UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

VANESSA MONTEIRO CESNIK VAN DER GEEST

Avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de
enfermagem na área da sexualidade

RIBEIRÃO PRETO

2016

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

VANESSA MONTEIRO CESNIK VAN DER GEEST

Avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de
enfermagem na área da sexualidade

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte
das exigências para a obtenção do título de Doutora em
Ciências, Área: Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Thaís Zerbini

RIBEIRÃO PRETO

2016

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

Cesnik-Geest, Vanessa Monteiro

Avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade. Ribeirão Preto, 2016.

358 p. : il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Zerbini, Thaís.

Treinamento, desenvolvimento e educação. Avaliação de necessidades de treinamento. Formação profissional. Sexualidade. Educação sexual.

Nome: Cesnik-Geest, V. M.

Título: Avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutora em Ciências, Área: Psicologia.

Aprovada em:

Banca Examinadora:

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Thais Zerbini por ter aceitado entrar neste desafio comigo, me apoiando e orientando, desde a criação do projeto no começo de 2011 até agora. Obrigada por sofrer e criar comigo este processo. Obrigada por incentivar minha autonomia e criatividade.

Agradeço aos professores Marina Gregghi Sticca, Fabiana Queiroga, Licia Barcelos de Souza e Luiz Pasquali, pela leitura cuidadosa e pelas valiosas contribuições nos exames de qualificação de mestrado e de doutorado. Saibam que esta tese só existe da forma que é por causa da ajuda de vocês.

Agradeço a todos os membros do Laboratório de Psicologia Organizacional e do Trabalho (LabPOT), pela oportunidade de aprender e contar com os colegas. Em especial a Lara Barros Martins e Raíssa Bárbara Nunes Moraes que foram essenciais na reta final deste trabalho.

Agradeço ao professor Manoel Antônio dos Santos por me ajudar a despertar para a temática da sexualidade e por ter me ensinado tanto, durante a iniciação científica. A partir da base que adquiri neste período fui capaz de seguir para um doutorado direto.

Agradeço à professora Sonia Regina Pasian, representando a CCP, pelo período em que fui representante discente e pude aprender como é o envolvimento dos professores com a administração de um programa de pós-graduação da USP. Minha admiração por vocês aumentou muito depois dessa experiência e pude vislumbrar como é a função de professora da USP. Agradeço a vocês por todo o esforço para que tenhamos a melhor formação possível.

Agradeço a todos os profissionais que, mesmo com tempo escasso e correria de hoje em dia, aceitaram ajudar esta pesquisa, oferecendo seu tempo para realizar entrevistas, responder a questionários e compartilhar sua opinião. Vou fazer o possível para que esta participação não seja em vão e que os resultados deste estudo possam ajudar vocês efetivamente.

Agradeço ao meu marido, Guilherme, pelo importantíssimo apoio nesse processo. Desde o início valorizou meus objetivos de vida e acreditou na importância deste trabalho. Obrigada pelo suporte emocional de que precisei todas as vezes que algo na pesquisa não dava certo e também na finalização desta tese. Você foi essencial para que este trabalho se constituísse dessa maneira.

Agradeço ao meu pai, minha mãe, minha irmã e a toda a família pelo amor incondicional, admiração e apoio oferecido, mesmo a distância. Obrigada pelos abraços e torcidas.

Agradeço às minhas amigas queridas, aquelas que acompanharam o início da ideia, e aquelas que passaram a fazer parte no meio deste processo. Obrigada por dividirem comigo meus momentos de angústia e felicidade e por contribuírem com a opinião de vocês, quando eu precisava.

Agradeço a Fabiana, minha terapeuta, que me dá suporte emocional desde o início desta pesquisa. Você também acreditou em mim e me ajudou a pensar possibilidades. Sei que você não é da área da pesquisa, mas faz parte desta aqui com certeza.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Agradeço à querida Maria Bonita e a todos os que, de alguma forma, ajudaram na realização deste trabalho.

Agradeço a Deus.

A imaginação não é apenas a capacidade humana para visualizar o que não existe, e, por conseguinte, a fonte de todas as invenções e inovações. Em sua capacidade provavelmente mais transformadora e reveladora, é o poder que nos permite criar empatia com seres humanos cujas experiências nós nunca compartilhamos.

J. K. Rowling

RESUMO

Cesnik-Geest, V. M. (2016). *Avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

A literatura indica que os profissionais de saúde sentem dificuldade e desconforto em lidar com questões de sexualidade, no contexto hospitalar. É fundamental, portanto, investigar as competências necessárias para o bom desempenho dos profissionais de enfermagem, relacionado a questões de sexualidade para o cuidado integral do paciente, assim como as lacunas de competências e os fatores que se relacionam com estas necessidades de treinamento. A Avaliação de Necessidades de Treinamento (ANT), subsistema da área de Treinamento, Desenvolvimento e Educação de pessoas (TD&E), mostra-se como uma estratégia adequada para investigar essas lacunas de competências e os fatores que as influenciam. Dessa forma, a presente tese teve como objetivo geral investigar a influência de variáveis de características da clientela (dados demográficos, funcionais, crenças e atitudes) nas necessidades de treinamento, na área da sexualidade do profissional de enfermagem, em contexto hospitalar. Para isso, seguindo parâmetros psicométricos, foi construído o instrumento de avaliação de Necessidades de Treinamento de profissionais de enfermagem na área da Sexualidade (NTES), e foi adaptado da língua inglesa o instrumento *Sexuality Attitudes and Beliefs Survey* - SABS. Objetivou-se, ainda, verificar evidências de validade dos instrumentos de medida mencionados. A coleta de dados foi realizada a distância, por meio da *internet*, em que foram disponibilizados os instrumentos digitalizados e os *links* enviados por *e-mail* e por meio de questionários impressos, entregues aos profissionais do hospital geral, tendo sido respeitados os aspectos éticos envolvidos. Foram feitas análises descritivas e exploratórias dos dados, análises dos componentes principais e fatoriais e de consistência interna para as análises exploratórias das estruturas empíricas dos questionários e análises de regressão múltipla (padrão, *stepwise*) para o relacionamento entre as variáveis. As escalas desenvolvidas na presente pesquisa são psicometricamente válidas e confiáveis. Em suma, os profissionais que obtiveram maiores necessidades de treinamento em *Discussão geral sobre sexualidade* foram aqueles com menor crença de *Importância em abordar questões sexuais* e que não atendem adolescentes, crianças e ou bebês. Os profissionais que obtiveram maiores necessidades de treinamento em *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade* foram aqueles com menor crença de *Importância em abordar questões sexuais*. Por fim, os profissionais que obtiveram maiores necessidades de treinamento em *Exposição íntima do paciente* foram aqueles com maior tempo de trabalho no hospital. As outras variáveis estudadas não entraram para o modelo de predição das necessidades de treinamento. É importante discutir sobre o entrelaçamento entre os domínios cognitivo e afetivo, no caso de treinamentos na área da sexualidade. Os treinamentos ofertados nesta área devem buscar a integração destes dois domínios, de modo que os valores dos profissionais de enfermagem sejam alinhados às necessidades dos pacientes e não apenas às suas próprias crenças pessoais.

