio universitário, o que pode ser um obstáculo na interrupção deste hábito<sup>(30)</sup>.

Conforme os dados expostos no gráfico 12, apenas 67 (33%) dos 203 participantes receberam informação sobre o Cigarro Eletrônico durante a formação, o que pode corroborar para o uso deste dispositivo devido à falta de informação sobre ele. Fato este é demonstrado no estudo de Gomes *et al.*<sup>(30)</sup>, o qual narra a influência positiva da educação formal na disseminação de conhecimentos sobre os riscos e benefícios relacionados a este dispositivo.

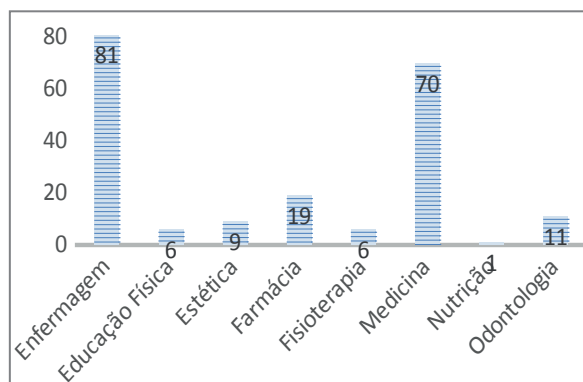
Contudo, constatou-se, ao analisar os dados, que 13 dos 67 participantes são integrantes dos 34 usuários de CE, o que equivale a 38% deste grupo, o que demonstra que 62% destes utilizaram este dispositivo sem terem obtido informações adequadas sobre o mesmo.

Assim, faz-se necessário que se crie intervenções que sejam possíveis de ser aplicadas no meio acadêmico para que se possa mitigar esta problemática a partir das instituições de ensino. Outrossim, com a propagação feita de maneira correta nos cursos participantes deste estudo, pode-se auxiliar, também, a atenuá-la no meio social, haja vista que os profissionais da saúde, como exposto por Ceccon *et al.*<sup>(34)</sup>, são atores sociais e educadores em potencial.

Este fato exposto pelo autor supracitado é algo presente na perspectiva da maioria dos entrevistados, pois 180 (89%) deles afirmam que, como profissional da saúde, devem obter conhecimento acerca do Cigarro Eletrônico e os impactos acerca do seu uso e orientar seus pacientes sobre isso.

Por fim, como exposto na metodologia deste estudo, restringiu-se a pesquisa para os cursos de saúde da Universidade Iguazu. Sendo assim, até o momento, teve-se como cursos participantes, segundo os dados coletados:

**Gráfico 13** - Apresentação do percentual de participante por curso. Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. 2024.



**Fonte:** Produção dos autores (2024).

Analisando o dado acima, é válido expor que não se obteve os dados de maneira satisfatória no que tange os cursos de Estética, Fisioterapia, Educação Física, Farmácia, Nutrição e Odontologia, devido à baixa adesão por parte de

seus discentes. Além disso, nota-se que os dados coletados se concentram nos cursos de Medicina e Enfermagem, o que impacta na obtenção de um perfil epidemiológico fidedigno.

Desta maneira, traçou-se um perfil parcial com os dados levantados e obteve-se o seguinte: Os usuários de CE da Universidade Privada Na Metropolitana I são do sexo feminino, brancos, pertencentes ao curso de Medicina e estão dentro da faixa etária de 20 a 30 anos. Salienta-se que estes nunca usaram cigarro convencional.

## CONCLUSÕES

O Cigarro Eletrônico é um dispositivo recente no contexto atual, haja vista que o mesmo só se encontra no mercado há cerca de 30 anos, apesar de sua invenção datar há mais de 60 anos. Logo, traçar seus impactos em seus usuários a longo e médio prazo ainda não é possível, fato que é exposto não somente neste estudo, mas em outros que foram utilizados para sua confecção.

Acerca do perfil epidemiológico, devido a baixa adesão por grande parte dos cursos participantes, foi possível traçar apenas um parcial, como demonstrado anteriormente. Porém, ainda não é possível afirmar se há prevalência, ou não, do uso do CE no local em que este estudo foi realizado, pois dos 203 participantes, apenas 34 são usuários ou já usaram este dispositivo.

Apesar da baixa adesão a este estudo por partes da maioria dos cursos, como relatado anteriormente, Gomes *et al.* <sup>(30)</sup> e Gódoi *et al.* <sup>(32)</sup> demonstram em seus estudos dados semelhantes aos que são apresentados neste estudo em alguns aspectos, o que auxilia na veracidade e embasamento para este estudo que se pretende dar prosseguimento no ano de 2025.

Por fim, ressalta-se que o uso de CE é uma preocupação global, tanto por conta da tendência do aumento dos seus usuários, como também do desconhecimento no âmbito científico acerca dos seus impactos, haja vista que sua curta existência ainda não possibilitou que se fizessem estudos conclusivos.

Logo, deve-se fomentar estudos que possibilitem traçar um perfil epidemiológico fidedigno, assim como ofereçam uma perspectiva ampliada sobre os impactos do uso do Cigarro Eletrônico aos seus usuários para que, deste modo,

possa-se orientar a sociedade e os futuros profissionais da saúde sobre isso e se possa mitigar o seu uso.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Martins, S.R; Araújo, A.J.D; Wehrmeister, F.C; Freitas, B.M; Basso, R.G; Santana, A.N.C; Santos, U.D.P. Prevalência de experimentação e uso atual de narguilé e cigarros eletrônicos e os fatores associados entre estudantes de medicina: estudo multicêntrico no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2023. 49: e20210467. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/d3KNrx5q58Q6npbVwsq9QyS/?lang=pt> Acesso em: 24 Set 2023.
- 2 - Kowitt, S.D; Osman, A; Meernik, C; Zarkin, G.A; Ranney, L.M; Martin, J; ...; Goldstein, A.O. Vaping cannabis among adolescents: prevalence and associations with tobacco use from a cross-sectional study in the USA. *BMJ open*. 2019. 9 (6): e028535. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e028535.abstract> Acesso em: 24 Set 2023.
- 3 - Rom, O; Pecorelli, A; Valacchi, G; Reznick, A.Z. Are E-cigarettes a safe and good alternative to cigarette smoking?. *Annals of the new york academy of sciences*. 2015. 1340 (1): 65-74. Disponível em: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nyas.12609> Acesso em: 25 Set 2023.
- 4 - Finardi, B.C. Nível de conhecimento dos estudantes de graduação da área da saúde sobre cigarros eletrônicos. 2021.
- 5 - Thirión-Romero, I; Pérez-Padilla, R; Zabert, G; Barrientos-Gutiérrez, I. Respiratory impact of electronic cigarettes and "low-risk" tobacco. *Revista de investigación clínica*. 2019. 71 (1): 17-27. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85777> Acesso em: 27 Set 2023.
- 6 - Walley, S.C; Wilson, K.M; Winickoff, J.P; Groner, J. A public health crisis: electronic cigarettes, vape, and JUUL. *Pediatrics*. 2019. 143 (6). Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/143/6/e20182741/37188> Acesso em: 25 Set 2023.
- 7 - ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. CIGARROS ELETRÔNICOS – O QUE JÁ SABEMOS ? O QUE PRECISAMOS CONHECER ? [s.l: s.n.]. 2021. Disponível em: [https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Afinal\\_o\\_que\\_sao\\_os\\_cigarros\\_eletronicos.pdf](https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Afinal_o_que_sao_os_cigarros_eletronicos.pdf) Acesso em: 25 Set 2023.
- 8 - Farsalinos, K.E; Polosa, R. Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review. *Therapeutic advances in drug safety*. 2014. 5 (2): 67-86. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2042098614524430> Acesso em: 26 Set 2023.
- 9 - GLOBAL STATE OF TOBACCO HARM REDUCTION. Burning Issues: Global State of Tobacco Harm Reduction 2020. [s.l: s.n.]. 2020. Disponível em: <https://gsth.org/resources/thr-reports/burning-issues-global-state-tobacco-harm-reduction-2020/71/en/> Acesso em: 26 Set 2023.
- 10 - Almeida-da-Silva, C.L.C; Dakafay, H.M; O'Brien, K; Montieth, D; Xiao, N; Ojcius, D.M. Effects of electronic cigarette aerosol exposure on oral and systemic health. *Biomedical journal*. 2021. 44 (3): 252-259. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2319417020301219> Acesso em: 27 Set 2023.

- 11 - Hartmann-Boyce, J; McRobbie, H; Butler, A.R; Lindson, N; Bullen, C; Begh, R; ...; Hajek, P. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*. 2021. (9). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010216.pub6/abstract> Acesso em: 27 Set 2023.
- 12 - Pessoa, L.C; Lima, M.B. Nível de conhecimento dos estudantes do curso de graduação em medicina de faculdade particular do Piauí sobre cigarros eletrônicos. *Research, Society and Development*. 2023. 12 (5): e9312541491-e9312541491. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/41491> Acesso em: 09 Out 2023.
- 13 - Lakatos, E.M; Marconi, M.D.A. Fundamentos de metodologia científica. 5. reimp. São Paulo: Atlas. 2007. 310.
- 14 - Minayo, M.C.D.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (pp. 269-269). 1992.
- 15 - Leopardi, M.T; Beck, C.L.C; Nietzsche, E.A; Gonzales, R.M.B. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria: Pallotti. 2001. 9: 187-209.
- 16 - Creswell, J.W. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. trad. Luciana de Oliveira da Rocha. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000-2005. 2007.
- 17 - Creswell, J.W Creswell, J.D. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications. 2017.
- 18 - Creswell, J.W; Clark, V.L.P. Pesquisa de Métodos Mistos-: Série Métodos de Pesquisa. Penso Editora. 2015.
- 19 - Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- 20 - Guckert, E.C. Nível de conhecimento dos estudantes do curso de Graduação em Odontologia da UFSC sobre cigarros eletrônicos. 2019.
- 21 - Moysidou, A; Farsalinos, K.E; Voudris, V; Merakou, K; Kourea, K; Barbouni, A. Knowledge and perceptions about nicotine, nicotine replacement therapies and electronic cigarettes among healthcare professionals in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2016. 13 (5): 514. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/13/5/514> Acesso em: 06 Out 2023
- 22 - de Souza Minayo, M.C; Deslandes, S.F; Gomes, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Editora Vozes Limitada. 2011.
- 23 - Polit, D.F; Hungler, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. In *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (pp. 391-391). 1995.
- 24 - BARDIN, L. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. *Análise de conteúdo*. 2011. 4.
- 25 - Marx, K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. Boitempo Editorial. 2015.
- 26 - Inteligência em Pesquisa e Consultoria. Cigarros Eletrônicos. Brasil. 2024. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2024/01/ipecc-pesquisa-cigarros-eletronicos-2023.pdf> Acesso em: 08 Dez 2024;
- 27 - Godói, A.T; Oliveira, H.C.M; Figueiredo, J.F; Rocha, L.L.R; Silva, M.F.P.M; Borborema, V.S.R; ...; Rocha, J.S.B. Prevalência e fatores associados ao uso de cigarro eletrônico por estudantes universitários. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*. 2024. 28 (1): 160-173. Disponível em: <https://unipar.openjournalsolutions.com.br/index.php/saude/article/view/9992> Acesso em: 19 Nov 2024.

28 - Barradas, A.D.S.M; Soares, T.O; Marinho, A.B; dos Santos, R.G.S; da Silva, L.I.A. Os riscos do uso do cigarro eletrônico entre os jovens. *Global Clinical Research Journal*. 2021. 1 (1): e8-e8. Disponível em: <https://www.globalclinicalresearchj.com/index.php/globclinres/article/view/15> Acesso em: 12 Maio 2024.

29 - Menezes, I.L; Sales, J.M; Azevedo, J.K.N; Junior, E.C.F; Marinho, S.A. Cigarro Eletrônico: Mocinho ou Vilão?. *Revista Estomatológica Herediana*. 2021. 31 (1): 28-36. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4215/421566525005/421566525005.pdf> Acesso em: 18 Maio 2024.

30 - Gomes, G.C; de Sousa Ibiapina, I.R; Soares, J.V.D; Sousa, V.A; Zeckowski, M. Prevalência do uso e experimentação de cigarro eletrônico por acadêmicos em uma faculdade de medicina do Tocantins. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2024. 24 (4): e15106-e15106. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/15106> Acesso em: 20 Nov 2024.

31 - Junior, H.C.S; Júnior, R.D. A ofensividade do cigarro eletrônico e a legislação brasileira: uma abordagem sobre a ineficácia do estado em controlar a comercialização do dispositivo e suas consequências. 2023. Disponível em: <https://repositorio.unifaema.edu.br/bitstream/123456789/3353/1/HEDY%20CARLOS%20SOARES%20JUNIOR.pdf> Acesso em: 18 Maio 2024.

32 - Godoy, I.D. Better education and surveillance to approach the e-cigarette surge as a pandemic. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2023. 49: e20230026. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/f8SjLccg3kwTHqbvFp4fqgJ/?lang=pt>. Acesso em: 18 Maio 2024.

33 - Silva, A.L.O.D; Moreira, J.C. A proibição dos cigarros eletrônicos no Brasil: sucesso ou fracasso?. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019. 24: 3013-3024. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n8/3013-3024/pt/>. Acesso em: 18 Maio 2024.

34 - Ceccon, R.F; Oliveira, K.D.M; Rossetto, M.S; Germani, A.R.M. Educação em saúde: percepção de profissionais atuantes em uma Coordenadoria Regional de Saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011. 32: 58-62. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/JJTj7jMT9rpJMvjZL5nmGgm/> Acesso em: 20 Nov 2024.



## PRÁTICAS DE ENFERMAGEM DIVERSIFICADAS: APRIMORANDO A QUALIDADE DO ATENDIMENTO E DOS DESFECHOS DOS PACIENTES

**Sandra Maria da Penha Conceição**

Centro Universitário das Américas (FAM)

**Nadir Barbosa Silva**

Universidade Guarulhos (UNG)

**Ingridy Tayane Gonçalves Pires Fernandes**

Universidade Anhembi Morumbi (UAM)

**Michelle Winter**

Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza (CPS)

**Márcia Zotti Justo Ferreira**

Centro Universitário FECAF (UNIFECAF)

**Aparecida Lima Do Nascimento**

Centro Universitário FECAF (UNIFECAF)

# RESUMO

**Objetivo:** Explorar como as práticas de enfermagem, quando adequadamente adaptadas e implementadas em diversos contextos clínicos, podem melhorar significativamente a qualidade do atendimento e os resultados clínicos dos pacientes **Métodos:** Análise comparativa da literatura científica e de casos práticos de diferentes regiões. **Resultados e Conclusão:** Práticas de enfermagem diversificadas requerem adaptação e inovação. A colaboração internacional e a troca de conhecimentos promovem um cuidado mais equitativo e acessível, fortalecendo os sistemas de saúde globalmente.

**Palavras-chave:** Enfermagem Prática; Diversificação Clínica; Educação Continuada.

## INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma área essencial dentro do sistema de saúde pois desempenha um papel crucial na prestação de cuidados diretos, educação em saúde, prevenção de doenças e promoção do bem-estar geral dos pacientes 1.

Com a transição epidemiológica e demográfica, o perfil de adoecimento global tornou-se mais complexo, o que exige práticas profissionais adaptadas a múltiplos contextos e demandas sociais<sup>2</sup>.

A diversidade de cenários de atuação, que varia desde unidades de terapia intensiva até serviços primários localizados em áreas remotas, requer que o enfermeiro desenvolva competências técnicas, culturais, comunicacionais e organizacionais capazes de atender necessidades específicas de populações distintas<sup>3</sup>.

Em um mundo caracterizado por uma crescente diversidade cultural, socioeconômica e epidemiológica, as práticas de enfermagem enfrentam desafios e oportunidades únicas <sup>2</sup>.

Contextos clínicos diversificados, que variam desde grandes hospitais urbanos até pequenas clínicas rurais, demandam abordagens personalizadas e adaptativas para garantir a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados 2,3.

A diversidade de contextos clínicos implica em diferenças significativas na disponibilidade de recursos, infraestruturas, protocolos de tratamento e características das populações atendidas <sup>2-4</sup>.

A enfermagem em ambientes de alta complexidade tecnológica, como unidades de terapia intensiva, requer habilidades e conhecimentos distintos em comparação com a prestação de cuidados em áreas rurais ou em comunidades vulneráveis com acesso limitado aos serviços de saúde <sup>2,4</sup>.

Além disso, a globalização e a migração aumentam a necessidade de competências culturais e linguísticas por parte dos profissionais de enfermagem, que devem ser capazes de comunicar-se eficazmente e compreender as nuances culturais que influenciam a saúde e o comportamento dos pacientes <sup>4,5</sup>.

Na literatura, muitos artigos enfatizam que as práticas de enfermagem representam um desafio significativo em termos de padronização e melhoria contínua da qualidade do atendimento e dos resultados inerentes aos cuidados aos pacientes.

Desta forma, este artigo buscou responder a seguinte problemática: de que maneira as práticas de enfermagem podem ser otimizadas e adaptadas em diferentes contextos clínicos, assegurando uma melhoria consistente na qualidade da prestação de serviços e resultados dos pacientes a nível global?

Através de uma análise abrangente e comparativa, esta pesquisa explorou como as práticas de enfermagem, quando adequadamente adaptadas e implementadas, podem melhorar significativamente e potencializar o atendimento e os desfechos de pacientes.

## MÉTODOS

A metodologia utilizada neste estudo consistiu em uma revisão crítica e análise comparativa da literatura científica e de casos publicados abertamente de diferentes países e regiões. Estes casos exemplificaram práticas inovadoras e/ou bem-sucedidas de enfermagem adaptadas a contextos específicos, levando em consideração variáveis como cultura local, recursos disponíveis e epidemiologia.

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com caráter exploratório e comparativo, fundamentada na metodologia de Whitemore e Knafl. A busca bibliográfica foi realizada entre abril e junho de 2025 nas bases PubMed, SciELO, Medline, BVS e Google Acadêmico, utilizando descritores em português, inglês e espanhol combinados com operadores booleanos AND/OR.

Foram incluídos estudos publicados entre 2019 e 2025, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem práticas de enfermagem, adaptação cultural, tecnologias em saúde, telessaúde, segurança do paciente ou educação permanente<sup>5</sup>. Excluíram-se editoriais, notícias e estudos sem rigor metodológico.

Procedeu-se à análise de elegibilidade, extração de dados e síntese temática. Os resultados foram organizados por similaridade, permitindo identificar categorias relacionadas à adaptação cultural, disponibilidade de recursos, uso de tecnologias e desafios estruturais.

A partir desta abordagem, foi possível identificar padrões comuns, desafios enfrentados e soluções aplicadas, destacando os principais elementos que contribuíram para a eficácia das práticas de enfermagem em contextos diversos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos estudos evidenciou que a competência cultural e a adaptação do cuidado às características socioculturais dos pacientes são determinantes para a eficácia clínica<sup>6</sup>. Intervenções culturalmente competentes demonstraram aumento da adesão terapêutica, melhor comunicação e fortalecimento da relação enfermeiro-paciente.

A disponibilidade de recursos nos serviços também impacta a implementação das práticas de enfermagem. Em países de baixa e média renda, estratégias como racionalização de insumos, educação em saúde e fortalecimento da atenção primária mostraram-se eficazes para reduzir desigualdades em saúde.

Em países de alta renda, tecnologias como prontuário eletrônico, telemonitoramento, telessaúde e inteligência artificial vêm sendo incorporadas para ampliar a segurança do paciente e reduzir eventos adversos.

Os desafios identificados incluem barreiras linguísticas, desigualdade socioeconômica, déficit de formação continuada, escassez de recursos e sobrecarga de trabalho.

Contudo, programas de educação permanente, protocolos baseados em evidências e políticas de saúde equitativas contribuem para reduzir esses obstáculos<sup>12</sup>.

Adicionalmente, a pandemia de COVID-19 consolidou o papel da telenfermagem como estratégia de cuidado remoto, incluindo triagem, orientação, monitoramento clínico e acompanhamento de condições crônicas, reforçando a importância de capacitação profissional e infraestrutura tecnológica.

Os resultados obtidos evidenciaram que a adaptação das práticas de enfermagem à cultura local desempenha um papel fundamental na melhoria dos resultados dos pacientes.

Estudos demonstraram que diversas intervenções culturais não apenas melhoram a adesão ao tratamento, mas também aumentam a satisfação do paciente e promovem melhores desfechos de saúde. Por exemplo, iniciativas que incorporam práticas tradicionais de cuidado de saúde indígena em regiões específicas foram bem-sucedidas em aumentar a aceitação e eficácia dos cuidados prestados.

Além disso, a análise revelou que a disponibilidade de recursos locais impacta diretamente na implementação e sucesso das práticas de enfermagem.

Em contextos com recursos limitados, estratégias simplificadas e adaptadas às condições locais foram essenciais para garantir a continuidade dos cuidados e maximizar os resultados dos pacientes.

Por outro lado, em áreas urbanas com maior infraestrutura de saúde, a integração de tecnologias avançadas e protocolos de tratamento específicos mostrou-se crucial para melhorar a eficiência e precisão dos cuidados.

Os desafios enfrentados variaram amplamente entre os diferentes contextos clínicos examinados. Problemas como barreiras linguísticas, desigualdades socioeconômicas e disparidades no acesso aos serviços de saúde foram consistentemente identificados como obstáculos significativos para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

No entanto, soluções inovadoras, como programas de educação comunitária e parcerias interprofissionais, foram implementadas com sucesso para mitigar esses desafios e melhorar o acesso equitativo aos cuidados de saúde.

Por fim, os resultados destacaram a importância de políticas de saúde adaptativas e baseadas em evidências para apoiar a implementação de práticas de enfermagem eficazes em nível global.

Recomenda-se a criação de diretrizes que incentivem a formação contínua dos profissionais de enfermagem, promovam a colaboração interdisciplinar e garantam recursos adequados para atender às necessidades específicas de cada comunidade.

## **CONCLUSÃO**

Em conclusão, as práticas de enfermagem em contextos clínicos diversificados representam um campo dinâmico e desafiador, onde a adaptação e a inovação são essenciais para garantir a qualidade do atendimento e os melhores resultados para os pacientes em escala global.

Este estudo destacou a importância de desenvolver competências adaptativas e culturais entre os profissionais de enfermagem, permitindo-lhes responder eficazmente às necessidades variadas e complexas dos pacientes em cada região.

A colaboração internacional e a troca de conhecimentos emergem como elementos fundamentais para o avanço contínuo das práticas de enfermagem.

Ao compartilhar experiências e implementar estratégias baseadas em evidências, é possível melhorar a eficiência dos serviços de saúde e reduzir desigualdades a fim de promover um cuidado mais equitativo e acessível.

Portanto, investir na formação contínua dos enfermeiros, promovendo uma abordagem multidisciplinar e sensível às particularidades locais, é crucial para alcançar padrões elevados de cuidado em todos os contextos clínicos.

A implementação de políticas que incentivem a adaptação de melhores práticas e a criação de diretrizes globais pode contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e para o fortalecimento dos sistemas de saúde ao redor do mundo.

## REFERÊNCIAS

1. COSTA, M. J. P.; DORTICÓS, M. D. L. A. V. **Desafios à enfermagem na era da globalização: importância da formação.** Roca: Revista Científico-Educações de la Provincia de Granma, v. 18, n. 2, p. 127–146, 2022. Disponível em: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/440/4402900002/4402900002.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2024.
2. DA SILVA FRANÇA, B. *et al.* **O cuidado de Enfermagem e a diversidade cultural: um estudo reflexivo.** Revista Práxis, v. 15, n. 29, 2023. DOI: <https://doi.org/10.47385/praxis.v15.n29.3799>.
3. FREIRES, K. C. P. *et al.* **Políticas de saúde: a descolonialidade e o letramento de gênero como recursos de educação permanente.** Contribuciones a las Ciencias Sociales, v. 16, n. 10, p. 21365–21388, 2023. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.10-159>. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/2243>. Acesso em: 26 jun. 2024.
4. PADILHA, M. I. *et al.* **Enfermagem: história de uma profissão.** São Paulo: Difusão Editora, 2020.
5. SILVA, M. C. N. D.; MACHADO, M. H. **Sistema de saúde e trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 7–13, 2019.

## FEEDBACK DE JUÍZES-ESPECIALISTAS NA VALIDAÇÃO DE UMA HISTÓRIA EM QUADRINHOS EDUCATIVA SOBRE PARTO E NASCIMENTO

**Julia Peixoto Alves Decker**

Universidade Federal de Pelotas ( UFPEL)

**Juliane Portella Ribeiro**

Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)

**Thalison Borges de Oliveira**

Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)

**Vitória Peres Treptow**

Universidade Federal do Rio Grande ( FURG)

**Lenise Szczecinski Maliszewski**

Universidade Federal de Pelotas ( UFPEL)

# RESUMO

**Objetivo:** Divulgar o resultado do feedback dos juízes-especialistas no processo de validação de conteúdo educativo em saúde de uma história em quadrinhos sobre trabalho de parto, parto e nascimento. **Método:** Trata-se de um recorte de um estudo metodológico, o feedback dos juízes-especialistas, para validação de conteúdo educativo em saúde de uma história em quadrinhos sobre trabalho de parto, parto e nascimento destinada aos acadêmicos de enfermagem. A pesquisa foi realizada em ambiente virtual, por meio da plataforma *google forms* e os dados foram coletados e armazenados em uma planilha do google e submetidos à análise de conteúdo. Contou com a participação de 22 enfermeiros especialistas na temática. **Resultados:** O feedback dos juízes foi predominantemente sobre conteúdo e linguagem, com sugestões para o aperfeiçoamento do material, como inclusão de novos conteúdos e correção textual. **Conclusão:** A avaliação dos juízes-especialistas demonstrou que a história em quadrinhos possui aplicabilidade prática no processo de ensino-aprendizagem, pois facilita a compreensão de conteúdos complexos e é acessível ao público-alvo.

**Palavras-chave:** Trabalho de parto; revista em quadrinhos; pesquisa metodológica em enfermagem; tecnologia educacional.

## INTRODUÇÃO

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas na assistência ao parto e nascimento que define as ações que devem ou não ser adotadas pelos profissionais, visando orientar a prática com embasamento em evidências científicas. As boas práticas na gestação e parto são: plano de parto individual, avaliação do risco gestacional, respeito à escolha do local de parto e do acompanhante, à privacidade e à liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto; ofertar líquidos por via oral; fornecer assistência obstétrica qualificada e empática, esclarecer dúvidas, disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor; monitorar: feto, progresso do parto, bem-estar físico e emocional da mulher (OMS, 1996).

No pós-parto imediato, a OMS (1996), recomenda as seguintes práticas: sectionar o cordão umbilical em condições estéreis, prevenir a hipotermia do RN, realizar o contato pele a pele entre mãe-bebê e a amamentação precoce na primeira hora de vida, administrar profilaxia de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia ou complicações decorrentes da perda de sangue, examinar e revisar a placenta e as membranas ovulares.

Além das boas práticas estabelecidas pela OMS, com o objetivo de qualificar as redes de atenção materno-infantil, o Ministério da Saúde (MS) criou a rede cegonha. Instituída pela Portaria N° 1.459, de 24 de junho de 2011, a rede cegonha visa estruturar, organizar e garantir uma atenção materno-infantil humanizada. Também, em 2017, as Diretrizes de Assistência ao Parto Normal, que visam promover as boas práticas na assistência aos partos e nascimentos baseadas em evidências científicas, servindo de base para a construção de tecnologias educativas em saúde no período gravídico-puerperal (Brasil, 2011; Brasil, 2017).

Devido à preocupação com as práticas clínicas ofertadas rotineiramente na assistência ao parto e necessidade de embasá-las com evidências científicas sólidas, faz-se necessário desenvolver e validar tecnologias educacionais voltadas ao cuidado e a educação em saúde.

As tecnologias educacionais (TE) são um conjunto organizado de conhecimentos científicos que possibilitam otimizar e aprimorar o planejamento, o controle, a execução e o acompanhamento envolvendo o processo educacional

formal e informal. São ferramentas que podem facilitar a interação dos profissionais com as gestantes e/ou acompanhantes (Santos *et al.*, 2022a; Nietsche *et al.*, 2005).

Nesse contexto, o processo de validação constitui etapa fundamental para assegurar a fidedignidade e a aplicabilidade dessas tecnologias, pois instrumentos bem elaborados possibilitam medir com precisão o que se objetiva em diferentes áreas do conhecimento. Por essa razão, faz-se pertinente validá-los por meio de métodos adequados, os quais indicam que são confiáveis, de fácil aplicação e interpretação (Silva *et al.*, 2024).

Estudos recentes evidenciam o potencial das tecnologias educacionais na promoção das boas práticas, como a cartilha educativa sobre métodos não farmacológicos para o alívio da dor elaborada e validada por Ballsells *et al.* (2023). A cartilha atingiu resultados satisfatórios e demonstrou ser uma ferramenta inovadora e relevante que contribuiu com a melhoria do apoio prestado a parturientes.

Diante da relevância do uso de tecnologias educacionais na saúde, o presente estudo tem como objetivo divulgar o resultado do feedback dos juízes-especialistas no processo de validação de conteúdo educativo em saúde de uma história em quadrinhos sobre trabalho de parto, parto e nascimento.

## MÉTODO

Trata-se de um recorte de um estudo metodológico no qual o processo investigativo teve como foco a validação de conteúdo educativo em saúde de uma história em quadrinhos sobre trabalho de parto, parto e nascimento. O estudo foi desenvolvido em duas etapas: elaboração da história em quadrinhos e validação do conteúdo por juízes-especialistas, enfermeiros com especialização em enfermagem obstétrica ou ginecologia e obstetrícia. O instrumento utilizado para a validação contava com um questionário estruturado e ao final, um espaço destinado ao feedback dos juízes. Nesse estudo será apresentado, especificamente, o feedback dos juízes-especialistas.

O desenvolvimento da pesquisa respeitou os princípios éticos da Resolução 466/20122 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a qual trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Obteve aprovação no dia 24 de março

de 2024, conforme protocolo número 6.835.785. Certificado de Apreciação Ética (CAAE) número 79740824.3.0000.5316.

A presente pesquisa contou com a participação de 22 enfermeiros, com predominância do sexo feminino, cuja idade variou entre 25 e 67 anos, que atenderam aos critérios pré-estabelecidos, demonstrados na Figura 1, adaptados Fehring (1994), atingindo uma pontuação mínima de cinco pontos.

**Quadro 1** - Quadro de critérios de seleção para juízes-especialistas de conteúdo em enfermagem.

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Tese/dissertação/especialização na área de interesse*	2 pontos/trabalho
Participação em grupos/projetos na área de interesse*	1 ponto/ano
Participação em grupos/projetos na área de interesse*	2 pontos/ano
Prática profissional na área de interesse*	2 pontos/ano
Trabalhos publicados na área de interesse (em revistas e/ou anais de eventos) *	1 ponto/trabalho
Experiência na temática de validação de instrumentos ou materiais educativos*	2 pontos/ano

\*Área de interesse: enfermagem obstétrica ou ginecologia obstétrica

**Fonte:** Adaptado de Fehring, 1994.

Os dados foram coletados pelo *Google Forms* e importados e armazenados em uma planilha do *Google Planilhas*. Para a interpretação dos dados foi empregada a análise de conteúdo proposta por Bardin. Composta por um conjunto de técnicas de análise das comunicações que busca desvendar o significado presente em diversos tipos de materiais (Bardin, 2016).

## RESULTADOS

O *feedback* dos juízes direcionou-se, em sua maioria, ao conteúdo e à linguagem, com recomendações para a ampliação das informações, ajustes na redação, entre outros.

### Conteúdo

Em relação aos *feedbacks* de conteúdo, os juízes sugeriram ampliar alguns pontos da história, adicionando aspectos teóricos complementares (Figura 2).

**Quadro 2 - Quadro de *Feedback*: sugestões e críticas sobre o conteúdo da história em quadrinhos.**

Participante	Sugestões e críticas sobre o conteúdo da história em quadrinhos
E1	<p>Na admissão, pode acrescentar a medida da altura uterina com fita métrica, situando a localização para tal aferição. Também a enfermeira Vera avaliar a carteira de gestante na busca por dados do pré-natal, sorologias, alergias, vacinas, medicações de uso durante a gestação, pois não conhece Júlia. Sugiro que ao abordar as tecnologias não farmacológicas de alívio da dor pode ser acrescentado aquelas mais utilizadas, reforçando que as mesmas possuem indicações e momentos apropriados para sua aplicabilidade efetiva. No acolhimento e assistência ao parto, pode salientar que o EO também pode realizar a assistência direta ao parto de risco habitual não necessariamente necessitando apoio médico. A dequitação placentária pode ter manejo ativo como também apenas expectante se está tudo transcorrendo bem, como no caso da Júlia, nossa protagonista. poderia salientar quanto ao banho do RN, onde poderia aparecer o pai perguntando se realizarão a HC após o nascimento (o pai não conseguiu ir às consultas) então desconhece que o banho deve ser postergado em situações de risco habitual. Sem mais, agradeço a oportunidade em participar desse momento de formação, fico à disposição.</p>
E17	<p>Pode haver variação de informação de acordo com a literatura consultada. Quando se refere ao início da fase ativa do TP, há uma discussão baseada na curva de Zhang descrita desde 2010 e adotada pelo MS. É importante reconhecer qual orientação será adotada. Quanto a temperatura do local de nascimento o MS recomenda 26°C mesmo na diretriz de 2017. Também é importante fazer uma observação que para os cuidados com o bebê durante a profilaxia da conjuntivite neonatal, o colírio recomendado é eritromicina ou tradicional e na ausência destes o nitrato de prata.</p>
E19	<p>Na pag. 09 - Colocaria um parto sem intervenções. Quando a ênfase se dá no processo fisiológico, ou seja, principalmente sem "episiotomia". Ex: As 17:35 ocorre o parto vaginal na banqueta, com períneo íntegro.</p> <p>Também sobre os cuidados com RN, não são obrigatoriamente o melhor momento para medidas antropométricas, tirando o peso. Os cuidados de rotina podem ser realizados com Bebê no colo da mãe, e também após o pele-a-pele, que pode ter duração maior do que 1hora.</p> <p>Na pag. 09 parágrafo 2- Talvez a ordem ideal, se bebê nasceu sem intercorrências, "Levado ao ventre materno em contato pele a pele, e todo o cuidado do pediatra com RN, com campos aquecidos e estímulo táctil pode ser feito com RN junto à mãe.</p>
E22	<p>Pg. 3 cita os períodos clínicos, mas não explica.</p> <p>Na fala da médica "Já vejo o bebê! Sinta o seu corpo e faça força quando sentir vontade!" seria importante ressaltar que é normal sentir vontade de fazer cocô e tudo bem se ela fizer, mas que isso indica que o bebê já está próximo de nascer. Por isso, é importante fazer força quando ela sentir vontade.</p> <p>Pg. 11 - Ao mencionar os uterotônicos sugiro que seja descrito que foi administrada a ocitocina intramuscular conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde como uma das estratégias de prevenção da hemorragia pós-parto.</p>

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2026.

As sugestões não foram implementadas, uma vez que os elementos teóricos da história em quadrinhos estão em consonância com a literatura atual que apoia a assistência ao parto normal e ao recém-nascido no Brasil (Brasil, 2022; Almeida; Guinsburg, 2022). E as recomendações para o acréscimo e

detalhamento de conteúdos tornariam a história extensa. Ademais, a categoria obteve validade, indicando que o material está adequado.

## Linguagem

No que se refere à categoria linguagem, os juízes-especialistas consideraram que o material apresenta leitura clara, com literatura fundamentada de fácil compreensão que favorece o processo de aprendizagem dos acadêmicos de enfermagem (Figura 3).

**Quadro 3** - Quadro de *Feedback*: apontamentos sobre a linguagem da história em quadrinhos.

Participante	Apontamentos sobre a linguagem da história em quadrinhos
E14	Parabenizo pela elaboração do material, o mesmo traz uma leitura clara, de fácil interpretação, com literatura aprofundada, abordando o processo de parturição. Além disso, colabora para o entendimento do discente acerca desse processo, evitando assim o aprendizado unilateral por meio de "decorebas" o que facilita o aprendizado e a relação da teoria com a prática.

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2026.

Além disso, sugeriram que a ortografia fosse revisada e as siglas trocadas pelos termos por extenso (Figura 4).

**Quadro 4** - Quadro de *Feedback*: sugestões e críticas sobre a linguagem da história em quadrinhos.

Participante	Sugestões e críticas sobre a linguagem da história em quadrinhos
E15	Falta correção de português
E16	Na frase "Com a proximidade do termo, a frequência das contrações de Braxton-Hicks cresce até culminar com o parto", sugiro substituir cresce por aumenta.
	Sugiro rever a redação da frase "A literatura aponta a sua compreensão como uma síndrome, em que os elementos que a compõem não têm, isoladamente, valor absoluto; somente o conjunto deles aumenta a acurácia" para que fique mais clara e objetiva.
	Sugiro corrigir a palavra esclarece (no texto está esclarece).
E19	Na pag. 09 - Parágrafo 3- Ortografia de pulsações?
E20	Escrita errada de uma palavra nos quadrinhos.

Participante	Sugestões e críticas sobre a linguagem da história em quadrinhos
E22	Sugiro rever alguns aspectos de redação mesmo sendo direcionado para acadêmicos de enfermagem. Pg. 4 - sigla PPP sugiro colocar entre parênteses (pré-parto, parto e parto)
	Pg. 8 - aspecto subintrante = termo prolixo
	Pg. 7 - PA - colocar por extenso; BCF - colocar por extenso na primeira vez e depois abreviado ao longo do texto = batimentos cardíofetais (BCF) Pg. 13 - colocar por extenso entre parênteses os termos a seguir: (IM/VO) (IM) e (ID) = substituir por (intramuscular ou via oral) (intramuscular) e (intradérmica)

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2026.

Atendendo às sugestões dos juízes-especialistas, os textos passaram por correção ortográfica e gramatical. Ademais, as siglas presentes nos textos foram mantidas, entretanto, para maior clareza, foi adicionado o significado da sigla BCF na parte inferior da página 5 (Figura 6).

### **Layout e Ilustrações**

Quanto aos apontamentos relacionados ao *layout* e às ilustrações, os juízes consideraram as cores atrativas, contudo questionaram se as cores ficariam adequadas quando projetadas, recomendando a realização de testes. Além disso, indicaram a necessidade de ajustar detalhes em algumas ilustrações (Figura 5).

**Quadro 5** - Quadro de *Feedback*: sugestões e críticas sobre *layout* e ilustrações da história em quadrinhos.

Participante	Sugestões e críticas sobre layout e ilustrações da história em quadrinhos
E6	Acredito que as cores ficaram bastante atrativas. Entretanto, em alguns ambientes de estudo poderá ficar pesado/escuro devido a qualidade dos projetores. Vale a pena testar nestes ambientes e talvez pensar em outra cor, mais fria.
E9	Saliento a questão do pele-a-pele e a Hora de Ouro que não foi explicitada. O bebê aparece no colo da mãe, com roupas.
E16	Na página 9 e 10, faltou incluir a TAG de nota teórica.
E22	Pg. 5 traz a enfermeira com um esfigmomanômetro, mas não aparece estetoscópio. Sugiro retirar o esfigmomanômetro ou colocar a enfermeira avaliando a PA com estetoscópio e esfigmomanômetro. Na minha opinião, para representar o acolhimento sugiro manter a enfermeira com postura segurando a mão da mulher e olhando nos olhos. Pode até deixar o esfigmomanômetro e o estetoscópio em algum local próximo, demonstrando que seria um material a ser utilizado no exame físico, caso desejem, mas também sendo excluídos, não alteram em nada a mensagem. Até melhora.
	Pg. 10 - Sugiro na imagem colocar o RN em contato pele a pele com mãe, de braços em seu peito, demonstrando como de fato deve ser colocado. Por cima dele e da mãe pode aparecer o campo, a coberta, para mantê-lo aquecido.

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2026.

Com relação às propostas sobre as ilustrações, as imagens foram refeitas em consonância à literatura. Na página 5, o esfigmomanômetro foi retirado da ilustração e, na página 10 e 12, o RN foi colocado em contato pele-a-pele com a mãe (Figura 6, Figura 7 e Figura 8). Ademais, as cores foram testadas e analisadas para verificar se estavam adequadas para projeção.

**Figura 1** - Imagem da página 5 antes e depois das modificações.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

**Figura 2** - Imagem da página 10 antes e depois das modificações.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

**Figura 3 - Imagem da página 12 antes e depois das modificações.**



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

## Organização

No que se refere aos feedbacks da categoria organização, os juízes-especialistas concordaram que a história apresenta organização e sequência lógica, possibilitando a compreensão dos períodos clínicos do trabalho de parto e da assistência de enfermagem e da equipe multiprofissional. Ademais, destacaram que as notas técnicas proporcionam fundamentação teórica que embasa o conteúdo apresentado (Figura 9).