Palavras-chave: Treinamento, desenvolvimento e educação. Avaliação de necessidades de treinamento. Formação profissional. Sexualidade. Educação sexual.

ABSTRACT

Cesnik-Geest, V. M. (2016). *Training Needs Analysis in the area of sexuality for nursing professionals*. Doctoral Thesis, Faculty of Philosophy, Sciences, and Letters at Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, Brazil.

Literature points to the difficulty and discomfort health professionals might face when dealing with issues on sexuality in the hospital setting. In this respect, investigating the required skills, related to sexuality issues, nursing professionals need to perform properly for the integral patient care, in addition to skill gaps and factors regarding these training needs is very important. Training Needs Analysis (TNA), a step in Training and Development area, is an appropriate strategy to investigate these skill gaps and factors influencing them. Thus, this thesis aimed to study the effects of individual characteristics (demographic, functional, beliefs and attitudes) on training needs, concerning sexuality issues for nursing professionals, in a hospital context. For this purpose, following psychometric parameters, we elaborated a training needs analysis instrument in the area of sexuality for nursing professionals, and adapted to Portuguese the questionnaire *Sexuality Attitudes and Beliefs Survey* - SABS. Reliability of the mentioned scales was verified. Data collection was conducted through the Internet, in order to email the questionnaires and links; besides, printed questionnaires were delivered to the professionals in the hospital, respecting all research ethical principles. We carried out descriptive and preliminary analyses of data, internal consistency reliability, principal components, and exploratory factor analysis for the empirical structures of the instruments, and multiple regressions (standard, stepwise) to test the relationships between the variables. All scales are psychometrically valid and reliable. In short, professionals who had higher training needs in *General discussion on sexuality* were those with lower belief in *Importance of addressing sexual issues*, and do not treat adolescents, children, or babies. Professionals who had higher training needs in *Preventions and clinical complications on sexuality* were those with lower belief in *Importance of addressing sexual issues*. Finally, professionals who had higher training needs in *Patient intimate exposure* were those who longer work in the hospital. The other considered variables did not predict training needs. Discussing the links between affective and cognitive domains in training programs on sexuality is important. Therefore, training in this area should integrate both types of learning, so that nursing professionals' values are aligned to patients' needs, and not only to the former's personal beliefs.

Keywords: Training and Development. Training Needs Analysis. Professional Training. Sexuality. Sexual Education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de investigação proposto	37
Figura 2. Estrutura geral de desenvolvimento do texto parte 1	39
Figura 3. Estrutura geral de desenvolvimento do texto parte 2	40
Figura 4. Quantidade de publicações ao longo dos anos	47
Figura 5. População estudada nos artigos selecionados de TD&E em sexualidade.....	48
Figura 6. Procedimentos de coleta de dados dos estudos selecionados.....	49
Figura 7. Relação entre os conceitos e ações educacionais associadas.	71
Figura 8. Sistema de TD&E.	71
Figura 9. Competências como fonte de valor para o indivíduo e para a organização.....	74
Figura 10. Condições necessárias ao desempenho competente.....	89
Figura 11. Modelo OTP.....	92
Figura 12. Operacionalização do Modelo de Análise do Papel Ocupacional	97
Figura 13. Caráter bidimensional da Taxonomia de Bloom revisada	99
Figura 14. Modelo conceitual de avaliação de necessidades de treinamento desenvolvido por Abbad e Mourão (2012)	101
Figura 15. Medidas de características da clientela	117
Figura 16. Estratégias de disseminação do convite de pesquisa na versão online	168
Figura 17. Distribuição dos valores próprios (<i>scree plot</i>) do instrumento NTES	196
Figura 18. Distribuição dos valores próprios (<i>scree plot</i>) do instrumento CAES	202
Figura 19. Distribuição dos valores próprios (<i>scree plot</i>) do instrumento CAES sem o item 5	204
Figura 20. Modelo de investigação testado nas regressões múltiplas	223
Figura 21. Representação do modelo de regressão múltipla padrão (Modelo B) para Necessidades de Treinamento como variável critério.	226
Figura 22. Representação do modelo de regressão múltipla <i>stepwise</i> (Modelo Final com uso da variável “Atendimento a adolescentes”) para Necessidades de Treinamento como variável critério.....	228