**Figura 9 - Quadro de Feedback: apontamentos de organização dos juízes-especialistas e o respectivo desfecho.**

Participante	Apontamentos sobre a organização da história em quadrinhos
E22	Parabenizo pela elaboração do material. A história em quadrinho está muito bem estruturada, traz uma sequência lógica que permite compreender os períodos clínicos do trabalho de parto bem como a assistência de enfermagem e da equipe multiprofissional (médica obstetra e pediatra) nesse contexto. As notas técnicas trazem a fundamentação teórica que embasam o conteúdo apresentado.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

## DISCUSSÃO

As contribuições recebidas concentraram-se nas categorias conteúdo e linguagem, evidenciando o interesse dos juízes pela ampliação conceitual, pelo detalhamento dos procedimentos e do uso de medicamentos, além de sugestões de correções ortográficas e o uso de siglas acompanhadas pelas suas formas extensas.

Na categoria conteúdo, as sugestões se concentravam em detalhar partes da história e não foram implementadas, pois a história se tornaria longa e se desviaria do objetivo de ensinar e aprender os períodos clínicos do parto. Ademais, a avaliação dos juízes demonstrou que a sequência do texto é lógica e a apresentação do conteúdo favorece a aprendizagem do tema.

Na categoria linguagem, os juízes-especialistas julgaram que a história em quadrinhos é de fácil leitura e interpretação. Além disso, as recomendações focaram-se na correção e revisão ortográfica. Para atender às sugestões, os textos passaram por revisão ortográfica e gramatical. Todas as sugestões e críticas apresentadas desempenharam um papel fundamental na melhoria do material, e foi possível realizar diversos ajustes conforme as recomendações.

De modo similar, em uma pesquisa para produção e validação de uma cartilha educativa para o cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro, avaliada por 12 juízes-especialistas, os juízes julgaram que a história possui leitura clara e de fácil compreensão. Essa aproximação dos achados sugere que a clareza textual se configura como elemento central para a compreensão do material. Além disso, mesmo após alcançar os a validação da tecnologia na respectiva categoria, os autores seguiram as recomendações dos juízes e os textos passaram por revisão ortográfica, assim como a presente pesquisa (Santos *et al.*, 2022b).

Por outro lado, diferentemente do presente estudo, validado em única rodada com os juízes-especialistas, em um estudo sobre a elaboração e validação do conteúdo e aparência de uma cartilha sobre tratamento quimioterápico para crianças com câncer, validada por 10 especialistas, os juízes discordaram em relação à sequência do texto ser lógica, a linguagem do texto ser clara e objetiva, o estilo da redação ser compatível com o público-alvo e a escrita utilizada ser atrativa (Santos *et al.*, 2021). Tal discordância evidencia a complexidade do processo do processo de elaboração de tecnologias e adequação do material ao público-alvo.

Na pesquisa supracitada, a cartilha não foi validada na primeira rodada, sendo necessárias adequações relacionadas ao conteúdo e à linguagem, como a síntese de discursos, descrição detalhada de tópicos, alteração do título, correções ortográficas e gramaticais, além da substituição de termos. Quanto às ilustrações e ao layout, foram incluídas imagens que elucidassem os efeitos

adversos dos quimioterápicos, as falas foram divididas em mais balões de diálogo, as letras foram ajustadas e as ilustrações foram reorganizadas. Na segunda rodada de avaliação, a aparência e o conteúdo da cartilha foram validados por oito juízes-especialistas (Santos *et al.*, 2021). Essas etapas reforçam o caráter processual da elaboração de um material educativo e a importância da incorporação das sugestões dos juízes não apenas para alcançar os critérios, mas também para o aperfeiçoamento da tecnologia.

A partir da validação, a história em quadrinhos apresenta potencial para uso no processo de ensino-aprendizagem dos acadêmicos de enfermagem, ao possibilitar o acesso à informação, por meio do uso de linguagem acessível que considera os conhecimentos e vivências do público-alvo. O uso das imagens, articuladas aos textos, não apenas auxilia na contextualização, mas também favorece a compreensão de temas complexos e envolve o leitor na história do começo ao fim, proporcionando uma forma mais divertida de aprender (Aquino *et al.*, 2020; Figueiredo *et al.*, 2022).

Especificamente no contexto da enfermagem, a história em quadrinhos reúne um conjunto de conhecimentos científicos que guiam os processos de cuidar-educar e educar-cuidar. Assim, apresenta-se como uma ferramenta inovadora para o ensino-aprendizagem, com potencial de estimular o engajamento dos acadêmicos por meio de uma abordagem interativa e visual que facilita a compreensão do tema abordado (Teixeira, 2017; Salbego *et al.*, 2018).

## CONCLUSÃO

A análise do feedback permitiu identificar pontos da história em quadrinhos que necessitavam de ajustes, possibilitando a realização dessas modificações e o aperfeiçoamento do material educativo para o público-alvo. As sugestões apresentadas, como correções ortográficas, gramáticas e nas ilustrações, evidenciaram a preocupação com a clareza textual, a organização do conteúdo e das ilustrações e a adequação da linguagem ao público-alvo, aspectos fundamentais no processo de validação de tecnologias educacionais.

Embora as recomendações relacionadas ao detalhamento dos conteúdos não tenham sido acatadas, uma vez que tornariam a história excessivamente

longa e poderiam retirar o foco dos períodos clínicos do parto, esses apontamentos demonstraram o interesse dos juízes pelo material.

A partir das considerações dos juízes foi possível realizar as correções necessárias para a qualificação do material, como colocar o bebê em contato pele-a-pele, retirar o esfigmomanômetro da ilustração, acrescentar o significado da sigla BCF. Mesmo antes das correções realizadas para melhoria, os juízes afirmaram que o material apresentava qualidade estrutural e pedagógica, destacando que está organizado, com sequência lógica e linguagem compatível com o público-alvo. Além disso, pontuaram que as notas teóricas fundamentam a história e favorecem a compreensão dos períodos clínicos do trabalho de parto e da assistência prestada pela enfermagem.

## REFERÊNCIAS

AQUINO, S. M. C. *et al.* Construção de cartilha virtual para o cuidado em saúde mental em tempos da Covid-19. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1 esp., p. 174–178, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3584/822>. Acesso em: 30 jan. 2026.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em: 10 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em: 10 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 30 jan. 2026.

FEHRING, R. J. The Fehring model. *In*: CARROL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (eds.). **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the Tenth Conference**. Philadelphia: JB Lippincott, 1994. p. 55–62.

FIGUEIREDO, S. M. dos S. *et al.* História em quadrinhos. *In*: TEIXEIRA, E. (org.). **Materiais didáticos para mediar processos educacionais em saúde: produção e tipologias**. São Paulo: Moriá Editora, 2022. p. 125–136.

NIETSCHKE, E. A. *et al.* Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 344–353, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/D73Y67WhnhmbtqqX58czmzL/>. Acesso em: 30 jan. 2026.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura: assistência ao parto normal - guia prático**. Brasília: OMS, 1996. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade\\_segura\\_assistencia\\_parto\\_normal\\_guia\\_pratico.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf). Acesso em: 30 jan. 2026.

SALBEGO, C. *et al.* Tecnologias cuidativo-educacionais: um conceito emergente da práxis de enfermeiros em contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 6, p. 2825–2833, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zPjy9NvkcdJVw9Jr7ZKhNQs/>. Acesso em: 30 jan. 2026.

SANTOS, A. M. D. Análise do conceito “tecnologia educacional” na área da saúde. **EaD em Foco**, v. 12, n. 2, e1675, 2022a. Disponível em: <https://doi.org/10.18264/eadf.v12i2.1675>. Acesso em: 30 jan. 2026.

SANTOS, I. L. *et al.* Educational material production and validity: educational instrument for home care for premature newborns. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 1, e20210648, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SwfbzvxGzMrwT5Y6VDcPCVt/>. Acesso em: 30 jan. 2026.

SANTOS, L. M. dos *et al.* Elaboração e validação de conteúdo da cartilha “Conhecendo o tratamento quimioterápico”. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 5, p. 943–949, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.3701>. Acesso em: 30 jan. 2026.

SILVA, B. A. *et al.* Processos de validação de instrumentos para área da saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 2, e14695, 2024b. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/14695>. Acesso em: 30 jan. 2026.

TEIXEIRA, E. Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais. *In*: **Tecnologias cuidativo-educacionais: um conceito em desenvolvimento**. Porto Alegre: Moriá, 2017. p. 31–50. Disponível em: <https://issuu.com/moriaeditoraltda/docs/issuu-desenvolvimento>. Acesso em: 30 jan. 2026.

## REFLEXÕES SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS À LUZ DE FREIRE E HABERMAS: ABORDAGENS DA AÇÃO COMUNICATIVA

**Milene Negri Reiser**

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

**Vânia Ana Silveira Muniz**

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

**Sayonara Stefane Tavares de Moura**

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

**Jhenyfer Amanda Ciriaco Canhete**

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

**Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni**

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

**Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello**

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

# RESUMO

**Objetivo:** Discutir os pensamentos de Freire e da Ação Comunicativa de Habermas no desenvolvimento de sujeitos crítico-reflexivos inseridos no âmbito das políticas de saúde. **Desenvolvimento:** Ensaio teórico-filosófico. Elaborado em três etapas: seleção do tema central com filósofo, ponderação e discussão, apresentando contribuições à saúde. Abrange seções: evolução da filosofia; políticas de saúde integradas ao pensamento filosófico; desafios da construção de sujeitos críticos e reflexivos nas Políticas de Saúde. **Conclusões:** Integração de Freire e Habermas na saúde pode representar um avanço significativo, pois promove diálogo, conscientização e ação reflexiva, baseada na realidade e nas necessidades das comunidades, na busca por uma abordagem mais participativa, crítica e transformadora. Por meio do diálogo, é possível construir conhecimento consistente e contextualizado, emerge como fator relevante para a promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Política Pública; Política de Saúde; Comunicação em Saúde; Enfermagem; Filosofia em Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A implementação de políticas públicas de saúde deve buscar a compreensão abrangente e participativa dos problemas de saúde e de suas soluções, bem como a atuação consciente e comprometida dos profissionais de saúde (HEIDEMANN *et al.*, 2017).

O pensamento de Freire e a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas são abordagens teórico-filosóficas que oferecem base sólida para compreensão da construção do conhecimento e seu papel nas políticas públicas de saúde.

Freire propõe visão dialógica e transformadora, encorajando os indivíduos a refletir, tornando-os agentes ativos na construção do conhecimento. A Teoria da Ação Comunicativa busca compreender como os indivíduos se comunicam e interagem, considera o sujeito como ser relacional sendo possível estabelecer elo entre as diferentes áreas da saúde e população. Ambos apresentam importante aplicação em políticas públicas de saúde, comunicação efetiva e participação ativa dos cidadãos, auxiliando na adaptação de dinâmicas e sistemas políticos diversos (ANDRADE; ALCANTÁRA; PEREIRA, 2019).

A Política pública é concebida como conjunto de ações desencadeadas pelo Estado em escalas federais, estaduais e municipais capaz de distinguir a ação (o que faz) da intenção (o que se pretende fazer). A inserção do SUS foi realizada a partir de uma política pública de saúde, sendo um espaço de ações de educação coletiva (BRASIL; CAPELLA, 2023).

Ao propor o pensamento de Freire e a Ação Comunicativa de Habermas no campo da saúde, é possível estabelecer diálogo produtivo entre filosofia e práticas de saúde, desafiando paradigmas e promovendo visão crítica e transformadora, considerando aspectos biológicos, mas também sociais, culturais e políticos envolvidos na experiência de saúde (SILVA; BARBOSA, 2019). Os profissionais de saúde podem promover engajamento ativo dos indivíduos na formulação de políticas que reflitam reais necessidades e aspirações, incentivando a participação nas decisões sobre saúde, além de estimular abordagem holística e contextualizada em saúde (BONFIM, 2023).

Sendo assim, procuramos responder: Quais as implicações do pensamento freiriano e Ação comunicativa de Habermas nas políticas públicas de saúde

como facilitadora de sujeitos crítico-reflexivos para os processos de cuidado e educação em saúde?

O manuscrito foi organizado de maneira que contemple aspectos relacionados a evolução da filosofia; políticas de saúde integradas ao pensamento freiriano e a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas; e desafios da construção de sujeitos críticos e reflexivos nas ações em Políticas de Saúde.

Assim, este ensaio tem o objetivo de discutir a contribuição de Freire e da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas no desenvolvimento de sujeitos crítico-reflexivos inseridos no âmbito das políticas de saúde.

## **DESENVOLVIMENTO**

A produção teórica reflexiva deste ensaio fundamenta-se na gênese ideológica de Freire e Ação Comunicativa de Habermas. A abordagem destaca-se como princípio dinamizador e permeia atividades para construção de reflexões significativas (AZEVEDO, 2023).

O delineamento norteou-se a partir: seleção do tema central para ponderação e discussão e seleção dos filósofos, tendo constructos que apresentassem marcos para ciência, saúde e enfermagem. Selecionou-se publicações e abordagens filosóficas de diversas épocas e correntes que corroboram as temáticas discutidas na disciplina de Filosofia da Ciência, Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, modalidade doutorado acadêmico, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Assim, empreendeu-se a busca por referenciais teórico-filosóficos, proporcionando base sólida para resultados da reflexão teórica e conceitual. Foram consideradas 18 referências para elaboração do ensaio teórico-reflexivo do tema.

A leitura utilizada possibilitou a formulação de linhas argumentativas à luz do pensamento Freiriano e na Ação comunicativa de Habermas, encontra-se a ideia de que a linguagem desempenha papel crucial na interação social e formação de consenso. O uso de argumentos racionais e troca de ideias permite ao indivíduo chegar a um entendimento comum e agir de forma colaborativa para enfrentar os desafios sociais (ANDRADE; ALCANTÁRA; PEREIRA, 2019).

A construção do conhecimento possibilita a comunicação das políticas públicas, permitindo que sejam conceituadas e compreendidas pela população,

contribuindo assim para definir boas práticas alinhadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BOTELHO *et al.*, 2021).

O ser humano possui inúmeras potencialidades e concepção de liberdade que confere sentido à existência (CHACON; ALMEIDA, 2023). Ressalta-se a importância das ações humanistas e dos enfrentamentos contra sistemas políticos, econômicos e sociais injustos, frequentemente opressores, que limitam a liberdade e autonomia do indivíduo como protagonista e sujeito ativo na construção da própria humanidade.

Supondo um colóquio filosófico dedicado à discussão do conceito de conhecimento, seria imprescindível a participação de diferentes filósofos e suas perspectivas. O convite seria estendido a todos pensadores que dedicaram reflexões à teoria do conhecimento sendo fundamental que tal encontro seja conduzido de forma desimpedida por quaisquer regras, ocorrendo em local acessível. Como afirmava Sócrates, a polis deve ser utilizada para aprimorar a vida das pessoas, sendo incoerente se ocorresse por meio de portas fechadas.

O encontro se daria na Academia de Platão, situada nos arredores de Atenas fundada em 387 a.C. Local propício ao ensinamento das ciências, música, filosofia e astronomia, abrangendo ampla gama de conhecimento. Ao iniciar o diálogo, as pesquisadoras recebem os presentes e iniciam as saudações, explicando que não haveria limite de tempo, nem ordem de participação, proporcionando desta forma o livre arbítrio, conceito fundamental na filosofia.

Sócrates, o primeiro a se levantar, inicia o debate. Na concepção deste, o pensamento precisa de interlocutor e é do verdadeiro conhecimento que nasce o diálogo. Ressalta também reflexão crítica e enfatiza que o conhecimento verdadeiro poderia ser alcançado pela investigação, e não por meio de crenças infundadas ou dogmas (TEMPSKI, 2010).

Na sequência, Platão expressa imenso prazer em receber todos para um debate acerca do conhecimento e ressalta que o conhecimento é dividido em dois grupos: conhecimento sensível, particular, mutável e relativo, e conhecimento intelectual, universal, imutável, absoluto, que ilumina o primeiro, mas que dele não se pode desviar. Platão afirma: "O conhecimento intelectual é superior e mais confiável do que o conhecimento sensível, que é instável e suscetível a enganos!!" (FREIRE; SPANHOL, 2023).

René Descartes interrompe sugerindo que devemos duvidar de tudo que foi dito e que apenas as verdades absolutas permaneceriam (DESCARTES, 2000). Para ele, o exercício da dúvida permite a construção do saber por meio da liberdade, sendo que qualquer cidadão produz verdade e que quanto menos dúvida, mais perto da verdade. Segundo Descartes, deve-se duvidar sempre até da própria existência: "*cogito ergo sum*" - "penso, logo existo" (TEMPSKI, 2010).

Freire solicita a palavra e exclama: "Libertação dos opressores!". Sua metodologia explica que não existe conhecimento estanque, o conhecimento está em construção e que as experiências ao longo da vida contribuem nesse processo e os pilares de seu método que o diferenciam dos demais especialmente na pesquisa em saúde (HEIDEMANN *et al.*, 2017). Continua: "Escrevi sobre isto em vários livros de minha autoria, como Pedagogia do Oprimido, Pedagogia da Esperança e Pedagogia da Autonomia".

O "Método Paulo Freire" amplamente utilizado em programas de alfabetização, despertou a compreensão de que, para ser capaz de ensinar, era necessário aprender com o outro a partir de sua própria realidade. Criador da Pedagogia Crítica, observa em sua obra "Pedagogia do Oprimido" a dificuldade das pessoas em se reconhecerem como sujeitos ativos de suas próprias vidas, o que limitava a possibilidade de mudança da realidade (PRADO; REIBNIITZ, 2016).

### **Diálogo das Políticas de Saúde com o método Freiriano e a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas**

O pensamento de Freire oferece perspectiva valiosa para integração nas políticas de saúde, enfatiza a importância da conscientização, aprendizagem e participação ativa dos indivíduos no cuidado em saúde (HEIDEMANN *et al.*, 2017). Não obstante, a teoria de Habermas torna-se essencial para garantir que todas as partes interessadas sejam ouvidas e envolvidas na tomada de decisões, ambos enfatizam a importância da educação como ferramenta para transformação social.

Ao facilitar o diálogo, é possível obter compreensão holística das necessidades de saúde, permitindo o desenvolvimento de políticas eficazes e adaptadas à realidade local (BOTELHO *et al.*, 2021). Reconhecer que cada comunidade possui sabedoria própria e compreensão de saúde, influenciada por sua cultura,

tradições e contexto socioeconômico, pode fortalecer sua participação, aumentar a crença e aceitação das políticas implementadas (PRADO; REIBNIITZ, 2016).

Freire desempenha papel essencial no processo educativo em saúde, por meio da perspectiva da pedagogia libertadora e problematizadora, além do campo social, aborda desenvolvimento individual e transformador da realidade, por meio do diálogo e conscientização crítica. Esse processo é capaz de ultrapassar o campo da educação e orientando estratégias educativas nos campos sociais, incluindo a saúde (MORIN *et al.*, 2020; FREIRE, 1987).

Essa educação é utilizada como ferramenta para capacitar os indivíduos e promover a saúde de forma participativa e emancipatória (ARAÚJO *et al.*, 2018). Habermas desempenha papel crucial na comunicação entre pacientes, familiares e equipe médica. Por meio de uma comunicação aberta, fundamentada em argumentos racionais e informações precisas, os enfermeiros podem promover a compreensão mútua e a colaboração na prestação de cuidados de saúde (ANDRADE; ALCANTÁRA; PEREIRA, 2019).

A construção do conhecimento com base nos princípios de Freire e Habermas implica em processo que os sujeitos são capazes de contribuir para tomada de decisões durante o processo de aprendizagem (HEIDEMANN *et al.*, 2017). Considerando assim, a aplicação desses princípios utiliza a educação como ferramenta para capacitar os indivíduos e promover a saúde de forma participativa e emancipatória (HEIDEMANN *et al.*, 2017; CHAGAS *et al.*, 2009).

A construção dessa metodologia na saúde ocorre a partir da realidade de cada indivíduo, que é marcada por questões diversas, singularidades, conflitos e desigualdades. Isso ocorre porque a dialética freiriana busca a construção do conhecimento de forma a superar as barreiras interdisciplinares e expandir o escopo das fronteiras profissionais (HEIDEMANN *et al.*, 2017).

### **Desafio da construção de sujeitos críticos e reflexivos nas ações em Políticas de Saúde**

Dentre os desafios na construção de sujeitos críticos/reflexivos, destaca-se a emancipação do sujeito e o cuidado, sendo necessário uma mudança que permeia todo o coletivo. Entretanto, uma vez alcançada, espera-se discussões

a partir de uma nova visão do indivíduo, tornando a atividade assistencial mais humanizada, efetiva e empática (SOARES; GAZZINELLI; SOUZA, 2020).