Figura 23. Representação do modelo de regressão múltipla <i>stepwise</i> (Modelo Final com uso da variável “Atendimento a bebês”) para Necessidades de Treinamento como variável critério.	230
Figura 24. Representação do modelo de regressão múltipla <i>stepwise</i> (Modelo Final com uso da variável “Atendimento a crianças”) para Necessidades de Treinamento como variável critério.	232
Figura 25. Representação do modelo final de predição das necessidades de treinamento do presente estudo.	233
Figura 26. Sistema de Busca CBO.	339
Figura 27. Resultados do sistema de busca da CBO para o termo “DST”.	340
Figura 28. Resultados do sistema de busca da CBO para o termo “sexual”.	341
Figura 29. Resultados do sistema de busca da CBO para o termo “sexuais”.	342
Figura 30. Resultados do sistema de busca da CBO para o termo “anticoncepcional”.	343
Figura 31. Resultados do sistema de busca da CBO para o termo “preservativo”.	344
Figura 32. Resultados do sistema de busca da CBO para o termo “privacidade”.	345
Figura 33. Resultados do sistema de busca da CBO para o termo “genital”.	346
Figura 34. Resultados do sistema de busca da CBO para o termo “vagina”.	347
Figura 35. Descrição da ocupação 2312 encontrada como resultado no sistema CBO.	348
Figura 36. Descrição da ocupação 2516 encontrada como resultado no sistema CBO.	349
Figura 37. Descrição da ocupação 3213 encontrada como resultado no sistema CBO.	350
Figura 38. Descrição da ocupação 3322 encontrada como resultado no sistema CBO.	351
Figura 39. Descrição da ocupação 4213 encontrada como resultado no sistema CBO.	352
Figura 40. Descrição da ocupação 5151 encontrada como resultado no sistema CBO.	353
Figura 41. Descrição da ocupação 5162 encontrada como resultado no sistema CBO.	354
Figura 42. Descrição da ocupação 5198 encontrada como resultado no sistema CBO.	355
Figura 43. Descrição da ocupação 6230 encontrada como resultado no sistema CBO.	356
Figura 44. Descrição da ocupação de técnicos e auxiliares de enfermagem no sistema CBO.	357
Figura 45. Descrição da ocupação de enfermeiros e afins no sistema CBO.	358

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estudos selecionados para a análise da literatura de TD&E em sexualidade.....	46
Tabela 2. Aspectos metodológicos dos estudos de TD&E em sexualidade	52
Tabela 3. Políticas públicas para o triênio 2012-2015, público-alvo e objetivo	78
Tabela 4. Estudos selecionados para a análise da literatura recente em ANT.....	104
Tabela 5. Aspectos metodológicos dos estudos recentes em ANT	105
Tabela 6. Organizações de saúde convidadas para parceria em pesquisa	124
Tabela 7. Descrição da amostra da construção dos itens do NTES.....	133
Tabela 8. Descrição da amostra da validação semântica do NTES.....	137
Tabela 9. Mudanças nos itens do NTES.....	139
Tabela 10. Resultados da busca de palavras-chaves na CBO.....	144
Tabela 11. Códigos e ocupações listadas nos resultados da pesquisa na CBO	144
Tabela 12. Descrição da amostra da validação semântica do CAES.....	155
Tabela 13. Mudanças nos itens do CAES	157
Tabela 14. Dados demográficos da amostra total do Estudo 3.....	165
Tabela 15. Dados funcionais da amostra total do Estudo 3.....	166
Tabela 16. Resultados dos procedimentos de coleta de dados versão impressa nas enfermarias do HC-FMRP-USP	172
Tabela 17. Resultados dos procedimentos de coleta de dados versão impressa nos ambulatórios do HC-FMRP-USP	173
Tabela 18. Procedimentos de coleta de dados da versão impressa.....	174
Tabela 19. Exclusão de variáveis correlacionadas na análise de regressão múltipla padrão .	181
Tabela 20. Análise da normalidade das variáveis.....	182
Tabela 21. Resultados descritivos do IPG avaliado no NTES	185
Tabela 22. Resultados descritivos da importância avaliada no NTES	188
Tabela 23. Resultados descritivos do domínio avaliado no NTES.....	188
Tabela 24. Resultados descritivos de concordância do CAES	194

Tabela 25. Valores próprios empíricos e aleatórios dos primeiros dez componentes do NTES.....	196
Tabela 26. Estrutura empírica do NTES	199
Tabela 27. Valores próprios empíricos e aleatórios dos primeiros dez componentes do CAES	203
Tabela 28. Valores próprios empíricos e aleatórios dos primeiros dez componentes do CAES sem o item 5.....	204
Tabela 29. Estrutura empírica do CAES.....	206
Tabela 30. Itens positivos e negativos do CAES de acordo com os desenvolvedores (Reynolds & Magnan, 2005).....	209
Tabela 31. Sugestão de reescrita dos itens da versão brasileira do SABS.....	211
Tabela 32. Teste de diferença entre médias (Teste t) dos fatores dos instrumentos, segundo o sexo dos participantes.	212
Tabela 33. Teste de diferença entre médias (Teste t) dos itens, segundo o sexo dos participantes.	214
Tabela 34. Teste de diferença entre médias (Teste t) dos fatores dos instrumentos, segundo as formações realizadas pelos participantes.....	214
Tabela 35. Teste de diferença entre médias (Teste t), segundo a população atendida.....	215
Tabela 36. Teste de diferença entre médias (ANOVA), segundo a escolaridade dos participantes.	216
Tabela 37. Teste de diferença entre médias (ANOVA), segundo o cargo dos participantes..	217
Tabela 38. Teste de diferença entre médias (ANOVA), segundo o estado civil dos participantes.	218
Tabela 39. Teste de diferença entre médias (ANOVA), segundo o tempo de profissão dos participantes.	218
Tabela 40. Teste de diferença entre médias (ANOVA), segundo o tempo de hospital dos participantes.	219
Tabela 41. Teste de diferença entre médias (ANOVA), segundo o tempo de função dos participantes.	219
Tabela 42. Resumo das informações sobre os instrumentos utilizados nesta pesquisa.	220
Tabela 43. Resultados das ANOVAS e Testes t.	221
Tabela 44. Regressão múltipla padrão para o Modelo A.....	225

Tabela 45. Regressão múltipla <i>stepwise</i> para o Modelo B (incluindo variável “Atendimento a adolescentes”)	227
Tabela 46. Variáveis testadas posteriormente em modelo de investigação múltipla <i>stepwise</i>	229
Tabela 47. Regressão múltipla <i>stepwise</i> para o Modelo B (incluindo variável “Atendimento a bebês”).....	229
Tabela 48. Regressão múltipla <i>stepwise</i> para o Modelo B (incluindo variável “Atendimento a crianças”).	231
Tabela 49. Características das outras versões do SABS.....	243
Tabela 50. Resultados descritivos de pesquisas utilizando SABS	251