A Ação comunicativa de Habermas enfatiza a importância de espaços para diálogo, onde diferentes perspectivas, necessidade e experiência possam ser ouvidas e debatidas, resultando em políticas inclusivas e abrangentes (ANDRADE; ALCANTÂRA; PEREIRA, 2019). Já Freire propõe abordagem fundamentada na problematização e reflexão crítica da realidade. No entanto, muitas práticas de ensino e assistência em saúde são orientadas por uma visão autoritária e hierárquica, o que dificulta a participação ativa dos indivíduos e a construção de um pensamento crítico-reflexivo (MORIN *et al.*, 2020).

Outro desafio reside na necessidade de promover a conscientização e autonomia dos profissionais de saúde envolvidos nas políticas de saúde. Há limitações como falta de recursos e sobrecarga de trabalho, o que pode comprometer a capacidade de praticar ações reflexivas e críticas na formulação de políticas em saúde (SOARES; GAZZINELLI; SOUZA, 2020).

A construção de sujeitos críticos-reflexivos requer mudança cultural e estrutural nas instituições de saúde, superando a dicotomia existente. Propõe-se a criação de espaços de diálogo, nos quais profissionais de enfermagem, usuários dos serviços de saúde e demais possam compartilhar suas experiências, conhecimentos e perspectivas (BOTELHO *et al.*, 2021).

Assim romper com a visão reducionista de saúde, e adotar abordagem integral, que considere as questões sociais, culturais e políticas que influenciam o processo saúde-doença, requer transformação nas estruturas de poder e na cultura organizacional das instituições de saúde, de modo a possibilitar a participação ativa e a construção coletiva do conhecimento (BOTELHO *et al.*, 2021).

## CONCLUSÃO

Ao promover diálogo, conscientização e ação reflexiva, baseada na realidade e nas necessidades das comunidades, é possível construir conhecimento consolidado e contextualizado. Alcançando assim, abordagem participativa, crítica e transformadora na construção de políticas públicas em saúde.

A superação de desigualdades e promoção do diálogo são aspectos que requerem atenção especial no campo das políticas públicas e cultura institucional.

Além da capacitação de profissionais de saúde como facilitadores do processo educativo, investindo na formação contínua, ética e libertadora, resultando em políticas de saúde dialógicas e aplicadas às realidades sociais.

## REFERÊNCIAS

Segue a lista **normalizada conforme ABNT NBR 6023:2018**, em **ordem alfabética**, com **títulos de livros em negrito**, **nomes de periódicos em negrito** e **espaço entre as referências**, conforme seu padrão editorial:

ANDRADE, L. F. S.; ALCÂNTARA, V. de C.; PEREIRA, J. R. Comunicação que constitui e transforma os sujeitos: agir comunicativo em Jürgen Habermas, ação dialógica em Paulo Freire e os estudos organizacionais. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 17, n. 1, p. 12–24, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1679-395164054>.

ARAÚJO, B. B. M. *et al.* Referencial teórico-metodológico de Paulo Freire: contribuições no campo da enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, p. 1–6, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/27310>.

AZEVEDO, J. A. Fundamentos filosóficos da pedagogia de Paulo Freire. **Akrópolis – Revista de Ciências Humanas da UNIPAR**, v. 18, n. 1, p. 37–47, 2010. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/akropolis/article/view/3115>.

BONFIM, P. C. R. Piaget, Vigotsky e Paulo Freire: uma análise sobre os reflexos dos três pensamentos na educação contemporânea. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 2, p. 69–78, 2019.

BOTELHO, B. O. de *et al.* Experiências de formação no contexto da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, e200195, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/RJqTV8D9DWpLDYd3rcTbHXM/?lang=pt>.

BRASIL, F. G.; CAPELLA, A. C. N. Os estudos das políticas públicas no Brasil: passado, presente e caminhos futuros da pesquisa sobre análise de políticas. **Revista Política Hoje**, v. 25, n. 1, p. 71–90, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politicahoje/article/view/3710>.

CHACON, D. R. A.; ALMEIDA, F. S. Filosofia e educação: liberdade, alteridade e inconclusão em Paul Ricoeur e Paulo Freire. **Revista SCIAS – Direitos Humanos e Educação**, v. 4, n. 2, p. 26–43, 2021. Disponível em: <https://www.sumarios.org/artigo/filosofia-e-educacao-liberdade-alteridade-e-inconclusao-em-paul-ricoeur-e-paulo-freire>.

CHAGAS, N. R. *et al.* Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem. **Ciencia y Enfermería**, v. 15, n. 2, p. 35–40, 2009. Disponível em: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532009000200005](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200005).

DESCARTES, R. **Meditações metafísicas**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. S.; SPANHOL, F. J. O conhecimento organizacional: produto ou processo? **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 4, n. 1, p. 3–21, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc/article/view/15963>.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 1–8, 2017.

MORIN, V. L. *et al.* Paulo Freire na atualidade: concepções de estudantes do programa de pós-graduação em educação em ciências: química da vida e saúde da UFSM. **Revista Vivências**, v. 16, n. 31, p. 171–178, 2020.

PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. (org.). **Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde**. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016.

SILVA, K.; BARBOSA, V. A. Paulo Freire: saberes da docência no ensino superior, uma reflexão na prática. **RECH – Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem-estar**, v. 5, n. 2, p. 164–182, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/rech/article/view/6800/4790/>.

SOARES, A. N.; GAZZINELLI, M. F.; SOUZA, V. de. Experimentações de educação e saúde: mapeando a produção de sentidos na pós-graduação em enfermagem. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, e190675, 2020.

TEMPSKI, P. Diálogo filosófico sobre qualidade de vida. **Cadernos ABEM**, v. 6, p. 62–73, 2010. Disponível em: [https://fm.usp.br/cedem/conteudo/artigos-cientificos/cedem\\_39\\_dialogo\\_filosofico.pdf](https://fm.usp.br/cedem/conteudo/artigos-cientificos/cedem_39_dialogo_filosofico.pdf).

Se desejar, posso agora consolidar todas as referências sobre Paulo Freire já enviadas em uma única seção temática organizada para capítulo teórico.

## ESCOLA DA GESTANTE EM BARRA DO CORDA: APOIO, EDUCAÇÃO E ACOLHIMENTO À MATERNIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

**Wekadja Alves Lobão**

Faculdade do Centro Maranhense (Unicentro)

**Felipe Santana e Silva**

Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

**Karienne Araújo Bonfim**

Faculdade do Centro Maranhense (Unicentro)

**Ricardo Ytallo da Silva Nascimento**

Faculdade do Centro Maranhense (Unicentro)

**Maria Natália da Silva Sousa**

Faculdade do Centro Maranhense (Unicentro)

**Jeanne Marcela Ferreira Pinheiro**

Faculdade do Centro Maranhense (Unicentro)

**Eryka Cristina Milhomem de Castro Costa**

Faculdade do Centro Maranhense (Unicentro)

**Jandeson de Sousa da Silva**

Faculdade do Centro Maranhense (Unicentro)

**Maria Eduarda Silva Tavares**

Faculdade do Centro Maranhense (Unicentro)

**Francisca Maria de Jesus da Silva**

Faculdade Aliança Educacional do Estado de São Paulo (ALIANÇA)

# RESUMO

**Introdução:** A maternidade é um processo que transcende o biológico, exigindo suporte emocional, informativo e social para que as mulheres possam vivenciar essa fase de forma segura e consciente. Nesse contexto, a educação em saúde se mostra uma estratégia fundamental na Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo para o cuidado pré-natal e pós-natal. **Objetivo:** Descrever a implementação do projeto “Escola da Gestante” como estratégia de educação em saúde e apoio à maternidade no município de Barra do Corda – MA. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo, referente ao projeto iniciado em março de 2024, implementado de forma descentralizada nas Unidades Básicas de Saúde, CRAS e Secretaria da Mulher. Foram desenvolvidas oficinas educativas e grupos de apoio com profissionais da rede municipal, em articulação intersetorial e com apoio técnico estadual. **Resultados:** As atividades contemplaram conteúdos sobre gravidez, parto, puerpério, amamentação, planejamento reprodutivo e aspectos psicossociais da maternidade. Observou-se maior adesão das gestantes às consultas do pré-natal, fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde e ampliação do suporte social. A articulação com diferentes setores e a inclusão de profissionais como doulas, enfermeiros e obstetras ampliaram a resolutividade do cuidado. **Considerações Finais:** A experiência da Escola da Gestante evidenciou o potencial transformador da educação em saúde na APS, promovendo acolhimento, empoderamento e cuidado integral às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. O projeto mostrou-se replicável e alinhado às diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. **Palavra-chave** Pré-natal; Oficinas educativas; Saúde da mulher; Intersetorialidade; Cuidado integral.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenha papel central na promoção, prevenção e cuidado integral à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Nesse contexto, a organização de estratégias educativas voltadas às gestantes fortalece o vínculo entre equipe e usuárias, qualifica o pré-natal e contribui para desfechos materno-infantis mais favoráveis. A educação em saúde, quando estruturada de forma participativa, amplia a autonomia das mulheres e favorece escolhas conscientes durante a gestação e o parto (Brasil, 2012).

A gestação é um período marcado por intensas transformações físicas, emocionais e sociais, exigindo acompanhamento qualificado e sensível às singularidades de cada mulher. Além das mudanças biológicas, emergem dúvidas, medos e expectativas que demandam espaços de escuta e acolhimento na rede básica. A ausência de informações claras pode comprometer a adesão ao pré-natal e aumentar vulnerabilidades. Assim, iniciativas educativas sistematizadas tornam-se fundamentais para o fortalecimento do cuidado longitudinal na APS (Brasil, 2013).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher orienta que as ações voltadas ao pré-natal devem ir além da dimensão clínica, incorporando aspectos psicossociais, culturais e familiares. A integralidade do cuidado pressupõe práticas que promovam o protagonismo feminino e a participação ativa da família no processo gestacional. Nesse sentido, grupos educativos e rodas de conversa configuram-se como dispositivos potentes para construção compartilhada do conhecimento. Tais estratégias favorecem o empoderamento e a humanização da assistência (Brasil, 2011).

No município de Barra do Corda – MA, observa-se a necessidade de fortalecer ações coletivas que promovam informação qualificada e apoio contínuo às gestantes acompanhadas na rede básica. Desafios como vulnerabilidades sociais, barreiras de acesso e fragilidades no vínculo com os serviços de saúde evidenciam a importância de intervenções estruturadas no território. A criação de espaços educativos permanentes contribui para reduzir incertezas e ampliar a responsabilização pelo cuidado. Essas ações dialogam com os princípios da equidade e da participação social no SUS (Starfield, 2002).

A proposta da “Escola da Gestante” emerge como estratégia de educação em saúde voltada à promoção do cuidado integral, articulando saberes técnicos e experiências vividas pelas mulheres. Por meio de encontros periódicos, busca-se abordar temas como mudanças fisiológicas da gestação, sinais de risco, direitos da gestante, parto, amamentação e cuidados com o recém-nascido. A metodologia participativa favorece o diálogo e fortalece o vínculo entre equipe multiprofissional e usuárias. Tal abordagem está alinhada às diretrizes da humanização da assistência pré-natal (Brasil, 2012).

A implementação do projeto fundamenta-se na perspectiva da promoção da saúde, entendida como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida. A educação em saúde, nesse contexto, não se limita à transmissão de informações, mas envolve construção coletiva, valorização do saber popular e estímulo à autonomia. Ao integrar ações educativas ao pré-natal, amplia-se o cuidado para além da consulta individual, fortalecendo redes de apoio no território (Brasil, 2010).

Além de qualificar o acompanhamento pré-natal, a Escola da Gestante contribui para a redução de desfechos adversos maternos e neonatais, ao incentivar o reconhecimento precoce de sinais de alerta e a busca oportuna por atendimento. A troca de experiências entre gestantes também favorece o suporte emocional e o fortalecimento do sentimento de pertencimento ao grupo. Dessa forma, o projeto reafirma o compromisso da APS com a atenção centrada na pessoa e na família (Brasil, 2013).

Diante desse cenário, o presente capítulo tem como objetivo descrever a implementação do projeto “Escola da Gestante” como estratégia de educação em saúde e apoio à maternidade no município de Barra do Corda – MA. Ao apresentar o processo de planejamento, execução e resultados iniciais, busca-se compartilhar uma experiência exitosa no âmbito da APS. Espera-se contribuir para a reflexão sobre práticas inovadoras que promovam acolhimento, autonomia e cuidado integral às gestantes (Brasil, 2011).

## **MÉTOD**

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, referente à implementação do projeto “Escola da Gestante”, iniciado

em março de 2024, no município de Barra do Corda – MA. A escolha pelo relato de experiência fundamenta-se na intenção de sistematizar e compartilhar práticas exitosas desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), valorizando o contexto territorial e as vivências da equipe multiprofissional. Esse tipo de estudo permite descrever processos, estratégias e resultados alcançados na prática cotidiana dos serviços de saúde (Minayo, 2014).

O projeto foi implementado de forma descentralizada, envolvendo Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e a Secretaria Municipal da Mulher, fortalecendo a articulação intersectorial. A descentralização das ações possibilitou maior capilaridade das atividades educativas, ampliando o acesso das gestantes aos encontros formativos e aos espaços de acolhimento. A integração entre saúde e assistência social favoreceu a identificação de vulnerabilidades e a construção de estratégias conjuntas de cuidado, alinhadas aos princípios da integralidade e da equidade no SUS (Brasil, 2011).

As atividades desenvolvidas incluíram oficinas educativas temáticas e grupos de apoio voltados às gestantes e seus familiares, conduzidos por profissionais da rede municipal, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e educadores sociais. Os encontros abordaram temas como alterações fisiológicas da gestação, sinais de risco, direitos reprodutivos, planejamento do parto, amamentação e cuidados com o recém-nascido. A metodologia adotada foi participativa, baseada em rodas de conversa, dinâmicas de grupo e construção coletiva do conhecimento, valorizando o saber popular e a troca de experiências (Brasil, 2013).

A articulação intersetorial foi fortalecida por meio de reuniões periódicas de planejamento e avaliação entre os profissionais envolvidos, garantindo alinhamento das ações e monitoramento contínuo das atividades. O apoio técnico estadual contribuiu para qualificação das estratégias pedagógicas e atualização dos conteúdos trabalhados nas oficinas. Essa cooperação institucional favoreceu a padronização das orientações ofertadas às gestantes, assegurando coerência com as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Brasil, 2012).

A coleta das informações para o relato ocorreu por meio de registros em atas, relatórios das oficinas, listas de presença, registros fotográficos institucionais e anotações em diário de campo elaboradas pelos profissionais

responsáveis. Os dados foram organizados de forma descritiva, destacando o processo de implementação, os desafios enfrentados, as estratégias de superação e as percepções dos participantes. A análise foi realizada à luz dos princípios da promoção da saúde e da educação em saúde na APS, considerando o contexto social e territorial (Brasil, 2010).

Por se tratar de um relato de experiência, sem identificação individual das participantes e sem intervenção clínica experimental, o projeto respeitou os princípios éticos da confidencialidade, do respeito à dignidade e da não exposição das usuárias. As atividades foram realizadas mediante consentimento verbal das participantes, garantindo-lhes o direito à livre participação e à retirada a qualquer momento. A sistematização da experiência busca contribuir para o fortalecimento de práticas educativas na APS, incentivando a replicabilidade da iniciativa em outros territórios (Minayo, 2014).

## **RESULTADOS**

Os resultados evidenciaram que as atividades desenvolvidas no âmbito da Escola da Gestante contemplaram de forma abrangente conteúdos relacionados à gravidez, parto, puerpério, amamentação, planejamento reprodutivo e aspectos psicossociais da maternidade. A abordagem integrada desses temas possibilitou maior compreensão das transformações vivenciadas pelas mulheres ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Observou-se participação ativa das gestantes durante as oficinas, com manifestações de dúvidas, relatos de experiências e compartilhamento de expectativas. Esse movimento contribuiu para um processo educativo mais dialógico e significativo no contexto da APS.

Verificou-se aumento expressivo na adesão das gestantes às consultas de pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde vinculadas ao projeto. A participação nos encontros favoreceu maior comprometimento com o acompanhamento regular, incluindo a realização de exames preconizados e atualização do calendário vacinal. As gestantes passaram a reconhecer com maior clareza a importância do seguimento adequado para prevenção de complicações maternas e neonatais. Esse resultado reforça o papel da educação em saúde como estratégia indutora de cuidado contínuo e qualificado.

Outro resultado relevante foi o fortalecimento do vínculo entre as gestantes e a equipe multiprofissional de saúde. A convivência nos grupos possibilitou maior proximidade, confiança e abertura para o diálogo, favorecendo a identificação precoce de demandas clínicas e psicossociais. As mulheres relataram sentir-se mais acolhidas e seguras para expressar medos e inseguranças relacionadas ao parto e à maternidade. Esse vínculo ampliado repercutiu positivamente na longitudinalidade do cuidado ofertado pela APS.

Observou-se também ampliação do suporte social às gestantes, especialmente àquelas em situação de maior vulnerabilidade. A integração com o CRAS e a Secretaria da Mulher permitiu encaminhamentos oportunos para benefícios sociais, acompanhamento psicossocial e orientações jurídicas quando necessário. A criação de redes de apoio entre as próprias participantes fortaleceu o sentimento de pertencimento e solidariedade. Esse aspecto demonstrou a potência da articulação intersetorial na promoção de cuidado integral.

A inclusão de diferentes profissionais, como doulas, enfermeiros, médicos obstetras e assistentes sociais, ampliou a resolutividade do cuidado oferecido às participantes. A presença das doulas contribuiu para desmistificar o processo do parto e incentivar práticas de humanização, enquanto os enfermeiros e obstetras esclareceram aspectos técnicos e clínicos. Essa diversidade profissional possibilitou respostas mais rápidas às demandas identificadas durante os encontros. Como resultado, houve maior integração entre atenção básica e demais pontos da rede de atenção à saúde.

De modo geral, a implementação da Escola da Gestante demonstrou impacto positivo na qualificação do cuidado pré-natal no município de Barra do Corda – MA. A experiência evidenciou que estratégias educativas coletivas, aliadas à articulação intersetorial, fortalecem a autonomia das mulheres e promovem melhores desfechos assistenciais. Além disso, consolidou-se como espaço permanente de acolhimento, escuta e construção compartilhada de saberes. Os resultados apontam para a viabilidade de expansão e continuidade da iniciativa em outras unidades do território.

## DISCUSSÃO

A ampliação da adesão ao pré-natal observada após a implementação da Escola da Gestante reforça a relevância das estratégias coletivas de educação em saúde no âmbito da Atenção Primária. Estudos apontam que ações educativas participativas favorecem maior compreensão sobre a importância do acompanhamento contínuo da gestação, contribuindo para redução de riscos maternos e neonatais. Além disso, o acesso à informação qualificada fortalece a autonomia das mulheres e incentiva o autocuidado responsável. Tais achados estão em consonância com as diretrizes nacionais para o pré-natal de baixo risco (Brasil, 2013).

O fortalecimento do vínculo entre gestantes e equipe multiprofissional evidencia a potência das tecnologias leves no cuidado em saúde. A criação de espaços de escuta e acolhimento favorece relações mais horizontais e humanizadas, ampliando a confiança e a corresponsabilização pelo cuidado. A literatura destaca que o vínculo é elemento estruturante da APS, impactando positivamente na continuidade do acompanhamento e na satisfação das usuárias. Dessa forma, a experiência relatada reafirma a centralidade da relação profissional-usuário na produção do cuidado (Starfield, 2002).

A ampliação do suporte social às gestantes demonstra a importância da articulação intersetorial como estratégia para enfrentamento das vulnerabilidades sociais que permeiam a maternidade. A integração entre saúde, assistência social e políticas voltadas às mulheres possibilita abordagem mais abrangente das necessidades identificadas. A intersetorialidade é reconhecida como diretriz essencial para promoção da equidade e redução das iniquidades em saúde. Assim, a experiência da Escola da Gestante dialoga com os pressupostos da integralidade do cuidado no SUS (Brasil, 2011).

A participação de profissionais como doulas, enfermeiros e obstetras contribuiu para ampliar a resolutividade e qualificar as orientações ofertadas às gestantes. A presença de diferentes saberes no espaço educativo favoreceu abordagem multiprofissional e humanizada do parto e do puerpério. Evidências indicam que o cuidado colaborativo e centrado na mulher está associado a melhores experiências de parto e maior satisfação materna. Nesse sentido, a

inclusão de múltiplos atores fortalece práticas alinhadas às recomendações da Rede de Atenção Materna e Infantil (Brasil, 2012).

A abordagem de temas psicossociais no contexto das oficinas também se mostrou relevante, considerando que a maternidade envolve dimensões emocionais e sociais que extrapolam o aspecto biológico. A promoção de espaços seguros para compartilhamento de sentimentos contribui para redução de ansiedade e fortalecimento da autoestima das gestantes. A Política Nacional de Promoção da Saúde destaca a importância de práticas educativas que considerem os determinantes sociais e subjetivos da saúde. Assim, a experiência reforça a necessidade de cuidado ampliado na APS (Brasil, 2010).

De forma geral, os resultados discutidos indicam que a Escola da Gestante constitui estratégia viável e efetiva para qualificação do cuidado pré-natal no território. A experiência demonstra que intervenções educativas sistematizadas, associadas à articulação intersetorial e ao trabalho multiprofissional, potencializam desfechos positivos na saúde materno-infantil. Tais evidências corroboram a importância de fortalecer políticas públicas voltadas à humanização e integralidade da assistência à mulher. A continuidade e expansão da iniciativa podem contribuir para consolidação de práticas inovadoras na APS (Brasil, 2013).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A experiência da Escola da Gestante evidenciou o potencial transformador da educação em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde, ao promover espaços de acolhimento, escuta qualificada e construção compartilhada do conhecimento. A iniciativa contribuiu para o fortalecimento do vínculo entre gestantes e equipe multiprofissional, ampliando a adesão ao pré-natal e favorecendo o cuidado longitudinal. Observou-se que a abordagem participativa possibilitou maior autonomia e segurança às mulheres no enfrentamento das demandas do ciclo gravídico-puerperal. Assim, a estratégia consolidou-se como instrumento efetivo de promoção da saúde materno-infantil no território.

Os resultados demonstraram que a articulação intersetorial e a inclusão de diferentes profissionais, como doulas, enfermeiros e obstetras, ampliaram a resolutividade do cuidado e fortaleceram a rede de apoio às gestantes. A integração entre saúde, assistência social e políticas voltadas às mulheres possibilitou

atenção mais abrangente às dimensões clínicas, emocionais e sociais da maternidade. Essa experiência reafirma a importância da integralidade e da equidade como princípios estruturantes do SUS. Além disso, evidencia a relevância de práticas coletivas no fortalecimento das redes de cuidado na APS.

Por fim, o projeto mostrou-se alinhado às diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, demonstrando viabilidade e potencial de replicabilidade em outros contextos municipais. A sistematização da experiência contribui para a disseminação de estratégias educativas inovadoras e centradas nas necessidades das mulheres. Recomenda-se a continuidade e ampliação da iniciativa, com monitoramento permanente dos indicadores materno-infantis. Dessa forma, a Escola da Gestante consolida-se como prática exitosa e sustentável no fortalecimento da maternidade segura e humanizada.

## **Agradecimentos**

Agradecemos à Secretaria Municipal de Saúde, na pessoa do Secretário Omar Teodoro Curado Fleury, bem como à Enfermeira Sílvia Ferreira Costa, idealizadores do projeto, pelo apoio e incentivo à sua realização.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

## ATENDIMENTO HUMANIZADO ÀS GESTANTES: REALIDADES E DESAFIOS

**Camila de Almeida Silva**

Universidade do Estado do Pará (UEPA)

**Luana Carla Lima de Almada**

Universidade do Estado do Pará (UEPA)

**Tayana de Sousa Neves**

Universidade do Estado do Pará (UEPA)

**Tainã da Silva Lobato**

Universidade do Estado do Pará (UEPA)

**Andréa Reni Mendes Mardock**

Universidade do Estado do Pará (UEPA)

**Zilma Nazaré de Souza Pimentel**

Universidade do Estado do Pará (UEPA)

# RESUMO

**Objetivo:** estudo com objetivo de avaliar o atendimento às gestantes pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Santarém-PA, considerando as orientações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), tanto na visão da clientela quanto dos profissionais.

**Metodologia:** adotou-se a abordagem quantitativa, qualitativa, descritiva e observacional, sendo a análise temática, combinada a princípios da hermenêutica e dialética, utilizada no tratamento e interpretação dos dados. Participaram 56 pessoas, das quais 50 são gestantes e 6 são profissionais. **Resultados:** ainda que a clientela da UBS tenha qualificado majoritariamente o atendimento em “bom” e “ótimo”, percebeu-se que o significado de “humanização” ainda é conflituoso para as participantes, além disso, são recorrentes queixas quanto a falta de infraestrutura e de educação continuada. **Conclusão:** a falta de esclarecimento sobre o conceito “humanização” – de recursos materiais e humanos – limitam, na prática, a oferta do atendimento humanizado às gestantes.

**Palavras-chave:** Gestantes; atenção básica; humanização.

## INTRODUÇÃO

A mulher brasileira teve – e continua a ter – um papel fundamental na elaboração de medidas de saúde que beneficiem suas demandas e seus anseios. Foi assim na participação do planejamento de diversas políticas, como no caso do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984<sup>1</sup>, o PAISM deveria promover ações relacionadas à gravidez, sexualidade e prevenção de câncer ginecológico e doenças sexualmente transmissíveis<sup>2</sup>. Porém, ainda havia grandes limitações relacionadas ao atendimento à gestante e ao parto, pois os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) baseados em direitos como o da igualdade, da equidade e da universalidade não estavam sendo aplicados de forma satisfatória. A efetivação desses princípios era prejudicada pelas gestões deficientes das esferas governamentais responsáveis pela aplicabilidade do programa nas regiões brasileiras<sup>3</sup>.

Para suprir tal necessidade, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento através da Portaria/GM nº 569 de 01/06/2000, baseado nas análises das necessidades das gestantes e do recém-nascidos, considerando como prioridades: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país e adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da qualidade e do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, do puerpério e do neonatal; ampliando dessa forma as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção da saúde<sup>4</sup>.

O PHPN se destaca dos outros programas de atenção à saúde da mulher por trazer já em seu título a palavra “humanização”. A humanização surge em um contexto em que é preciso repensar as práticas e a postura dos profissionais de saúde<sup>5</sup>, e o significado desse termo tem um caráter subjetivo que dificulta a sua conceituação. Inserida no contexto da saúde, a humanização, vai além da qualidade clínica dos profissionais, pressupõe qualidade de comportamento. Esse programa tem como principal objetivo o cuidado da mulher de forma geral e ampla, o qual não irá atender apenas a mudança proporcionada pela gravidez, mas sim, oferecer todos os cuidados necessários no decorrer da gestação, do

parto e do puerpério. Para tanto, surge o modelo biopsicossocial, no intuito de tornar mais humano o cuidado com o paciente<sup>6</sup>.

Um dos programas criados pelo Ministério da Saúde para auxiliar nessa política foi a Rede Cegonha, lançada no ano de 2011, como qual, junto com o PHPN, objetivava-se implementar uma rede de cuidados para assegurar as mulheres um atendimento adequado e às crianças o nascimento seguro e um crescimento e desenvolvimento saudável<sup>1</sup>.

Decerto, todos esses programas possuem uma bela teoria e princípios fundamentados nas diretrizes do SUS e na constituição cidadã de 1988, visando garantir o direito a saúde de forma irrestrita e inalienável. Contudo, na prática, a aplicação do PHPN tem demonstrado falhas no território brasileiro, em razão da falta de trabalho em conjunto entre a comunidade, os profissionais da área da saúde e as esferas governamentais<sup>9</sup>. Nesse contexto, Santarém-PA, cidade do interior da Amazônia, é um dos municípios em que tal tratamento tem apresentado falhas. Por tudo isso, objetiva-se com este trabalho avaliar o atendimento oferecido às gestantes durante o pré-natal, considerando para tanto a visão da clientela e dos profissionais de saúde que lidam com essas mulheres.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa em que o pesquisador procura reduzir a distância entre a teoria e os dados, usando a lógica da análise da compreensão dos fenômenos através de sua descrição e interpretação. Além de ser um estudo também quantitativo, pois seus resultados poderão ser demonstrados em números e permitirão a generalização deles através de tabelas e comparações<sup>7</sup>.

Será usada também a análise descritiva, em que se terá uma explicação das relações de causa e efeito dos fenômenos analisando assim, os papéis das variáveis que o determinam<sup>8</sup>. Além disso, a coleta de dados ocorrerá de forma observacional, que complementarmente a produção do trabalho, uma vez que permite aos pesquisadores atuar como expectadores e ao mesmo tempo realizar pequenas intervenções tais como análises e outros procedimentos. A coleta de dados, por sua vez, foi realizada em temporalidade transversal, ou seja, com

aplicação dos questionários em um único momento e cada participante foi avaliado uma única vez. Os dados foram analisados segundo a técnica de análise do conteúdo proposto por Bardin<sup>9</sup>, que é dividida em três fases: a pré-análise, a análise e o tratamento dos resultados e interpretação.

Foi escolhido por fim, a hermenêutica dialética, segundo Minayo<sup>10</sup>, para referenciar e guiar esta investigação da pesquisa em razão da afinidade das suas construções com a abordagem que pretendemos realizar, buscando *"entender o texto, a fala, o depoimento, como resultante de um processo social e processo de conhecimento, ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico. Este texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político"*.

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros Santíssimo e Diamantino, a primeira localizada no centro e a segunda na periferia urbana do município de Santarém-Pará, no período de outubro a novembro de 2017. É composta por 50 mulheres em período gestacional na faixa etária de 18 a 35 anos, que realizam regularmente as consultas de pré-natal nas unidades, sendo 23 da UBS do Diamantino e 27 da UBS do Santíssimo. Foram excluídas da pesquisa mulheres gestantes com menos de 18 anos e com mais de 35 anos de idade, mesmo cadastradas no programa de pré-natal da Unidades Básicas de Saúde de Santíssimo e Diamantino e aquelas que estavam realizando a consulta de pré-natal pela primeira vez na unidade. Além das gestantes que se recusaram a participar da pesquisa e/ou que não tinham condições cognitivas para responder ao que lhe foi questionado.

Em relação aos profissionais, participaram do estudo 6 funcionários (3 da UBS do Santíssimo e 3 da UBS do Diamantino). Foram excluídos outros profissionais de saúde que estão presentes nas Unidades Básica de Saúde, mas não possuem contato direto com as gestantes das referidas UBS.

A amostra foi selecionada por conveniência segundo a compatibilidade de horário entre as pesquisadoras e as participantes do pré-natal, sejam elas pacientes ou profissionais. Assim, para que participassem da pesquisa, os profissionais e as gestantes deveriam estar presentes na UBS no dia em que as pesquisadoras compareciam à unidade, pois não houve agendamentos

prévios. O estudo foi realizado através da aplicação de questionários fechados, para as gestantes, com respostas binárias e de múltiplas escolhas nas respectivas UBS. Já para os profissionais de saúde, responsáveis pelo atendimento dessas pacientes, foi aplicado um questionário aberto com liberdade autoral para as respostas. Ambos aplicados no mesmo período. As informações foram registradas em planilhas eletrônicas usando o Excel 2013, necessário para uma melhor organização e facilidade no tratamento estatístico.

As variáveis pesquisadas para as gestantes foram: o conhecimento sobre o termo conhecimento humanizado às gestantes e a classificação da qualidade do atendimento a elas oferecido. Para os profissionais da saúde, foi pesquisado se eles sabiam o que era atendimento humanizado, se a UBS a qual ele(a) pertencia oferecia esse tipo de atendimento, se não, quais eram os desafios enfrentados por eles, além de saber se a equipe era capacitada para oferecer esse atendimento conforme o PHPN.

A pesquisa foi submetida ao Núcleo de Pesquisa do Curso de Medicina (NUPEM) e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), *Campus XII*, Santarém-PA, aprovada, com o Número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 72637417.1.0000.5168, e foram respeitados todos os preceitos éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Para tanto, os entrevistados assinaram e concordaram com o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa, 50 gestantes, sendo 23 da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Diamantino e 27 da UBS do Santíssimo, além de 6 profissionais femininas, 2 enfermeiras, 3 técnicas em enfermagem e 1 agente comunitária de saúde. Essas profissionais foram identificadas com as letras D e S e com o número de 1 a 3, como se segue: D1, D2, D3, S1, S2 e S3, garantindo assim, o sigilo da identidade dos participantes da pesquisa. Vale ressaltar que a aplicação do questionário aos médicos responsáveis pelas consultas dessas grávidas não foi possível em razão da incompatibilidade de horário das pesquisadoras com o médico ou pela recusa desses profissionais.

Primeiramente, buscou-se compreender qual o grau de conhecimento das grávidas sobre atendimento humanizado às gestantes, questionando-as se elas sabiam o seu significado ou não. Conforme pode-se observar na Tabela 1, as respostas obtidas na UBS do Diamantino, foram de que 52% (12 participantes), não sabiam o seu significado e 48% (11 gestantes) possuíam a aceção do termo. Na UBS do Santíssimo, a porcentagem de gestantes que não conheciam este termo foi idêntica à observada na UBS do Diamantino, 52% (14 gestantes), por outro lado, 44% (12 participantes) afirmaram conhecer o termo e, neste caso, 4% (1 participante) das componentes da pesquisa preferiu não responder.

**Tabela 1** - Conhecimento das gestantes acerca do conceito de atendimento humanizado nas UBS do Diamantino e Santíssimo.

Unidade Básica de Saúde	Quantidade de gestante que conhece o termo		Quantidade de gestante que não conhece o termo		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%
Diamantino	11	48	12	52	0	0
Santíssimo	12	44	14	52	1	4

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Algumas profissionais, de ambas as UBS, quando foram questionadas com a mesma pergunta, relataram que o atendimento humanizado à gestante está relacionado com aplicação de exames e classificação do risco da gravidez, além de receber uma assistência adequada, conforme observa-se nas respostas a seguir:

*[...] consiste em um pré-natal de qualidade onde exames são realizados, fatores de risco identificados e a segurança da mãe e do bebê são mantidos (D1).*

*É ser bem acolhida na UBS, receber assistência devida em outros locais, nos quais irá realizar exames solicitado no decorrer do pré-natal, e ter um local exclusivo para recebê-la na hora do parto (S1). Atendimento humanizado seria você ouvir a gestante com atenção, explicar as coisas com carinho, se colocar no lugar dela devido as consequências da gravidez (D2).*

*É um atendimento onde a gestante é bem acolhida, pode trazer acompanhantes para a consulta e é tratada com dignidade por toda equipe da UBS (D3).*

Em uma outra questão, como se pode observar na Tabela 2, foi solicitado para que as gestantes classificassem o atendimento recebido na UBS onde realizam o pré-natal em excelente, bom, regular, ruim ou péssimo. Na Unidade de Diamantino, 26,08% (6 gestantes) das entrevistadas, classificou o atendimento como excelente, 69,56% (16 gestantes) classificaram como bom e apenas 4,40% (1 gestante) classificou o atendimento como regular. Assim sendo, esta unidade não teve nenhuma classificação de atendimento na categoria ruim ou péssimo. Já na Unidade do Santíssimo, 29,63% (8 gestantes) das participantes, classificaram o atendimento como excelente, 55,56% (15 gestantes), a maioria, classificou como bom e 14,81% (4 gestantes) como regular. Assim como na UBS do Diamantino não houve nenhuma classificação na categoria ruim ou péssimo.

**Tabela 2** - Avaliação da qualidade do atendimento às gestantes segundo a clientela do pré-natal da UBS Diamantino e Santíssimo.

Unidade Básica de Saúde	Excelente		Bom		Regular		Ruim		Péssimo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diamantino	6	26,08	16	69,56	1	4,40	0	0	0	0
Santíssimo	8	29,63	15	55,56	4	14,81	0	0	0	0

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Quando as profissionais foram indagadas sobre essa mesma questão, obtivemos algumas respostas como:

*[...] atendimento de qualidade vem sendo oferecido, pois estamos ouvindo a gestante, tratando com mais atenção e respeito e se sensibilizando com os problemas das mesmas (D3).*

*[...] a UBS dispõe de enfermaria e médico para o atendimento, onde ela é acompanhada até os últimos dias de gestação, é solicitado os exames, teste rápido. Mas existe a demora desses exames, é a maior dificuldade (S1).*

Outra resposta que complementa esse quadro de dificuldades que são enfrentadas e que necessitam de um olhar especial pelos órgãos administradores competentes, foi a falta de estrutura da unidade.

Por fim, questionou-se aos profissionais das unidades se eles recebiam capacitação ou incentivos à educação continuada sobre o atendimento no pré-natal e as respostas obtidas em ambas as Unidades Básicas de Saúde foram

divergentes. Primeiramente alguns profissionais reconheceram a necessidade de mais preparo para a equipe de saúde. Já outra profissional disse, que a equipe é preparada, porém, não na área de humanização às gestantes como se pode analisar na sua resposta:

*[...] a equipe de saúde está apta para exercer sua função dentro de suas atribuições. Porém, não temos o incentivo necessário para oferecer um atendimento realmente humanizado (D1).*

## DISCUSSÃO

### Atendimento Humanizado às Gestantes

Com as respostas obtidas sobre atendimento humanizado às gestantes nas duas unidades, notou-se que a maioria das mulheres em período gestacional (52%), não possuem conhecimento sobre o significado dessa prática. Esse dado possivelmente é consequência de uma falta de esclarecimento oferecida pelos profissionais a respeito do tema e da ausência de políticas de conscientização por parte das esferas governamentais, sejam essas direcionadas às gestantes ou aos profissionais.

Ainda que a quantidade de respostas das gestantes que sabiam o significado de “atendimento humanizado” tenham sido quase iguais (48%) à quantidade daquelas que desconheciam o sentido do termo (52%), esses números não são os adequados para o desenvolvimento do PHPN, pois, confirma que a discussão dessa política vem sendo pouco realizada o que pode ser negativo a autonomia da mulher durante o atendimento, partindo do princípio que é necessário agregar a relação entre a UBS e a gestante, ações para motivar essas mulheres a conhecer e participar mais ativamente da gravidez e do parto, conscientes de sua importância e seus direitos<sup>11</sup>. Assim, buscou-se também identificar o significado de atendimento humanizado às gestantes apreendido pelos profissionais dessas unidades, elaborando para tanto, uma questão que indagava a cerca da definição desse termo.

Sabe-se que o PHPN preocupou-se em garantir um padrão mínimo na assistência – como número de consultas, exames básicos e imunização, entre outros – e seu registro, como estratégia para melhorar a qualidade da atenção

pré-natal, mas não incorporou indicadores relativos às relações interpessoais e humanização do cuidado para ajudar a definir o valor positivo desse atendimento, possivelmente por essa razão, muitos profissionais acabaram deixando de agregar o caráter da humanização ao relatarem sua compreensão do termo.

Observou-se também que alguns profissionais se ativeram as definições que abordaram o caráter humano como destaque, fazendo referências ao acolhimento e tratamento em cuja base está a garantia do acesso a dignidade e aos direitos humanos. Essas conceituações de certa forma demonstram, que a humanização em saúde não depende unicamente de equipamentos modernos, mas de profissionais preparados para ouvir e respeitar a gestante neste momento especial de sua vida<sup>12</sup>, como observado nas percepções relatadas pelas participantes D2 e D3.

A definição de atendimento humanizado descrito pela participante D2 consegue compilar de forma clara e simples as definições e orientações de muitas das políticas de humanização em vigor no Brasil, destacando a alteridade como um conceito basilar dentro do macro conceito da humanização. Essa explanação condiz com os estudos de Ferreira<sup>13</sup> que destaca que o termo “humanização” deve ser entendido como uma atividade cotidiana e de uma escuta atenta, baseada sempre em estabelecer uma boa relação com a(o) paciente, facilitando o acesso aos serviços da unidade no intuito de alcançar a melhoria do ambiente de cuidado.

Na parte das conceituações anteriores, é importante destacar que o estabelecimento de um significado ao termo “atendimento humanizado à gestante” requer um conhecimento prévio sobre a luta dos direitos das mulheres e sobre a conceitualização de humanização. Na prática, através da questão proposta, observou-se que algumas participantes basearam suas respostas nos parâmetros burocráticos de qualidade de atendimento no pré-natal definidas pelo PHPN, enquanto outras se ativeram aos conceitos de humanização propriamente dita, dando destaque a escuta ativa e a alteridade na aplicação de um atendimento humanizado.

Porém, nenhuma das participantes deu espaço em sua definição ao fator “mulher”, demonstrando assim que apesar da luta pelo reconhecimento das questões psicológicas, econômicas e sociais iniciadas, sobretudo a partir

da criação do PAISM, ainda hoje as gestantes são vistas de uma forma, muitas vezes, restrita ao período biológico pelo qual passam o que dificulta o empoderamento e a participação delas na elaboração conjunta de atividades e educação em saúde que sejam adequadas as suas necessidades como grávidas, como mulheres e como cidadãs.