LISTA DE SIGLAS

ANT	Avaliação das Necessidades de Treinamento
TD&E	Treinamento, Desenvolvimento & Educação
NTES	Instrumento de avaliação de Necessidades de Treinamento de profissionais de Enfermagem na área da Sexualidade
CAES	Versão brasileira do instrumento <i>Sexuality Attitudes and Beliefs Survey</i> que avalia Crenças e Atitudes de profissionais de Enfermagem frente à Sexualidade
SABS	<i>Sexuality Attitudes and Beliefs Survey</i>
IPG	Índice de Prioridade Geral (de necessidade de treinamento)
OTP	Organizacional (<i>organization</i>), de Tarefas (<i>task</i>) e Individual (<i>person</i>)
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HC-FMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo)

SUMÁRIO

PRÓLOGO.....	29
APRESENTAÇÃO	33
DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA, OBJETIVOS DE PESQUISA, MODELO DE INVESTIGAÇÃO E LIMITAÇÕES.....	35
Objetivo geral.....	35
Objetivos específicos.....	35
Modelo de investigação.....	36
Variáveis estudadas	37
CAPÍTULO 1. SEXUALIDADE DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR....	43
1.1. SEXUALIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	43
1.2. PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE TD&E EM SEXUALIDADE	45
1.2.1. Análise das pesquisas de TD&E em sexualidade.....	45
1.2.2. Considerações gerais sobre a análise da literatura de TD&E em sexualidade.....	62
1.3. CRENÇAS E ATITUDES FRENTE À SEXUALIDADE	63
CAPÍTULO 2. TREINAMENTO, DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO DE PESSOAS E POLÍTICAS PÚBLICAS	69
2.1. TREINAMENTO, DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	69
2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE.....	76
CAPÍTULO 3. AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE TREINAMENTO.....	87
3.1. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE TREINAMENTO.....	87
3.2. MODELOS DE ANT	92
3.3. PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM ANT.....	102
3.3.1. Análise das pesquisas recentes de ANT	103
3.3.2. Considerações gerais sobre a análise da literatura em ANT	115
CAPÍTULO 4. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS GERAIS DA PESQUISA..	121
4.1. ORGANIZAÇÃO-ALVO	121
4.1.1. Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto	125
4.2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	127

CAPÍTULO 5. ESTUDO 1: CONSTRUÇÃO DOS ITENS DO NTES.....	131
5.1. METODOLOGIA	131
5.1.1. Instrumento	131
5.1.2. Construção do conteúdo dos itens	132
5.1.3. Validação semântica do instrumento	136
5.1.4. Validação por juízes do instrumento	138
5.2. RESULTADOS.....	138
5.2.1. Construção dos itens do instrumento	138
5.2.2. Comparação com órgão oficial - CBO	143
5.3. DISCUSSÕES.....	145
5.3.1. Conteúdo das competências listadas.....	145
5.3.2. Conflito crenças pessoais x necessidades profissionais.....	146
 CAPÍTULO 6. ESTUDO 2: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO SABS	151
6.1. METODOLOGIA	151
6.1.1. Escolha do Instrumento	151
6.1.2. Instrumento	152
6.1.3. Adaptação transcultural	152
6.1.4. Tradução e adaptação do instrumento	152
6.1.5. Validação semântica do instrumento	154
6.1.6. Validação por juízes do instrumento	156
6.2. RESULTADOS.....	156
6.3. DISCUSSÕES.....	158
 CAPÍTULO 7. ESTUDO 3: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DOS INSTRUMENTOS, ANÁLISE DESCRITIVA E TESTAGEM DO MODELO DE INVESTIGAÇÃO	163
7.1. METODOLOGIA	163
7.1.1. Instrumentos	163
7.1.2. Amostra.....	163
7.1.3. Procedimentos de coleta de dados	167
7.1.4. Procedimentos de análise dos dados.....	175
7.2. RESULTADOS.....	183
7.2.1. Análise descritiva dos resultados.....	183
7.2.2. Análise exploratória da estrutura empírica do NTES	195
7.2.3. Análise exploratória da estrutura empírica do CAES.....	201
7.2.4. Análises complementares sobre as escalas: ANOVAS e Testes T.....	212

7.2.5. Síntese dos resultados de análise exploratória dos instrumentos NTES e CAES	220
7.2.6. Testagem do modelo de investigação.....	222
7.3. DISCUSSÕES	233
7.3.1. Análise descritiva e exploratória do NTES	235
7.3.2. Análise descritiva e exploratória do CAES.....	242
7.3.3. Testagem do modelo de investigação.....	253
CAPÍTULO 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	261
8.1. LIMITAÇÕES	261
8.1.1. NTES	263
8.1.2. CAES.....	264
8.1.3. Análise do relacionamento das variáveis	265
8.2. AGENDA DE PESQUISA.....	265
8.2.1. NTES.....	265
8.2.2. CAES.....	266
8.2.3. Análise do relacionamento das variáveis	267
8.3. IMPLICAÇÕES PRÁTICAS E TEÓRICAS	267
8.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	269
EPÍLOGO: REFLEXÕES PESSOAIS DA PESQUISADORA	275
REFERÊNCIAS	283
APÊNDICES	307
APÊNDICE A: E-MAIL DE CONVITE PARA PARCERIA DE PESQUISA COM HOSPITAIS.....	307
APÊNDICE B: CARTA DE PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO ESCRITA PELA ORIENTADORA	308
APÊNDICE C: E-MAIL DE CONVITE PARA PARCERIA DE PESQUISA COM COREN.....	309
APÊNDICE D: E-MAIL DE CONVITE PARA PARCERIA DE PESQUISA COM COFEN.....	310
APÊNDICE E: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PROFISSIONAIS	311
APÊNDICE F: ROTEIRO PARA MAPEAMENTO DOS CHAS – CONSTRUÇÃO DO NTES	312
APÊNDICE G: INSTRUÇÕES PARA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA DOS INSTRUMENTOS NTES E CAES.....	313