Nesse sentido, Serruya *et al.*<sup>14</sup>, relatam que o PHPN deveria finalmente separar do período gestacional o caráter de destino inevitável, no sentido fomentar a criação de estratégias que empoderassem as mulheres, ressignificando a sua postura sobre a perspectiva da humanização ao torná-las protagonistas na gestação e no parto.

Em suma, entender que os componentes alvos desse universo de estudo são atores que se somam dentro das Unidades Básicas de Saúde para realizarem um atendimento digno e humano as mulheres, e a fusão das definições estabelecidas por esses profissionais estão de acordo com os estudos de Mongiovi *et al.*<sup>15</sup> que entendem que a humanização da saúde deve visar melhorar o atendimento por meio da união entre o lado objetivo e subjetivo do cuidado aos pacientes. Ainda assim, o ideal seria que todos os profissionais declarassem em uma única voz a importância de ambos os fatores e incluíssem a necessidade do empoderamento da mulher nesse processo.

### **Qualidade e Desafios do Atendimento às Gestantes**

No questionamento sobre a qualidade do atendimento ambas as UBS obtiveram “bom” como sendo a classificação majoritária e isso vai ao encontro do estudo realizado por Medeiros *et al.*<sup>16</sup> na qual a maioria das entrevistadas classificou o serviço de pré-natal como ótimo ou bom (88,6%); o referido trabalho aborda que essa classificação positiva se deve a boa relação do profissional com as gestantes, uma vez que a abordagem as grávidas é realizada de forma respeitável, fato que possibilita um atendimento satisfatório.

Vale ressaltar que a qualidade na assistência recebida pela mulher no pré-natal envolve vários fatores que fazem ela se sentir bem acolhida e à vontade no ambiente de saúde. Assim sendo a qualidade desse atendimento implica diretamente em um bom ciclo gravídico-puerperal e falhas nesse processo

pode fazer com que a gestante fique suscetível a uma série de morbidades que ocorrem durante a gestação o que acaba por influenciar na mortalidade materna, fetal e neonatal<sup>17</sup>.

A referida questão teve o intuito de identificar como o tratamento recebido pelas gestantes interferia na relação profissional-paciente e na avaliação do atendimento, e assim, com as respostas recolhidas percebeu-se que a maioria das gestantes estava satisfeita com a atuação e postura dos profissionais no Diamantino (69,56%) e no Santíssimo (55,56%).

Foi questionado aos profissionais, se o PHPN estava sendo colocado em prática na respectiva UBS, caso contrário quais eram as dificuldades encontradas. A maioria das profissionais da UBS Diamantino falaram que o programa era realizado pois os agendamentos e acolhimento vinham sendo realizados com qualidade e respeito as mulheres. Entretanto, sabe-se que isso não ocorre de forma homogênea nas Unidades Básicas de Saúde. A resposta da profissional S1 relata que muitas vezes existe demora na entrega dos resultados dos exames solicitados, configurando-se como uma das principais dificuldades, é possível comparar essa situação com o estudo de Rocha<sup>18</sup>, em que uma das fases desse trabalho possuía como propósito avaliar a estrutura física de 30 Unidades de Saúde em Fortaleza – CE, usando para isso, um formulário baseado em parâmetros do Ministério da Saúde que classificam as estruturas das unidades, incluindo o apoio laboral para os exames solicitados. Nessa pesquisa participaram 30 gestores/profissionais de saúde e concluiu-se que a demora nos resultados dos exames, como ultrassonografia, é um problema recorrente tanto em relação as reclamações das gestantes quanto dos profissionais, e o mais preocupante é que muitas gestantes terminam o pré-natal sem a realização dos exames solicitados.

### **Capacitação e Educação Continuada**

Com base nas respostas obtidas dos profissionais sobre o questionamento se eles recebem uma capacitação continuada, pode-se inferir que existe a necessidade de uma capacitação mais específica e permanente no que diz respeito ao atendimento humanizado no intuito de fomentar a troca

de experiências, relatar necessidades técnicas, humanas e estruturais sob a perspectiva da humanização.

Certas profissionais relataram que a equipe responsável pelo pré-natal é, de certo, capacitada tecnicamente para a execução de suas atribuições. Segundo elas o que existe é uma carência de capacitação quanto ao atendimento humanizado às gestantes. Confirmando assim, uma certa dúvida dessas profissionais não só em definirem o termo “atendimento humanizado a gestantes”, como outrora discutido, mas também dúvidas de como criar estratégias para que as grávidas recebam tal atendimento. Além do mais, fatores como o avanço da tecnologia médica e a atuação da equipe de saúde quando estão voltados apenas à aplicação de procedimentos técnicos prejudicam substancialmente a autonomia do paciente<sup>19</sup>. Por outro lado, existe quem ignore as deficiências educacionais dos profissionais e coloque a falta de estrutura como fator limitante para instituição do atendimento adequado, como foi expresso pela profissional D1. De fato, pode-se observar que a UBS do Diamantino possui poucas salas para um atendimento adequado, realização de exames físicos em locais inadequados são algumas das queixas sobre este ponto.

Os componentes deste universo pesquisado fazem parte do Sistema Único de Saúde, logo, possuem o direito de receber uma educação permanente, o que seria um instrumento de extrema importância, para garantir um atendimento humanizado. Logo, é indispensável uma política nacional efetiva que incorpore ações como a qualificação e/ou formação permanente de seus trabalhadores, contando com o suporte de escolas de formação nas Secretarias de Saúde; ou mediante articulação com Secretaria de Educação, universidades e outras instituições públicas de ensino superior<sup>20</sup>. Tal política infelizmente ainda não é uma realidade na cidade de Santarém-PA, agravando este cenário de incertezas quanto ao conceito e a aplicação da humanização em saúde perceptível no decorrer de todo o presente estudo.

## **CONCLUSÃO**

Desde a criação do PHPN diversos estudos foram desenvolvidos no intuito de descobrir se sua aplicação está ocorrendo de forma efetiva nas instituições

de saúde. Na região Norte, entretanto, identificou-se poucos trabalhos sobre essa temática. Especificamente no Pará, tais pesquisas são ainda mais escassas.

Logo, o presente estudo buscou ajudar a sanar essa lacuna e identificar quais os desafios ainda são enfrentados para o alcance da eficácia desse programa. Nesse sentido, não poderíamos nos empreitar em tal projeto sem apreender qual o grau de conhecimento de gestantes e profissionais da saúde quanto ao termo “atendimento humanizado a gestante”, afinal, o seu desconhecimento, como foi comprovado pelos dados obtidos, impossibilita o seguimento adequado dessa política. Identificou-se, assim, que a maioria das gestantes e dos profissionais tem dificuldade quanto a conceituação correta do termo. Isso se relaciona com outros dados da pesquisa que afirmam a existência de pouco ou nenhum incentivo quanto a capacitação de profissionais de saúde. Ainda assim, vale ressaltar que grande parte das gestantes reconhecem o esforço dos profissionais de saúde em oferecer um atendimento digno mesmo perante obstáculos físicos e técnicos, isso porque a maioria das pesquisadas classificou o atendimento oferecido às gestantes como “bom”.

Os resultados obtidos por esse trabalho demonstram que ainda que existam esforço para oferecer um atendimento digno no Pré-natal, a falta de esclarecimento sobre o conceito “humanização” – de recursos materiais e humanos – limitam sua prática, confirmando, assim, a necessidade das universidades, do governo e das gestões andarem lado a lado em benefício dos cidadãos e da efetivação dos seus direitos, principalmente quando o assunto é saúde pública. Em um país abalado pela crise econômica e pelas perdas progressivas de direitos, tratar de humanização da saúde é muito mais do que uma escolha, é uma necessidade.

## REFERÊNCIAS

1. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 2. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1. ed. Brasília: Editora MS, 2011.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 43).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, v. 3, n. 1, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/cadernos\\_rh.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/cadernos_rh.pdf).
5. COSTA, A. M. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 319–336.
6. FERREIRA, J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 3, p. 111–118, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/50104-12902005000300007>.
7. FOSTER, L. B.; OLIVEIRA, M. A.; BRANDÃO, S. M. O. C. *et al.* Reception in the humanization molds applied to the prenatal nursing work process. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 11, supl. 11, p. 4617–4624, 2017. Disponível em: <http://10.5205/relou.11138-99362-1-SM.111sup201710>.
8. MARTINS, A. F.; PAULA, A. P. Avaliação dos indicadores de processo do programa de humanização no pré-natal e nascimento. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 3, n. 1, p. 39–45, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v3i1.1156>.
9. MATOS, G. C. *et al.* Groups of pregnant women: space for a humanization of labor and birth. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 393–400, abr./jun. 2017. Disponível em: [http://www.redalyc.org/pdf/5057/505754109014\\_5.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/5057/505754109014_5.pdf).
10. MEDEIROS, F. A.; ARAÚJO, G. C. S.; ALBUQUERQUE, A. A. B.; COS, I. C. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista de Salud Pública**, v. 12, n. 3, p. 402–413, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>.
11. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1996.
12. MONGIOVI, V. T.; ANJOS, R. C. C. B. L.; SOARES, S. B. H.; FALCÃO, T. M. L. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 306–311, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140042>.
13. OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.
14. RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 253–261, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/50100-55022009000200013>.
15. ROCHA, R. S.; SILVA, M. G. C. Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 25, n. 3, p. 344–355, 2012. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2265/2492>.
16. SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n. 7, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032004000700003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032004000700003&script=sci_abstract&tlng=pt).
17. SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 3, p. 269–279, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/51519-3829004000300007>.

18. SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/50102-311X2004000500022>.
19. TEIXEIRA, E. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
20. VERSIANE, C. C.; BARBIERI, M.; GABRIELLONI, M. C.; FUSTINONI, S. M. The meaning of humanized childbirth for pregnant women. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 1927-1935, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1927-1935>.

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS  
GOYTACAZES: LINHA DE CUIDADO EM  
SAÚDE DO HOMEM**

**Vinícius Macre Peres**

Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes (SMS Campos dos Goytacazes)

# RESUMO

A saúde do homem representa um importante desafio para os sistemas de saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), devido à baixa adesão dessa população às ações de promoção e prevenção. Este capítulo tem como objetivo apresentar diretrizes para a atuação do enfermeiro na linha de cuidado em saúde do homem no município de Campos dos Goytacazes (RJ). Trata-se de um protocolo assistencial que contempla a consulta de enfermagem, incluindo histórico, exame físico, utilização do método SOAP, fluxograma de atendimento, principais diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2). Destaca-se a importância da abordagem integral, do fortalecimento do vínculo e da ampliação do acesso aos serviços de saúde. O protocolo contribui para a organização do processo de trabalho e qualificação da assistência prestada à população masculina.

**Palavras-chave:** Saúde do Homem; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Protocolos Clínicos.

## SAÚDE DO HOMEM

A saúde da população masculina tem sido um problema de grande magnitude no Brasil e no mundo, sendo necessários investimentos tanto pelos gestores quanto pela área científica (PAULA *et al.*, 2002).

A situação epidemiológica da população do sexo masculino é marcada por elevados índices de acidentes, violência e neoplasias. Ainda, determinados comportamentos dessa população são identificados como fatores de risco para o processo saúde-doença, como o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e atitudes violentas no trânsito (ROCHA, 2021).

Os homens são mais propensos ao desenvolvimento de doenças crônicas, além de apresentarem expectativa de vida inferior à das mulheres. O número de hospitalizações e óbitos por patologias graves e preveníveis tem aumentado progressivamente. Fatores como preconceito, machismo, falta de tempo e dificuldade de afastamento das atividades laborais contribuem para a baixa adesão aos serviços de Atenção Primária (JUNIOR, 2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando papel estratégico na Rede de Atenção à Saúde (RAS), promovendo a integralidade do cuidado e considerando os aspectos socioculturais dos usuários (BRASIL, 2017). Além disso, potencializa a criação de vínculo por meio do acolhimento (STORINO, 2013).

As ações de prevenção visam ampliar o acesso e fortalecer o vínculo entre população e equipe de saúde. Nesse contexto, a saúde do homem destaca-se devido aos elevados índices de morbimortalidade e baixa adesão às práticas de cuidado (FERREIRA, 2016).

Diante desse cenário, foi instituída, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com o objetivo de qualificar a atenção à saúde masculina (BRASIL, 2009). Apesar disso, ainda há desafios na sua implementação, incluindo o desconhecimento por parte de profissionais de saúde (CARVALHO, 2013; CESARO, 2018).

Este capítulo tem como objetivo direcionar as ações do enfermeiro voltadas à saúde do homem na APS, contemplando consulta de enfermagem, fluxos assistenciais, diagnósticos e intervenções.

## FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

O fluxograma de atendimento apresenta-se como ferramenta orientadora para subsidiar a tomada de decisão do profissional de enfermagem frente às demandas relacionadas à saúde do homem.



## CONSULTA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO HOMEM

A consulta de enfermagem deve contemplar aspectos sociodemográficos, condições de saúde, fatores de risco, comorbidades e situação vacinal. Recomenda-se o uso do método SOAP no prontuário eletrônico (PEC e-SUS).

### • SUBJETIVO

Inclui motivo da consulta, histórico de enfermagem, identificação, condições de saúde, doenças crônicas, uso de medicamentos e hábitos de vida.

### • OBJETIVO

Compreende exame físico céfalo-caudal, incluindo avaliação antropométrica, sinais vitais, exame de cabeça e pescoço, tórax, mamas, abdome, sistema geniturinário, próstata, sistema locomotor e análise de exames complementares.

Destaca-se a recomendação de rastreamento do câncer de próstata por meio do PSA e toque retal conforme critérios da Sociedade Brasileira de Urologia.

- **AVALIAÇÃO**

Consiste na definição dos diagnósticos de enfermagem com base na CIAP2. ( VIDE QUADRO 1)

- **PLANO**

Inclui intervenções de enfermagem, como orientações, encaminhamentos, prescrições e solicitação de exames. (VIDE QUADRO 1)

## **DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

Os diagnósticos de enfermagem são baseados na Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2), acompanhados de intervenções que incluem:

- Orientações em saúde;
- Encaminhamentos para serviços especializados;
- Prescrição de cuidados e medicamentos conforme protocolos;
- Solicitação de exames laboratoriais;
- Promoção de hábitos saudáveis;
- Oferta de testes rápidos para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Destaca-se a importância da autonomia do enfermeiro na construção do plano de cuidado, considerando a singularidade do usuário e os recursos disponíveis na rede de saúde.

**Quadro 1.** Diagnósticos e intervenções de enfermagem

CIAP	PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
	Orientações e Encaminhamentos	Prescrição Farmacológica	Solicitação de exames
(P15) Abuso crônico de álcool (P16) Abuso agudo de álcool	- Discutir estratégias de redução de danos de uso de álcool; - Facilitar acesso ao tratamento; - Encaminhar para serviço de referência; - Orientar quanto ao serviço de AA (Alcoólicos Anônimos)	-	Hemograma Completo; Urina tipo I; Glicemia de jejum; TGO/TGP; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
- P19 Abuso de drogas	- Encaminhar para o serviço de emergência, se necessário; - Encaminhar para serviço de referência; - Encaminhar para terapia de grupo de apoio; - Facilitar acesso ao tratamento; - Orientar sobre consequências do abuso de drogas e substâncias; - Orientar sobre manejo (controle) dos sintomas de abstinência; - Orientar sobre prevenção de recaída; - Apoiar processo familiar de enfrentamento; - Avaliar adesão ao regime terapêutico; - Promover (proporcionar, fornecer) apoio emocional; - Promover adesão ao regime de exercício físico; - Promover comportamento de busca de saúde; - Reforçar conquistas; - Discutir estratégias de redução de dano		Hemograma Completo; Urina tipo I; Glicemia de jejum; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
(P17) Abuso do tabaco	- Orientar quanto ao Programa Antitabagismo e encaminhar ao mais próximo; - Aconselhar paciente; - Obter dados sobre disposição para abandono de tabagismo; - Orientar sobre exposição ao tabagismo secundário (passivo).		Hemograma Completo, Urina tipo I, Colesterol total e frações, Triglicerídeos e Testes Rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites)
(Y06) Sinais/ Sintomas da próstata	Encaminhar para consulta médica e/ou serviço de referência.		Hemograma Completo; Urina tipo I; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites), PSA.

(Y04) Sinais/ Sintomas do pênis; (Y05) Sinais/ Sintomas do escroto/testículo, outros; (Y08) Sinais/Sintomas da função sexual masculina; (Y24) Medo de disfunção sexual masculina, (Y28) Limitação funcional/ incapacidade	Encaminhar para consulta médica e/ou serviço de referência.		Hemograma Completo; Urina tipo I; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
(U01) Disúria/ Micção dolorosa; Y71 Gonorréia masculina	Investigar causas; orientar quanto ao aumento da ingestão de líquidos (água, sucos naturais, entre outros). Encaminhar ao médico para tratar ITU.	Ver protocolo de IST para tratamento de corrimento uretral.	Hemograma completo, Urina tipo I e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
(U08) Retenção urinária (U29) Sinais/sintomas aparelho urinário, outros (U04) Incontinência urinária	investigar causas; fazer rastreamento de câncer; Encaminhar para consulta médica.		PSA, se indicado.
(B04) Sinais/ Sintomas do sangue, (B90) Infecção por VIH/ SIDA (Y70) Sífilis masculina (D72) Hepatite viral	- Seguir protocolo de IST diante de TR reagente; - Solicitar exames de testagem da(s) parceria(s) sexuais; - Ofertar preservativo masculino e/ou feminino; - Encaminhar para serviço de referência, conforme protocolo municipal.	Seguir protocolo de IST.	Hemograma Completo; Urina tipo I; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; e Seguir protocolo de IST.
Y14 Planejamento familiar, outros	- Orientar sobre a importância do uso de métodos contraceptivos; - Orientar sobre prevenção de IST; - Promover apoio emocional; - Realizar atividades educativas sobre prevenção de IST's. - Seguir Protocolo de Profilaxia Pós-Exposição, se necessário.	Encaminhar para prescrição da medicação de Profilaxia Pós Exposição, conforme fluxo municipal, se indicado.	Realizar testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites Virais.
Y25 Medo doença transmissão sexual	- Orientar sobre a importância do uso de métodos contraceptivos; - Orientar sobre prevenção de IST; - Promover apoio emocional; - Realizar atividades educativas sobre prevenção de IST's. - Seguir Protocolo de Profilaxia Pós-Exposição, se necessário.		Realizar testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites Virais
(A03) Febre	Investigar causa; encaminhar para consulta médica; Aplicar compressa fria.	Dipirona 500mg de 6/6 horas, se necessário.	Hemograma completo; Urina tipo I (conforme queixa)

(Y16) Sinais/ Sintomas da mama masculina	Encaminhar para consulta médica.		Hemograma Completo; Urina tipo I; Glicemia de jejum; Colesterol total e frações; Triglicerídeos; e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
(T29) Sinais/ Sintomas endocrinológicos/ metabólicos/ nutricionais, outros (T87) Hipoglicemia (T89) Diabetes insulinodependente (T90) Diabetes não insulino- dependente	- Seguir protocolo de Diabetes; - Orientar hábitos alimentares saudáveis e associados a atividades físicas; - Orientar quanto ao abuso de álcool e tabaco; - Atentar para sinais de complicações; - Encaminhar para o serviço de urgência, se necessário; - Encaminhar para equipe multidisciplinar, se necessário.	Seguir protocolo de Diabetes	Seguir protocolo de Diabetes e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
(K85) Pressão Arterial Elevada (K86) Hipertensão sem complicações (K87) Hipertensão com complicações	- Seguir protocolo de Hipertensão Arterial; - Incentivar mudanças de estilo de vida; - Orientar ingestão de dieta hipossódica; - Controlar o excesso de peso; - Monitorar pressão arterial frequentemente; - Reforçar a prática de atividades físicas regulares.	Seguir protocolo de Hipertensão Arterial.	Seguir protocolo de Hipertensão Arterial e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
(Y14) Planejamento familiar, outros	Encaminhar para participação da palestra de Planejamento Familiar; Orientar e oferecer preservativos masculino e/ou feminino; Orientar e oferecer demais métodos contraceptivos disponíveis.	Seguir protocolo de Planejamento Familiar em Saúde da Mulher, se necessário.	Hemograma Completo, Urina tipo I, Colesterol total e frações, Triglicerídeos e Testes Rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
(P29) Sinais/ Sintomas psicológicos, outros	Realizar escuta qualificada; Apoiar imagem corporal, positiva; Identificar percepções alteradas; Obter dados sobre condição psicológica; Solicitar apoio da equipe multiprofissional, se necessário Encaminhar para o serviço de referência (CAPS, NASF, entre outros); Promover comportamento de busca de saúde		

(P77) Suicídio/ tentativa de suicídio	Se necessário, encaminhar para o serviço de emergência ou consulta e avaliação médica; - Obter dados sobre condição psicológica; - Facilitar capacidade para comunicar sentimentos; - Gerenciar comportamento negativo; - Identificar percepções alteradas; - Reforçar controle de impulsos; - Solicitar apoio da equipe multiprofissional, se necessário; - Notificar violência autoprovocada; - Monitorar adesão ao tratamento; - Promover apoio emocional; - Implementar precauções contra o suicídio com orientações aos familiares para vigilância; - Incentivar a participação em grupos terapêuticos.		
(A98) Medicina preventiva/ manutenção de saúde. (pré-natal do parceiro)	-Atualizar cartão de vacina, se necessário. -Incentivar a participação nas atividades educativas, nas consultas e exames de pré-natal da parceira. - Orientar a importância da participação no momento do parto, pós-parto e amamentação. - Realizar avaliação antropométrica. - Aferir a pressão arterial. - Esclarecer os direitos da gestante e do parceiro e incentivar a visita do casal à maternidade.		Tipagem sanguínea e Fator Rh (no caso de a mulher ser Fator Rh negativo), Hemograma Completo, Glicemia de jejum; Urina tipo I, Colesterol total e frações, Triglicerídeos e Testes Rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites).
- A98 Medicina preventiva/ manutenção de saúde	- Reforço positivo e práticas saudáveis e eficientes; - Promover comportamento de busca de saúde. - Reforço positivo da capacidade de executar o autocuidado. - Orientar plano de cuidado; - Orientar o paciente sobre a importância do autocuidado. - Realizar reforço positivo para manter esquema vacinal em dia.		Hemograma Completo; Urina tipo I; Colesterol total e frações; Glicemia de jejum; Triglicerídeos; e Testes rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites), Tgo, Tgp, uréia e creatinina.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação de protocolos de enfermagem na Atenção Primária contribui para a qualificação da assistência à saúde do homem, promovendo organização do processo de trabalho, integralidade do cuidado e ampliação do acesso aos serviços.

Ressalta-se a necessidade de fortalecimento das ações de promoção e prevenção, bem como da capacitação dos profissionais para efetiva implementação da PNAISH.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. **Diário Oficial da União**, 2019.
- CARVALHO, F. P. B. *et al.* Conhecimento acerca da política nacional de atenção integral à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Revista de APS**, 2013.
- CESARO, B. C.; SANTOS, H. B.; SILVA, F. N. M. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 2018.
- COREN-MS. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Campo Grande: Coren-MS, 2021.
- FERREIRA, S. R. **Atuação do enfermeiro na atenção primária de saúde**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.
- ROCHA, J. M. *et al.* As compreensões da população masculina acerca do cuidado em saúde. **Revista Ciência Plural**, 2022.
- STORINO, L. P.; SOUZA, K. V.; SILVA, K. L. Necessidades de saúde de homens na atenção básica. **Escola Anna Nery**, 2013.

## INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NO ENSINO DE ENFERMAGEM: INOVAÇÃO PEDAGÓGICA, DESAFIOS ÉTICOS E TRANSFORMAÇÃO CURRICULAR

### **Diana Fonseca Rodrigues**

RISE-Health, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Universidade do Porto, Porto, Portugal; Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis, Portugal

### **Maria de Fátima de Sousa Vitorino**

Escola Superior de Enfermagem do Porto, Universidade do Porto, Porto, Portugal

### **Sandra Alice Gomes da Costa**

RISE-Health, Escola Superior de Saúde de Santarém, Instituto Politécnico de Santarém, Santarém, Portugal

### **Cristina Maria Correia Barroso Pinto**

RISE-Health, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Universidade do Porto, Porto, Portugal

# RESUMO

A integração da Inteligência Artificial (IA) no ensino de enfermagem tem transformando os processos pedagógicos, criando oportunidades de personalização da aprendizagem, desenvolvimento de simulação clínica avançada e reforço do raciocínio clínico. Este capítulo analisa o papel da IA na formação em enfermagem, abordando o seu enquadramento conceptual, as principais aplicações educativas, bem como as implicações éticas e os desafios associados à sua integração curricular. Numa primeira fase, são apresentados os fundamentos da IA e as tecnologias associadas, incluindo *machine learning*, *deep learning* e processamento de linguagem natural. Seguidamente, são analisadas as principais aplicações no ensino de enfermagem, com destaque para a aprendizagem personalizada, a simulação clínica baseada em IA, os assistentes virtuais e o desenvolvimento do pensamento crítico. Discutem-se igualmente questões éticas, legais e deontológicas, nomeadamente a proteção de dados, o viés algorítmico e a integridade académica. Por fim, abordam-se os desafios institucionais e as perspetivas futuras, incluindo a necessidade de transformação curricular, capacitação docente e investimento em infraestruturas tecnológicas. Conclui-se que a IA apresenta um elevado potencial para melhorar a qualidade da formação em enfermagem, desde que integrada de forma crítica, ética e pedagogicamente sustentada.

**Palavras-chave:** Aprendizagem interativa; inteligência artificial; ensino de enfermagem; tecnologia de saúde digital.

## INTRODUÇÃO

O ensino de enfermagem tem evoluído significativamente nas últimas décadas, acompanhando as transformações científicas, sociais e tecnológicas dos sistemas de saúde. Esta evolução inclui a transição de modelos tradicionais de formação hospitalar para programas acadêmicos estruturados, com maior enfoque na prática baseada na evidência (Nowell *et al.*, 2025). Paralelamente, têm sido integradas metodologias pedagógicas inovadoras e centradas no estudante, como a aprendizagem baseada em problemas, a aprendizagem experiencial e a utilização de tecnologias digitais (Cheng *et al.*, 2021).

A aprendizagem centrada no estudante promove maior autonomia e participação ativa no processo educativo (Berg *et al.*, 2023), enquanto metodologias ativas, como a simulação clínica e a aprendizagem baseada em casos, demonstram impactos positivos no desenvolvimento de competências críticas (Silva *et al.*, 2025). A integração de tecnologias educativas, incluindo simulação clínica, registos eletrónicos de saúde e realidade virtual, tem igualmente contribuído para a modernização e inovação do ensino de enfermagem (Badil *et al.*, 2024; Nowell *et al.*, 2025).

Paralelamente, o ensino superior tem sido profundamente influenciado pela transformação digital, que tem redefinido as formas de ensinar, aprender e avaliar. A utilização de plataformas digitais, sistemas de gestão da aprendizagem e recursos multimédia tem permitido a criação de ambientes educativos mais flexíveis e interativos, promovendo modelos pedagógicos híbridos que combinam ensino presencial e online (Samanta *et al.*, 2025; Qureshi *et al.*, 2025). Estas abordagens favorecem maior autonomia dos estudantes e experiências de aprendizagem mais personalizadas, embora persistam desafios relacionados com desigualdades no acesso às tecnologias, adaptação docente e questões de cibersegurança (Prasad *et al.*, 2024; Samanta *et al.*, 2025).

Neste contexto de transformação tecnológica, a Inteligência Artificial (IA) tem emergido como uma ferramenta com impacto crescente na saúde e na educação. Na prática clínica, a IA tem sido aplicada no apoio ao diagnóstico, monitorização de doentes e análise de dados clínicos (Udegbe *et al.*, 2024; Ng *et al.*, 2021). No ensino de enfermagem, tecnologias baseadas em IA, como simulações inteligentes e sistemas de apoio à aprendizagem, apresentam potencial para

promover experiências educativas mais interativas e personalizadas (El Arab *et al.*, 2025; Bozkurt *et al.*, 2025). Contudo, a sua utilização levanta também desafios relacionados com a carga cognitiva dos estudantes, o equilíbrio entre tecnologia e julgamento clínico e questões éticas associadas à privacidade de dados e ao viés algorítmico (El Arab *et al.*, 2025).

Embora a Inteligência Artificial apresente um elevado potencial no ensino de enfermagem, a sua integração levanta importantes desafios pedagógicos, éticos e institucionais, nomeadamente no que se refere à proteção de dados, à transparência algorítmica e à integridade académica. Neste sentido, o presente capítulo tem como objetivo analisar o papel da Inteligência Artificial no ensino de enfermagem, explorando o seu enquadramento conceptual, as principais aplicações pedagógicas e os desafios associados à sua implementação, bem como as perspetivas futuras para a integração destas tecnologias na formação em enfermagem.

## **INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **Conceito e evolução da inteligência artificial**

A Inteligência Artificial (IA) pode ser entendida como um ramo da ciência da computação dedicado ao desenvolvimento de sistemas capazes de realizar tarefas que, tradicionalmente, requerem inteligência humana, tais como o reconhecimento de padrões, a tomada de decisão, a resolução de problemas e a compreensão da linguagem natural. Ao longo das últimas décadas, a IA tem evoluído de forma significativa, passando de abordagens baseadas em regras e lógica simbólica para sistemas mais avançados, capazes de aprender a partir de dados e adaptar o seu comportamento a diferentes contextos.

Os primeiros desenvolvimentos da Inteligência Artificial remontam à década de 1950, período em que se iniciou a exploração da simulação de processos cognitivos humanos através de sistemas computacionais (Chaudhary *et al.*, 2024; Augusto (2021)). Numa fase inicial, estes sistemas baseavam-se em regras explícitas e conhecimento previamente codificado, sendo designados como sistemas especialistas (Chaudhary *et al.*, 2024; Augusto 2021). Apesar

dos avanços alcançados, apresentavam limitações significativas na gestão de situações complexas, dinâmicas e incertas (Chaudhary *et al.*, 2024).

Com o aumento da capacidade computacional e a disponibilidade de grandes volumes de dados, a Inteligência Artificial entrou numa nova fase baseada na aprendizagem automática, permitindo o desenvolvimento de sistemas mais flexíveis e capazes de identificar padrões complexos. Atualmente, assume-se como uma tecnologia transversal, com impacto na transformação digital da saúde e da educação, contribuindo para a melhoria da eficiência, da segurança dos dados e dos resultados, através de soluções integradas que promovem a interoperabilidade e a confiança dos utilizadores (Agal *et al.*, 2025).

### **Principais tecnologias da Inteligência Artificial**

O desenvolvimento da Inteligência Artificial assenta num conjunto de tecnologias fundamentais que permitem aos sistemas aprender, interpretar dados e apoiar processos de decisão. Entre estas, destacam-se o *machine learning*, o *deep learning* e o processamento de linguagem natural, que constituem a base de muitas das aplicações contemporâneas da IA.

O *machine learning* (aprendizagem automática) permite aos sistemas aprender a partir de dados, identificando padrões e realizando previsões sem programação explícita. Na saúde, tem sido utilizado no apoio à decisão clínica (Scott *et al.*, 2021), enquanto na educação é amplamente aplicado na análise do desempenho dos estudantes e na previsão de resultados (Ersozlu *et al.*, 2024). No ensino de enfermagem, destaca-se o seu contributo para a personalização da aprendizagem (Harder *et al.*, 2023).

O *deep learning* (aprendizagem profunda) é uma subárea do *machine learning* baseada em redes neuronais artificiais com múltiplas camadas, que permitem identificar padrões complexos em grandes volumes de dados (Berrar *et al.*, 2021). No contexto da enfermagem, esta abordagem permite apoiar a simulação de cenários clínicos, a previsão de resultados e o planeamento de cuidados, contribuindo para o desenvolvimento do raciocínio clínico (Wangpitanit *et al.*, 2024).

O *processamento de linguagem natural* (PLN) permite aos sistemas compreender e gerar linguagem humana, sendo aplicado em enfermagem na análise automatizada de registros clínicos e na previsão de resultados (Mitha *et al.*, 2021; Locke *et al.*, 2021). No ensino de enfermagem, a sua utilização tem vindo a emergir, evidenciando potencial para promover experiências de aprendizagem interativas e simular cenários clínicos complexos, contribuindo para o desenvolvimento do raciocínio clínico (Rodrigues *et al.*, 2024).

### **Inteligência Artificial generativa no contexto educativo**

Nos últimos anos, tem-se assistido a um crescimento significativo da IA generativa, uma subárea da Inteligência Artificial capaz de produzir conteúdos, como texto ou imagens, a partir de padrões aprendidos em grandes volumes de dados. Esta evolução tem ampliado as possibilidades de aplicação da IA em contextos educativos. Entre os principais catalisadores (ou impulsores) desta transformação, destacam-se ferramentas desenvolvidas por organizações como a OpenAI, que têm impulsionado a utilização da IA generativa, permitindo gerar conteúdos, simular interações e apoiar o estudo autónomo. Estas tecnologias favorecem uma aprendizagem mais flexível e personalizada.

No ensino de enfermagem, a IA generativa permite a criação de cenários clínicos realistas e o desenvolvimento do raciocínio clínico, promovendo aprendizagens interativas e personalizadas (Topaz *et al.*, 2025). Contudo, a sua utilização exige uma abordagem crítica, face a desafios como a fiabilidade dos conteúdos, a dependência tecnológica e a integridade académica. Neste enquadramento, importa, assim, analisar de que forma estas tecnologias se concretizam no ensino de enfermagem, através das suas principais aplicações pedagógicas.

## **APLICAÇÕES DA IA NO ENSINO DE ENFERMAGEM**

A integração da Inteligência Artificial (IA) no ensino superior tem vindo a transformar os processos pedagógicos, introduzindo novas possibilidades de personalização da aprendizagem, desenvolvimento de ambientes de simulação avançados e apoio ao raciocínio clínico. No contexto da formação em enfermagem, estas tecnologias permitem criar experiências educativas mais

interativas, adaptativas e centradas no estudante, contribuindo para a aquisição de competências essenciais para a prática profissional em contextos de saúde cada vez mais digitalizados (Booth *et al.*, 2021; O'Connor *et al.*, 2023).

A crescente complexidade da informação em saúde exige que os estudantes desenvolvam competências avançadas de análise e interpretação de dados clínicos. Neste contexto, as ferramentas baseadas em IA apoiam os processos de aprendizagem ao facilitar a organização e interpretação de grandes volumes de informação, contribuindo para a tomada de decisão fundamentada. Frequentemente integradas em plataformas digitais e ambientes de simulação, estas tecnologias permitem o desenvolvimento e treino de competências em contextos controlados, garantindo segurança no processo formativo.

Entre as principais aplicações da IA no ensino de enfermagem destacam-se os sistemas de aprendizagem personalizada, a simulação clínica baseada em IA, os assistentes virtuais educativos e as ferramentas de suporte ao raciocínio clínico. Apesar do seu potencial, a sua integração deve ser acompanhada por uma reflexão crítica sobre os seus limites pedagógicos e implicações éticas.

### **Aprendizagem Personalizada**

A aprendizagem personalizada é considerada uma das aplicações mais relevantes da IA na educação superior. No ensino de enfermagem, os sistemas baseados em IA permitem adaptar conteúdos, metodologias pedagógicas e ritmos de aprendizagem às necessidades específicas de cada estudante, promovendo percursos formativos mais flexíveis e centrados no estudante.

Estes sistemas utilizam algoritmos de *machine learning* para analisar padrões de desempenho académico e ajustar conteúdos de forma dinâmica. A análise contínua das interações dos estudantes com plataformas digitais permite identificar dificuldades, lacunas de conhecimento e necessidades específicas (Holmes *et al.*, 2019). Pelo que, o *learning analytics* assume um papel fundamental, ao permitir a recolha e análise de dados provenientes de ambientes digitais de aprendizagem. Esta abordagem possibilita identificar padrões de comportamento académico, prever dificuldades e apoiar a tomada de decisões pedagógicas (Ifenthaler & Yau, 2020).

Aplicadas ao ensino de enfermagem, estas ferramentas facilitam a identificação precoce de dificuldades em áreas críticas, permitindo a implementação de estratégias de apoio mais direcionadas. Contudo, a sua utilização levanta desafios, associados à privacidade dos dados, a transparência dos algoritmos e a equidade no acesso às tecnologias.

### **Simulação Clínica**

A simulação clínica é uma metodologia central na formação em enfermagem, permitindo o desenvolvimento de competências num ambiente seguro. A integração da IA tem possibilitado a criação de cenários mais dinâmicos e realistas.

Os doentes virtuais baseados em IA são capazes de simular respostas fisiológicas e comportamentais, adaptando-se às decisões dos estudantes durante a simulação (Buchanan *et al.*, 2021). Esta capacidade permite que os estudantes pratiquem o raciocínio clínico e a tomada de decisão em contextos seguros e controlados. Além disso, estes sistemas permitem a exposição a uma grande variedade de situações clínicas, incluindo cenários complexos ou raros, favorecendo a consolidação de competências.

A IA permite também a avaliação automatizada do desempenho, analisando decisões, intervenções e tempos de resposta. Este processo fornece feedback imediato e detalhado, promovendo aprendizagem reflexiva e melhoria contínua (Shorey & Ng, 2022).

Apesar destas vantagens, é importante sublinhar que a simulação baseada em IA deve ser entendida como complementar à prática clínica real.

### **Assistentes Virtuais e Chatbots Educacionais**

Os assistentes virtuais e chatbots educacionais constituem uma aplicação emergente da IA no ensino de enfermagem, baseando-se em tecnologias de processamento de linguagem natural.

Estas ferramentas podem apoiar o estudo autónomo, ao responder a questões, sugerir recursos e esclarecer dúvidas, promovendo maior autonomia dos estudantes (Winkler & Söllner, 2018). Adicionalmente, permitem simular

interações clínicas, contribuindo para o desenvolvimento de competências de comunicação e tomada de decisão. No entanto, a sua utilização apresenta desafios, nomeadamente o risco de dependência excessiva e a possibilidade de respostas imprecisas. Assim, é essencial promover o pensamento crítico e a validação da informação (Kasneci *et al.*, 2023).

### **Desenvolvimento do pensamento crítico e raciocínio clínico**

A crescente complexidade da informação disponível nos contextos de saúde exige que os estudantes de enfermagem desenvolvam competências avançadas de análise e interpretação de dados clínicos. Estas competências estão diretamente relacionadas com o desenvolvimento do pensamento crítico, entendido como um processo cognitivo que envolve a interpretação, análise e avaliação de informação com vista à tomada de decisão fundamentada, conforme descrito por Facione (1990) e Ennis (2018). Trata-se de uma competência central na formação em enfermagem, uma vez que sustenta o raciocínio clínico e a tomada de decisão em contextos de elevada complexidade e incerteza.

No contexto educativo, o pensamento crítico pode ser enquadrado no modelo conceptual proposto por Tenreiro-Vieira e Vieira (2020), que o definem como um conjunto de processos cognitivos associados à interpretação de informação, análise de evidências, inferência de conclusões, avaliação de argumentos e justificação de decisões. Este enquadramento evidencia a natureza multifacetada do pensamento crítico, integrando competências cognitivas e metacognitivas essenciais para a aprendizagem autónoma e para a prática profissional.

No domínio específico da enfermagem, estas competências têm sido operacionalizadas em sete processos cognitivos identificados por Scheffer e Rubinfeld (2000): análise, aplicação de normas ou critérios, discernimento, procura de informação, raciocínio lógico, previsão e transformação do conhecimento. Estes processos refletem a complexidade do raciocínio clínico em enfermagem, exigindo a mobilização integrada de conhecimentos teóricos, evidência científica e julgamento profissional.

Neste contexto, as ferramentas baseadas em Inteligência Artificial podem desempenhar um papel relevante no desenvolvimento do pensamento crítico,

ao proporcionar ambientes de aprendizagem que incentivam a análise de dados clínicos, a formulação de hipóteses e a avaliação de diferentes alternativas de decisão. Em contextos de simulação clínica ou em plataformas digitais, os estudantes têm a oportunidade de interpretar informação, avaliar evidências e refletir sobre as consequências das suas decisões em cenários controlados e dinâmicos.

Estes ambientes favorecem o desenvolvimento de competências fundamentais, como a identificação de informação relevante, a aplicação de critérios na tomada de decisão, o raciocínio lógico na interpretação de dados e a antecipação das consequências das intervenções clínicas. Simultaneamente, promovem a capacidade de transferir e aplicar conhecimentos teóricos a situações práticas, contribuindo para a transformação do conhecimento em ação clínica.

Deste modo, a utilização de tecnologias baseadas em IA no ensino de enfermagem constitui uma oportunidade para reforçar o desenvolvimento do pensamento crítico e do raciocínio clínico, competências essenciais para uma prática profissional segura, reflexiva e baseada na evidência.