APÊNDICE H: INSTRUÇÕES PARA VALIDAÇÃO POR JUÍZES DO NTES – PARTE 1	314
APÊNDICE I: VERSÃO FINAL DO NTES	315
APÊNDICE J: INSTRUÇÕES PARA VALIDAÇÃO POR JUÍZES DO CAES	318
APÊNDICE K: VERSÃO FINAL DO CAES	319
APÊNDICE L: DADOS DE CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA	321
APÊNDICE M: E-MAIL ENVIADO AOS PROFISSIONAIS DO HC-FMRP ATRAVÉS DO SETOR DE IMPRENSA	324
APÊNDICE N: E-MAIL ENVIADO AOS PROFISSIONAIS DO HC-FMRP ATRAVÉS DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM	325
APÊNDICE O: E-MAIL ENVIADO AOS PROFISSIONAIS DO HC-FMRP ATRAVÉS DO CENTRO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM (CECEN)	326
APÊNDICE P: FÔLDERES E CARTAZES COM CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA	327
APÊNDICE Q: BLOG COM CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA	328
APÊNDICE R: ENVELOPE 1 COM INSTRUÇÕES PARA QUESTIONÁRIO VERSÃO IMPRESSA	329
APÊNDICE S: CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO RESPONSÁVEL DA ÁREA DE ENFERMAGEM DE CADA DEPARTAMENTO	330
APÊNDICE T: FÔLDER DE AVISO PARA QUESTIONÁRIOS DEIXADOS NO BALCÃO DE ENFERMAGEM	331
APÊNDICE U: ENVELOPE 2 COM INSTRUÇÕES PARA QUESTIONÁRIO VERSÃO IMPRESSA	332

ANEXOS	335
ANEXO A: AUTORIZAÇÃO DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM – HCFMRP-USP	335
ANEXO B: ACEITE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FFCLRP-USP	336
ANEXO C: ACEITE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HCFMRP-USP	337
ANEXO D: INSTRUMENTO ORIGINAL “ <i>SEXUALITY ATTITUDES AND BELIEFS SURVEY</i> ” (SABS)	338
ANEXO E: SISTEMA CBO (CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES)	339

PRÓLOGO

PRÓLOGO

Meu interesse por estudar a temática da sexualidade surgiu durante a faculdade de Psicologia em 2009, quando entrei para o grupo de pesquisa “Sexualidade e Gênero” para realizar a pesquisa de Iniciação Científica com o Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos. O título do estudo desenvolvido foi: “A vida sexual de mulheres após a mastectomia: Uma análise qualitativa”. Durante essa pesquisa, pude entrar em contato tanto com a literatura da área da sexualidade quanto com mulheres com câncer de mama que relataram suas vivências e dificuldades nesta temática. Um dos relatos que me marcou nesse estudo foi de uma paciente que requisitou uma orientação sobre lubrificação vaginal para ajudar na secura que atrapalhava as relações sexuais e a médica que a operou pediu para que não tivesse relações sexuais naquele período e que pedisse o lubrificante novamente, no próximo retorno. Porém, nos próximos retornos, a paciente foi atendida por médicos homens e ela se sentiu envergonhada de falar no assunto com eles, de modo que voltou a ter relações sexuais com dor e sangramento.

A partir desse e de outros relatos, somados à literatura que estudava, percebi que os profissionais de saúde em geral tinham dificuldades em lidar com questões que envolviam a sexualidade dos pacientes e que a maioria evitava esses assuntos, durante os atendimentos. Pesquisando mais um pouco observei que esta lacuna de conhecimentos acompanhava esses profissionais desde sua formação. Um exemplo disso é a minha própria graduação em Psicologia que não oferece uma disciplina sobre sexualidade humana.

No período da pesquisa mencionada, eu havia cursado as disciplinas de Psicologia Organizacional e do Trabalho, com a Profa. Dra. Thais Zerbini, e fazia o estágio na área de Treinamento, Desenvolvimento e Educação de pessoas, mais especificamente na estruturação da Avaliação das Necessidades de Treinamento dos funcionários de uma das faculdades da Universidade de São Paulo. A partir dessa avaliação, será possível criar treinamentos e ações educacionais alinhados com as demandas de cada setor e ajudar os funcionários a preencher as lacunas de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que surgiram com o tempo ou que os acompanham desde sua formação.

Foi assim que começou meu envolvimento com a presente pesquisa. A partir dessas diferentes vivências, percebi que uma maneira de ajudar os pacientes era auxiliar os profissionais de saúde com treinamentos e ações educacionais, a fim de preencher as lacunas de competências que eles apresentavam na área da sexualidade e aumentar o conforto em lidar com essas questões. Com essas inquietações, procurei a professora Thais Zerbini, para propor

um mestrado com essa temática, que aceitou me acompanhar nessa trajetória que desenrolou em um doutorado direto após indicação da banca de exame de qualificação de mestrado.

Há pouco mais de um ano para a defesa desta tese iniciei também uma pós-graduação *lato sensu* em Sexologia Clínica, ministrada na Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública e coordenada pelo Dr. Ricardo Cavalcanti, criador do CESEX (mais antigo centro brasileiro de capacitação de profissionais na área da Sexologia Clínica). Os conhecimentos adquiridos na área da Sexualidade Humana, a partir dessa experiência, também contribuíram para as discussões do presente estudo.

A organização desta pesquisa foi o tempo todo pautada em duas grandes áreas: A Psicologia Organizacional e do Trabalho e a Sexualidade Humana. A união do referencial teórico-metodológico de uma para auxiliar em questões de dificuldade de atuação da outra. Esta tese, portanto, se encontra na intersecção destas duas áreas de conhecimento que se complementam e se ajudam. Esta tese que se segue é fruto de todo esse processo de aprendizagem e crescimento como pesquisadora, psicóloga, educadora e mulher.

Espero que os achados possam contribuir com as áreas envolvidas, bem como com outras categorias profissionais direta ou indiretamente envolvidas.

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A tese com o título “Avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade” trata de um tema atual: a necessidade de programar ações educacionais na área da sexualidade para profissionais de enfermagem. O interesse da investigação recai sobre a avaliação das necessidades de treinamento específicas dentro da temática da sexualidade e sobre que fatores influenciam essa necessidade (crenças, atitudes, dados funcionais, dados demográficos).

A prática profissional e a literatura científica (Cesnik & Santos, 2012a; Olsson, Berglund, Larsson, & Athlin, 2012; Quinn, Happell, & Browne, 2011; Quinn, Happell, & Welch, 2013; Ressel & Gualda, 2002) indicam que existe, de modo geral, uma insegurança dos profissionais da área da saúde em lidar com questões de sexualidade, no ambiente hospitalar. Essa insegurança pode ser consequência da capacitação profissional insuficiente para lidar com questões de sexualidade do paciente, no contexto hospitalar, e indica que necessitam de aperfeiçoamento profissional na área. As instituições formadoras precisam se comprometer a capacitar o aluno nessa temática, assim como as instituições hospitalares devem comprometer-se na capacitação dos seus profissionais de saúde já formados (Brêtas, Ohara, & Querino, 2008; Yıldız & Dereli, 2012).

De acordo com estudos realizados no mundo todo (Astbury-Ward, 2011; Brás, Azeredo, Nobre, & Silva, 2009; Sehnem, Ressel, Junges, Silva, & Barreto, 2013), a oferta de conhecimentos em sexualidade humana nos currículos da área de enfermagem é insuficiente para atender às atuais necessidades variadas dos pacientes. A realização de ações educacionais sobre sexualidade contribui para a minimização de posturas indevidas e inadequadas quando se depara com tal assunto, quer no plano da educação sexual, quer na detecção de alterações ou de prevenção de eventuais problemas. Estudos internacionais que avaliaram profissionais de enfermagem, antes e depois de uma capacitação na área da sexualidade, relataram melhora significativa e duradoura de aspectos como conhecimento, atitude e conforto em lidar com questões de sexualidade do paciente, após o programa educacional realizado (Fronek, Booth, Kendall, Miller, & Geraghty, 2005; Fronek, Kendall, Booth, Eugarde, & Geraghty, 2011; Higgins et al., 2012; Post, Gianotten, Heijnen, Lambers, & Willems, 2008; Quinn et al., 2013).

A área de Treinamento, Desenvolvimento e Educação (TD&E) envolve o estudo de ações que visam a criar oportunidades de aprendizagem aos trabalhadores de uma organização, com o objetivo de obter melhorias no desempenho destes colaboradores

(Borges-Andrade, 2002). Essas ações se caracterizam como estratégias da instituição para a manutenção da qualidade do serviço oferecido através do investimento na qualificação de pessoal e no desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHAs) compatíveis com os objetivos organizacionais. Dessa forma, os programas de TD&E se constituem como ferramentas importantes para as organizações, de maneira que, quando bem planejados e executados, possibilitam a difusão e o estabelecimento de novas competências (Meneses, Zerbini, & Abbad, 2010).

Atualmente organizações realizam seus processos de capacitação por meio de catálogos prontos, não identificando as competências específicas que os funcionários precisam para realizar adequadamente seu trabalho. Por esta razão, o subsistema de Avaliação de Necessidades de Treinamento (ANT) torna-se tão importante para a área de TD&E, pois é a partir deste que os subsistemas subsequentes – Planejamento e Execução e Avaliação de Treinamento – se baseiam para oferecer um treinamento adequado e eficaz, poupando investimentos desnecessários para a organização e contribuindo para a melhora de desempenho dos funcionários (Iqbal & Khan, 2011; Meneses & Zerbini, 2009).

Embora muito importante, a área científica de ANT ainda apresenta literatura escassa, não existe um modelo de predição robusto sobre quais fatores influenciam na necessidade de treinamento de um indivíduo (Magalhães & Borges-Andrade, 2001; G.G. Silva & Meneses, 2012), e como esse fator atua nos resultados da organização. Deste modo, é de grande valor pesquisar quais fatores agem na necessidade de treinamento e, assim, contribuir na construção teórica e metodológica deste campo do conhecimento.

Diante do proposto, a ANT mostra-se como uma estratégia adequada para investigar o desempenho real dos profissionais de enfermagem, em relação à temática da sexualidade no contexto hospitalar. O levantamento dessas lacunas de competências e dos fatores que as influenciam pode contribuir para mapear problemas e soluções relacionadas à capacitação profissional destes trabalhadores. Estudos recomendam a preparação de programas de treinamento e capacitação para profissionais de enfermagem na área da sexualidade que contenham informações suficientes para cobrir esta lacuna de competência (Cesnik et al., 2013; Saunamäki, Andersson, & Engström, 2010; Yıldız & Dereli, 2012). Em função disso, torna-se importante avaliar detalhadamente a lacuna de competência e os fatores que influenciam nesta, de modo a obter um modelo mais abrangente sobre as necessidades de treinamento desses profissionais e possibilitar que os programas de treinamento oferecidos na área sejam ainda mais eficientes. Na próxima seção, serão apresentados a delimitação do problema e os objetivos da pesquisa, assim como a ilustração do modelo de investigação.

DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA, OBJETIVOS DE PESQUISA, MODELO DE INVESTIGAÇÃO E LIMITAÇÕES

Muitas pesquisas já foram realizadas na área de TD&E, assim como há um número razoável de estudos avaliando como profissionais de enfermagem se sentem perante situações que envolvem questões de sexualidade do paciente. Porém, como já discutido anteriormente, há escassez de investigações que verifiquem estabelecer quais variáveis podem influenciar o pouco domínio dos profissionais de enfermagem em competências relacionadas à sexualidade. Em função disso, propõem-se os seguintes problemas de pesquisa:

1. Quais competências relacionadas ao tema sexualidade são mais importantes na atuação do profissional de enfermagem?
2. Quais destas competências são as menos dominadas pelos profissionais?
3. Essas competências são padronizadas para toda a categoria da enfermagem ou apresentam variações em função da influência de outros fatores?
4. Quais são as possíveis razões que explicam a lacuna de competências relacionada ao tema sexualidade do paciente, na atuação do profissional de enfermagem?