## **QUESTÕES ÉTICAS, LEGAIS E DEONTOLÓGICAS**

A crescente integração da Inteligência Artificial (IA) na educação em saúde suscita um conjunto de questões éticas, legais e deontológicas que devem ser cuidadosamente consideradas na sua implementação no ensino de enfermagem. Embora estas tecnologias apresentem um potencial significativo para apoiar processos de aprendizagem, simulação clínica e desenvolvimento do raciocínio clínico, a sua utilização exige reflexão crítica sobre aspetos como a proteção de dados, o viés algorítmico, a integridade académica e a responsabilidade profissional (Tilala *et al.*, 2024; Weidener & Fischer, 2023). Neste sentido, a sua incorporação no contexto educativo deve ser orientada por princípios éticos claros e por políticas institucionais que assegurem uma utilização responsável, transparente e segura.

As plataformas digitais de aprendizagem e os sistemas de simulação clínica permitem recolher e analisar grandes volumes de dados relacionados com o desempenho dos estudantes e as suas interações com os sistemas. A gestão desta informação exige o cumprimento rigoroso das normas de proteção de dados

personais, nomeadamente no âmbito do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) (Farhud & Zokaei, 2021; Tilala *et al.*, 2024). As instituições de ensino superior devem garantir que os dados são utilizados exclusivamente para fins educativos, assegurando transparência nos processos de recolha, armazenamento e utilização da informação, bem como mecanismos de consentimento e controlo por parte dos estudantes.

No contexto da enfermagem, a proteção da confidencialidade assume especial relevância, dado o enquadramento ético da profissão relativamente à privacidade e segurança da informação clínica. Mesmo em ambientes de simulação, é fundamental promover uma cultura de responsabilidade no tratamento de dados, preparando os estudantes para práticas seguras em contextos clínicos reais (Farhud & Zokaei, 2021).

Outra dimensão crítica relaciona-se com o viés algorítmico. Os sistemas de IA são treinados com base em grandes conjuntos de dados que podem refletir desigualdades existentes, levando à reprodução ou amplificação desses padrões (Tilala *et al.*, 2024). No contexto educativo, tal pode influenciar a avaliação do desempenho dos estudantes ou as recomendações de aprendizagem. Por este motivo, é essencial que a utilização destes sistemas seja acompanhada por processos de validação, supervisão humana e avaliação contínua, bem como pela promoção da literacia digital e algorítmica entre docentes e estudantes (Weidener & Fischer, 2023).

A utilização de ferramentas de IA generativa levanta também desafios relacionados com a integridade académica. Sistemas capazes de gerar conteúdos ou apoiar a resolução de problemas podem comprometer a autenticidade do trabalho académico, sobretudo se utilizados de forma inadequada. No ensino de enfermagem, onde o desenvolvimento de competências exige autonomia intelectual e reflexão crítica, é fundamental que estas tecnologias sejam utilizadas como suporte à aprendizagem e não como substituto do processo formativo. Neste sentido, torna-se necessário estabelecer orientações claras e promover práticas pedagógicas que valorizem o pensamento crítico e a resolução autónoma de problemas.

Por fim, a integração da IA na formação em enfermagem levanta questões relacionadas com a responsabilidade profissional. Apesar do contributo destas

tecnologias no apoio à aprendizagem e à tomada de decisão em contextos simulados, a responsabilidade final pelas decisões clínicas permanece com os profissionais de saúde (Tilala *et al.*, 2024).

Assim, a formação deve reforçar a utilização crítica da tecnologia, articulando-a com os princípios éticos da profissão, nomeadamente o respeito pela dignidade da pessoa, a segurança dos cuidados e a responsabilidade profissional. Para além destas implicações éticas e legais, a integração da IA exige também transformações ao nível curricular e organizacional, que importa discutir.

## **INTEGRAÇÃO CURRICULAR E DESAFIOS INSTITUCIONAIS**

A integração da inteligência artificial (IA) no ensino de enfermagem exige uma abordagem sistémica que ultrapasse a adoção pontual de ferramentas tecnológicas, implicando uma transformação curricular estruturada e sustentada, associada à capacitação dos docentes e enquadrada por uma visão institucional que articule inovação pedagógica, qualidade formativa e responsabilidade ética. Este processo envolve múltiplas dimensões interdependentes, desde a literacia digital às exigências regulatórias, constituindo simultaneamente uma oportunidade de inovação pedagógica e um desafio organizacional relevante.

Neste contexto, a literacia digital em enfermagem assume um papel central, ultrapassando a simples competência técnica no uso de ferramentas digitais para integrar a capacidade de interpretar dados, compreender algoritmos e avaliar riscos, incluindo vieses e implicações éticas. A Organização Mundial de Saúde destaca a literacia digital como um determinante essencial para a prestação de cuidados seguros e centrados na pessoa, defendendo a sua integração transversal nos currícula (WHO, 2021). Assim, a formação em IA deve ser progressiva, contextualizada e alinhada com a prática clínica, promovendo o raciocínio clínico suportado por dados e a tomada de decisão baseada na evidência.

A preparação do corpo docente constitui um dos principais desafios institucionais, uma vez que muitos docentes não possuem formação específica em IA ou tecnologias digitais avançadas. O Conselho Internacional de Enfermeiros sublinha a necessidade de programas de desenvolvimento profissional

contínuo que integrem competências digitais e pedagógicas inovadoras (ICN, 2021). Este processo deve ser apoiado por estratégias institucionais que incluam formação modular, mentoring e colaboração interdisciplinar, permitindo uma adaptação progressiva às exigências da transformação digital.

A implementação curricular da IA requer estratégias pedagógicas orientadas por competências e modelos curriculares flexíveis. O currículo em espiral permite a introdução gradual e a consolidação progressiva de conhecimentos, desde fundamentos teóricos até aplicações clínicas, promovendo a articulação entre teoria e prática. Evidência recente indica que o uso de tecnologias digitais e simulação avançada contribui para o desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão em estudantes de enfermagem (Shorey *et al.*, 2021).

Os modelos híbridos de aprendizagem (blended learning) assumem particular relevância, combinando ensino presencial com componentes digitais e proporcionando permitindo maior flexibilidade e personalização do processo formativo. Ferramentas baseadas em IA permitem ajustar conteúdos e ritmos às necessidades individuais dos estudantes, promovendo maior autonomia e envolvimento. Estudos demonstram que o blended learning pode melhorar os resultados de aprendizagem e a satisfação dos estudantes em enfermagem (McCutcheon *et al.*, 2015).

A implementação destas abordagens depende de uma infraestrutura tecnológica adequada, que englobe plataformas digitais, sistemas de gestão da aprendizagem e políticas de cibersegurança. Instituições com recursos limitados podem enfrentar dificuldades, o que potencia desigualdades no acesso à inovação pedagógica. A interoperabilidade entre sistemas e a proteção de dados sensíveis assumem particular importância, exigindo o cumprimento do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

Os custos associados à integração da IA representam outro desafio relevante, envolvendo investimento em tecnologia, formação docente e manutenção de sistemas. Apesar destes custos, evidências indicam que a integração da IA pode gerar para ganhos de eficiência e melhoria da qualidade do ensino a médio e longo prazo (Topol, 2019). A sustentabilidade destas iniciativas depende de planeamento estratégico e de parcerias entre instituições académicas e entidades de saúde e tecnologia.

A resistência à mudança constitui uma barreira transversal, manifestando-se ao nível individual e organizacional. Fatores como falta de confiança na tecnologia, receio de substituição profissional e percepção de aumento da carga de trabalho contribuem para esta resistência. Estratégias de gestão da mudança, baseadas em comunicação clara e envolvimento dos stakeholders. São fundamentais para promover a aceitação e a inovação.

Por fim, a integração da IA no ensino de enfermagem deve estar alinhada com os requisitos de regulamentação e acreditação definidos por entidades competentes, nomeadamente a Ordem dos Enfermeiros. A garantia da qualidade formativa implica o cumprimento de critérios rigorosos de segurança, supervisão e aquisição de competências. A introdução da IA levanta desafios adicionais relacionados com a definição de competências digitais e a avaliação das aprendizagens, sendo essencial assegurar a articulação entre inovação pedagógica e conformidade regulatória.

Em síntese, a integração curricular da IA no ensino de enfermagem constitui um processo complexo que exige articulação entre literacia digital, capacitação docente, inovação pedagógica, investimento tecnológico e enquadramento regulatório. Apesar dos desafios, apresenta um potencial significativo para melhorar a qualidade do ensino e preparar enfermeiros para atuar num contexto de cuidados de saúde cada vez mais tecnológico.

## **PERSPETIVAS FUTURAS E CONCLUSÃO**

A integração da Inteligência Artificial (IA) no ensino de enfermagem constitui um processo complexo, multidimensional e transformador, que ultrapassa a mera adoção tecnológica. A evolução da IA, desde abordagens baseadas em regras até modelos avançados de aprendizagem automática e IA generativa, tem ampliado significativamente as possibilidades pedagógicas, exigindo simultaneamente uma abordagem crítica, ética e cientificamente fundamentada.

No contexto educativo, aplicações como a aprendizagem personalizada, a simulação clínica, os assistentes virtuais e o suporte ao desenvolvimento do pensamento crítico e raciocínio clínico demonstram elevado potencial para promover ambientes de aprendizagem mais adaptativos, interativos e centrados

no estudante. Estas abordagens contribuem para o desenvolvimento de competências essenciais à prática profissional, nomeadamente a tomada de decisão baseada na evidência, a análise de dados clínicos e a capacidade reflexiva em contextos de elevada complexidade. A integração da IA levanta desafios significativos ao nível ético, legal e institucional, incluindo a proteção de dados, o viés algorítmico, a transparência dos sistemas e a integridade académica. Acresce a necessidade de transformação curricular, investimento em infraestruturas tecnológicas e capacitação docente, assegurando uma literacia digital crítica e uma utilização pedagogicamente sustentada destas tecnologias.

Neste enquadramento, as perspetivas futuras assumem particular relevância. A simulação imersiva com IA generativa permitirá a criação de cenários clínicos altamente realistas e dinâmicos, potenciando a aprendizagem experiencial. A avaliação preditiva de desempenho possibilitará a monitorização contínua e intervenções pedagógicas precoces. A formação interprofissional assistida por IA reforçará competências colaborativas em contextos multidisciplinares, enquanto a integração com sistemas clínicos reais aproximará o ensino da prática, promovendo maior autenticidade formativa. Assim, o valor da IA no ensino de enfermagem dependerá da sua integração crítica, ética e estrategicamente orientada, garantindo a qualidade da formação e a centralidade do cuidado à pessoa, contribuindo para a formação de profissionais competentes, reflexivos e preparados para contextos de saúde cada vez mais digitalizados. Deste modo, o futuro do ensino de enfermagem dependerá da capacidade de integrar a Inteligência Artificial de forma crítica, ética e centrada na pessoa.

## REFERÊNCIAS

AGAL, S. *et al.* A unified framework for smart and secure digital transformation: Leveraging blockchain, AI, and ICT across healthcare, education, e-commerce, and industrial systems. *International Journal of Science and Research Archive*, s.l., v. 15, n. 1, p. 927–943, 2025.

AUGUSTO, L. M. From symbols to knowledge systems: A. Newell and H. A. Simon's contribution to symbolic AI. *Journal of Knowledge Structures and Systems*, s.l., v. 2, n. 1, p. 29–62, 2021.

BADIL. From classroom to clinic: Modernizing nursing education for a digital age. *NURSEARCHER (Journal of Nursing & Midwifery Sciences)*, s.l., v. 4, n. 3, p. 1–2, 2024.

- BERG, E.; LEPP, M. The meaning and application of student-centered learning in nursing education: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, s.l., v. 69, n. 69, p. 103622, 2023.
- BERRAR, D.; DUBITZKY, W. Deep learning in bioinformatics and biomedicine. *Briefings in Bioinformatics*, s.l., v. 22, n. 2, p. 1513–1514, 2021.
- BOOTH, R. G. *et al.* How the nursing profession should adapt for a digital future. *BMJ*, s.l., v. 373, p. n1190, 2021.
- BUCHANAN, C. *et al.* Predicted influences of artificial intelligence on nursing education: Scoping review. *JMIR Nursing*, s.l., v. 4, n. 1, p. e23933, 2021.
- BOZKURT, S. A. *et al.* Artificial intelligence in healthcare education: A case of nursing. *International Nursing Review*, s.l., v. 72, n. 2, 2025.
- CHAUDHARY, J. *et al.* Artificial intelligence and expert systems. *International Journal of Advanced Research in Science, Communication and Technology*, s.l., n. 15988, p. 535–546, 2024.
- CHENG, S.-F. Transformation in nursing education: Development and implementation of diverse innovative teaching. *Hu Li Za Zhi (The Journal of Nursing)*, s.l., v. 68, n. 6, p. 4–5, 2021.
- CHIBUGO, F. *et al.* The role of artificial intelligence in healthcare: A systematic review of applications and challenges. *International Medical Science Research Journal*, s.l., v. 4, n. 4, p. 500–508, 2024.
- EL ARAB, R. A. *et al.* Integrative review of artificial intelligence applications in nursing. *Frontiers in Public Health*, s.l., v. 13, 2025.
- ENNIS, R. H. Critical thinking across the curriculum: A vision. *Topoi*, s.l., v. 37, p. 165–184, 2018.
- ERSOZLU, Z. *et al.* A review of machine learning methods used for educational data. *Education and Information Technologies*, s.l., v. 29, p. 22125–22145, 2024.
- FACIONE, P. A. Critical thinking: A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction. California: Academic Press, 1990.
- FARHUD, D. D. *et al.* Ethical issues of artificial intelligence in medicine and healthcare. *Iranian Journal of Public Health*, s.l., v. 50, n. 11, p. i–v, 2021.
- HARDER, N. Advancing healthcare simulation through artificial intelligence and machine learning. *Clinical Simulation in Nursing*, s.l., v. 83, p. 101456, 2023.
- HOLMES, W. *et al.* Artificial intelligence in education: Promises and implications for teaching and learning. s.l.: Center for Curriculum Redesign, 2019.
- IFENTHALER, D. *et al.* Utilising learning analytics to support study success in higher education. *Educational Technology Research and Development*, s.l., v. 68, p. 1961–1990, 2020.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. Digital health transformation and nursing practice. s.l., 2023.
- LOCKE, S. *et al.* Natural language processing in medicine: A review. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, s.l., 2021.
- KASNECI, E. *et al.* ChatGPT for good? Opportunities and challenges of large language models for education. *Learning and Individual Differences*, s.l., v. 103, p. 1–9, 2023.
- MCCUTCHEON, K. *et al.* Online or blended learning vs. face-to-face learning of clinical skills. *Journal of Advanced Nursing*, s.l., v. 71, n. 2, p. 255–270, 2015.

- MITHA, S. *et al.* Natural language processing of nursing notes: A systematic review. *Studies in Health Technology and Informatics*, s.l., v. 284, p. 62–64, 2021.
- NG, Z. Q. P. *et al.* The role of artificial intelligence in enhancing clinical nursing care. *Journal of Nursing Management*, s.l., v. 30, n. 8, 2021.
- NOWELL, L. Nursing education: Past milestones and future horizons. *Journal of Advanced Nursing*, s.l., 2025.
- O'CONNOR, S. *et al.* Artificial intelligence in nursing and midwifery: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, s.l., v. 32, n. 13–14, p. 2951–2968, 2023.
- PRASAD, N. R. *et al.* Digital transformation in higher education. *ShodhKosh Journal*, s.l., v. 5, n. 6, 2024.
- QURESHI, S.; BAIG, N. Digital transformation in higher education. *VFAST Transactions on Education and Social Sciences*, s.l., v. 13, n. 4, p. 26–47, 2025.
- RODRIGUES, D.; CRUZ-CORREIA, R. Large language models in nursing education. *Studies in Health Technology and Informatics*, s.l., v. 316, p. 1024–1028, 2024.
- SAMANTA, S.; BANERJEE, S. The impact of digital transformation on higher education. *The Social Science Review*, s.l., p. 401–406, 2025.
- SCOTT, I. A. Demystifying machine learning: A primer for physicians. *Internal Medicine Journal*, s.l., v. 51, n. 9, p. 1388–1400, 2021.
- SCHEFFER, B. K. *et al.* A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education*, s.l., v. 39, n. 8, p. 352–359, 2000.
- SHOREY, S. *et al.* The use of virtual simulation in nursing education. *Nurse Education Today*, s.l., v. 98, p. 104662, 2022.
- SILVA, G. O. *et al.* Active methodologies in teaching the nursing process. *Nurse Education in Practice*, s.l., v. 83, p. 104274, 2025.
- TENREIRO-VIEIRA, C. *et al.* Promover o pensamento crítico em contextos CTS. *Indagatio Didactica*, s.l., v. 12, n. 4, 2020.
- TILALA, M. H. *et al.* Ethical considerations in AI and machine learning in healthcare. *Cureus*, s.l., v. 16, n. 6, p. e62443, 2024.
- TOPAZ, M. *et al.* The ChatGPT effect: Nursing education and generative AI. *Journal of Nursing Education*, s.l., v. 64, n. 6, p. e40–e43, 2025.
- TOPOL, E. The Topol review: Preparing the healthcare workforce. s.l.: NHS, 2018.
- WANGPITIPANIT, S. *et al.* Exploring deep learning of AI in nursing. *BMC Nursing*, s.l., v. 23, n. 1, p. 529, 2024.
- WEIDENER, L. *et al.* Teaching AI ethics in medical education. *Perspectives on Medical Education*, s.l., v. 12, n. 1, p. 399–410, 2023.
- WINKLER, R. *et al.* Unleashing the potential of chatbots in education. *Academy of Management Proceedings*, s.l., 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: WHO, 2021.

# **SOBRE O ORGANIZADOR**

## **Patrício Francisco da Silva**

Bacharel em Enfermagem, Graduando em Psicanálise clínica e metapsicologia, Graduando em Psicologia clínica, Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional (UNITAU), Pós-graduado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (CENSUPEG), Educação Permanente em Saúde e Movimento (UFRGS), Educação para a Saúde (FAT), Regulação em Saúde no SUS (SÍRIO LIBANÊS), Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família (UNOPAR), Auditoria em Sistemas de Saúde (FACUMINAS), Enfermagem em Saúde da Mulher (DNA-Pós graduação), Enfermagem em Saúde Mental (DNA-Pós graduação). Tenho propósito de orientar pessoas a ampliarem sua autonomia através da inteligência emocional, autoconhecimento e autoconfiança, que aplicadas no dia a dia levam a mudança de desempenho. Atualmente ocupo os cargos de coordenação em um Centro de Atenção Psicossocial de Imperatriz-MA, sou Professor da Faculdade de Educação Santa Terezinha e Preceptor de Estágios da Faculdade CEUMA.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3357867555443272>

## SOBRE OS ORGANIZADORES

# ÍNDICE REMISSIVO

## A

**Aprendizagem Interativa:** 125

**Atenção Básica:** 94, 99, 123

**Atenção Primária à Saúde:** 27, 89, 90, 92, 96, 114, 115, 116, 123

## C

**Cigarro Eletrônico:** 29, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55

**Comportamento Emocional:** 9

**Comunicação em Saúde:** 79

**Cuidado Integral:** 89, 90, 91, 94

## D

**Diversificação Clínica:** 58

## E

**Educação Continuada:** 58, 99, 105, 109

**Enfermagem:** 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 24, 26, 27, 30, 36, 52, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 67, 68, 70, 71, 73, 75, 76, 77, 79, 81, 85, 86, 87, 103, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138

**Enfermagem Prática:** 58

**Ensino de Enfermagem:** 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 135, 137, 138

**Estudante Universitário:** 30, 50

## F

**Filosofia em Enfermagem:** 79

## G

**Gestantes:** 67, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 111

## H

**Hipotensão Ortostática:** 18, 19, 28

**Humanização:** 90, 91, 94, 96, 99, 100, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113

## I

**Inteligência Artificial:** 61, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 132, 133, 135, 137, 138

**Intersetorialidade:** 89, 95

## O

**Oficinas Educativas:** 89, 92

## P

**Pesquisa Metodológica em Enfermagem:** 65

**Política de Saúde:** 79

**Política Pública:** 79, 80

**Pré-Natal:** 69, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 122

**Protocolos Clínicos:** 115

## R

**Revista em Quadrinhos:** 65

## S

**Saúde da Mulher:** 89, 90, 97, 100, 111, 121

**Saúde Digital:** 125

**Saúde do Homem:** 114, 115, 116, 117, 122, 123

**Síncope:** 18, 19, 20, 22, 25, 26

**Sistema Límbico:** 8, 9, 10, 11, 14

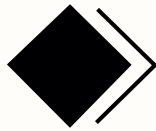
## T

**Tabagismo:** 30, 31, 32, 37, 38, 47, 50, 119

**Tecnologia Educacional:** 65, 77

**Tontura:** 18, 19, 23, 25

**Trabalho de Parto:** 65, 66, 67, 73, 76



científica digital



**VENDA PROIBIDA - ACESSO LIVRE - OPEN ACCESS**