Com a finalidade de responder às questões empíricas acima descritas, foram traçados os objetivos da pesquisa, apresentados a seguir.

Objetivo geral

Investigar a influência de variáveis de características da clientela (dados demográficos, funcionais, crenças e atitudes) nas necessidades de treinamento na área da sexualidade do profissional de enfermagem, em contexto hospitalar.

Objetivos específicos

- 1) Elaborar um instrumento de medida para aferição das necessidades de treinamento em relação a questões de sexualidade na atuação dos profissionais de enfermagem, no contexto hospitalar (NTES) (Estudo 1);
- 2) Adaptar para a língua portuguesa o instrumento *Sexuality Attitudes and Beliefs Survey* (SABS) para aferição de crenças e atitudes dos profissionais de enfermagem frente à sexualidade (Estudo 2);
- 3) Verificar evidências de validade empírica dos instrumentos acima descritos (Estudo 3);

- 4) Analisar as necessidades de treinamento do profissional de enfermagem em relação a questões de sexualidade em sua atuação, no contexto hospitalar (Estudo 3);
- 5) Analisar as crenças e atitudes dos profissionais de enfermagem frente à sexualidade (Estudo 3);
- 6) Analisar o relacionamento de todas as variáveis para testagem do modelo de investigação descrito no item 1.1.3 (Estudo 3).

Esta é uma pesquisa qualitativa e quantitativa, exploratória, descritiva, correlacional e inferencial. Para alcançar o objetivo geral, os objetivos específicos foram realizados em etapas, as quais foram separadas em três estudos. O agrupamento foi feito com base nas amostras que serão detalhadas na seção de metodologia dos capítulos 5, 6 e 7. Assim, foi realizada a seguinte divisão:

- Estudo 1: Construção dos itens do instrumento avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade (NTES) (capítulo 5);
- Estudo 2: Adaptação transcultural do instrumento *Sexuality Attitudes and Beliefs Survey* (SABS), nomeado como CAES para a versão brasileira (capítulo 6);
- Estudo 3: Verificação de evidências de validade dos instrumentos NTES e CAES, análises descritivas e testagem do modelo de investigação (capítulo 7).

Modelo de investigação

Com a finalidade de viabilizar a análise dos relacionamentos entre as variáveis, foi construído um modelo teórico de investigação, apresentado na Figura 1.

Figura 1. Modelo de investigação proposto

Variáveis estudadas

Dados demográficos

O componente “Características da clientela” se refere a fatores físicos e sociais além de estados comportamentais relativos aos participantes, anteriores à realização do programa educacional, que podem afetar seus resultados. O perfil sociodemográfico da clientela inclui dados sobre sexo, idade, escolaridade e condição socioeconômica. Estudos sugerem que variáveis sociodemográficas como idade, sexo e escolaridade apresentam influência nas necessidades de treinamento e na atitude frente à sexualidade (Chen & Hung, 2012; Gallagher, Cass, Black, & Norridge, 2012; Grason et al., 2012; Langer-Most & Langer, 2010; Saunamäki et al., 2010).

Dados funcionais

O perfil profissional e funcional do participante inclui dados como profissão, tempo de serviço, função, cargo e população atendida. Autores indicam que os dados funcionais como

tempo de trabalho na organização, tempo de profissão, cargo e posição hierárquica são importantes de serem considerados em um processo de avaliação de necessidades de treinamento, por apresentarem relevância estatisticamente significativa entre essas variáveis (Chen & Hung, 2012; Cunha, Mesquita, Rosado, Sousa, & Pereira, 2010; Magalhães & Borges-Andrade, 2001; G.G. Silva & Meneses, 2012).

Crenças e atitudes

Atitudes e crenças de profissionais de enfermagem relativas à sexualidade podem influenciar o modo como cuidam dos pacientes, tornando mais fácil ou mais difícil o contato com questões de sexualidade (Black, Matassarini-Jacobs, & Cosendey, 1996; Serrano, 2005). Segundo Krüger (1986, p. 32), as crenças são “proposições que, na sua formulação mais simples, afirmam ou negam uma relação entre dois aspectos concretos ou abstratos ou entre um objeto e um possível atributo deste”. Esse mesmo autor complementa que as crenças são organizadas em sistemas ou conjuntos estruturados logicamente, de modo que podem ativar motivações e condutas sociais, influenciando por essa via processos coletivos (Krüger, 1993).

Pode-se entender atitude como uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predispõe uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a este objeto, ficando evidente sua influência marcante na adoção de práticas (A. Rodrigues, Assmar, & Jablonski, 2009). Como indicam Diniz e Saldanha (2008), as atitudes constituem bons preditores de comportamentos, ajudam na formação de conceitos mais estáveis acerca da realidade e são a base de uma série de relações sociais.

Necessidades de treinamento

O processo de Avaliação das Necessidades de Treinamento pode ser descrito como uma tentativa sistematizada de identificar problemas de desempenho causados por lacunas de competências, cujas soluções são ações educacionais. Problemas relacionados a condições de trabalho e motivação não se constituem em necessidades de treinamento, de forma que precisam ser analisados para outras soluções (Meneses & Zerbini, 2009). Neste trabalho especificamente, refere-se à avaliação autorreferente de competências relacionadas à sexualidade, a partir das escalas de importância e domínio.

Nos capítulos seguintes, serão apresentados: revisão de literatura, passos metodológicos, resultados e discussões de cada um dos estudos realizados. As Figuras 2 e 3 esquematizam o desenvolvimento do texto.

Figura 2. Estrutura geral de desenvolvimento do texto parte 1

Figura 3. Estrutura geral de desenvolvimento do texto parte 2

CAPÍTULO 1.
SEXUALIDADE DO PACIENTE
NO CONTEXTO HOSPITALAR

CAPÍTULO 1. SEXUALIDADE DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR

OBJETIVO DO CAPÍTULO 1

Este capítulo visa a apresentar e discutir aspectos da sexualidade no contexto hospitalar, barreiras existentes de atuação profissional nesse campo e pesquisas recentes da área de TD&E na temática da sexualidade. Ao final, este capítulo apresentará conceitos relativos a crenças e atitudes de uma maneira geral, para aprofundar como esses conceitos se apresentam, quando relacionados à área da sexualidade e de atuação profissional no contexto hospitalar.

1.1. SEXUALIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR

Uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida que tem sido valorizada nos últimos anos como parte relevante do processo saúde-doença é a sexualidade (Wilmoth, 2007). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a atividade sexual de boa qualidade ou felicidade sexual é condição básica na promoção da saúde humana e é uma parte importante sobre a autoimagem, saúde, qualidade de vida e bem-estar geral (World Health Organization [WHO], 1986, 2001).

Sexualidade é um conceito abrangente e apresenta diversas definições. A OMS (WHO, 1975) fornece uma orientação para o estudo da sexualidade humana, embora não defina explicitamente este conceito. A sexualidade é parte integral da personalidade de cada um, é uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado dos outros aspectos da vida. Sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não do orgasmo. É a energia que motiva encontrar o amor, o contato e a intimidade e se expressa na forma de sentir, na forma de as pessoas tocarem e serem tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e tanto a saúde física como a mental. Se a saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada como um direito humano básico (WHO, 1975).

Sendo assim, questões de sexualidade são apresentadas como um dos aspectos de atuação profissional no contexto hospitalar, como forma de oferecer um cuidado integral ao paciente. A atenção integral de um paciente no hospital seria o esforço de uma abordagem completa, holística, de usuário dos serviços de saúde. Tal conceito orienta políticas e ações que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à saúde, considerando a

complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas variadas dimensões do ser humano: biológica, psicológica, cultural e social (Cecílio & Merhy, 2003; K.L. Silva & Sena, 2008). Desse modo, o cuidado integral, ou holístico, é exposto como uma filosofia primária subjacente à prática de enfermagem, e este tipo de cuidado requer que os profissionais de saúde incluam questões de saúde sexual como parte da sua prática de atendimento profissional diário (McRae, 2012; Wright & Pugnaire-Gros, 2010).

Dessa maneira, cabe aos profissionais de saúde orientar sobre as questões que os pacientes enfrentam em relação ao tema da sexualidade, nos variados atendimentos. Entretanto, existem barreiras para a implementação de intervenções que abordem a sexualidade no contexto hospitalar (Junqueira, Vieira, Giami, & Santos, 2013; Moore, Higgins, & Sharek, 2013; Vieira, Ford, Santos, Junqueira, & Giami, 2013). Segundo Barton-Burke e Gustason (2007) e essas barreiras decorrem de pressupostos implícitos e explícitos sobre sexualidade, tanto por parte do paciente quanto do profissional que o assiste. O que ocorre, na prática, é que o tema da sexualidade torna-se marginalizado na assistência e parece não ser reconhecido pelos profissionais de saúde como problema relevante para ser abordado no processo de cuidado. Pode-se ressaltar que, embora esteja presente em muitos contextos na área da saúde, o tema da sexualidade é, ainda, mantido de maneira silenciosa, encoberta ou na invisibilidade (Ressel & Gualda, 2002). Esta invisibilidade e o ocultamento desse tema na formação e na atuação dos profissionais de saúde em geral ainda são observados, e mostra-se a importância de serem investidos estudos nessa temática.

Pesquisas argumentam que os assuntos relacionados à sexualidade parecem não poder ser iniciados pelo profissional, o que sinaliza a este cliente que ele também não pode levantar o tema em questão. Isso produz uma lacuna na assistência, o que torna difícil a verbalização do problema, dificultando o cuidado integral ao paciente e tornando este um problema de saúde coletiva no Brasil (Barton-Burke & Gustason, 2007; Cesnik & Santos, 2012b; Gozzo, Fustinoni, Barbieri, Roehr, & Freitas, 2000; Talhaferro, Lemos, & Oliveira, 2007). A prática profissional e a literatura científica (Cesnik & Santos, 2012a; L.H.R. Costa & Coelho, 2013; Gir, Nogueira, & Pelá, 2000; Ressel & Gualda, 2002; Santos & Campos, 2008) indicam que existe, de modo geral, uma insegurança dos profissionais da área da saúde em lidar com questões de sexualidade, no ambiente hospitalar.

Na área da saúde mental, os enfermeiros participantes do estudo realizado por Quinn (2011) relatam não ter conhecimento suficiente, apresentarem atitudes conservadoras e ansiedade, ao discutirem questões de sexualidade com os pacientes. De acordo com Olsson et al. (2012), os enfermeiros entrevistados em sua pesquisa mencionaram que deveriam falar

sobre sexualidade com os pacientes, porém, foram impedidos pela falta de competência bem como pelas condições no ambiente de trabalho. Essa insegurança é consequência tanto da capacitação profissional insuficiente para lidar com questões de sexualidade do paciente no contexto hospitalar, o que indica a necessidade de aperfeiçoamento profissional na área, quanto das condições do ambiente hospitalar (Cesnik & Santos, 2012a; Quinn et al., 2011, 2013).

A enfermagem é a profissão que mais mantém contato com o paciente durante sua permanência no hospital, sendo esta a que mais expõe, toca e manuseia o corpo, ao realizar a assistência. Isso faz com que este profissional seja mais exposto a situações que envolvem questões de sexualidade do paciente do que os outros profissionais de saúde (Brêtas, Lima, & Yamaguti, 2006; Waldow, 2001). De acordo com Kaplan e Pacelli (2011), os enfermeiros são os profissionais de saúde ideais para avaliar o estado de saúde sexual de seus pacientes e para intervir e abordar com sensibilidade questões de sexualidade. Conforme o Ministério da Educação (2001a, 2001b), os enfermeiros têm uma formação generalista e desta forma devem atuar nas diversas áreas: preventivas, curativas, na educação e promoção de saúde.

Autores do mundo todo (Astbury-Ward, 2011; Brás et al., 2009; Gir et al., 2000; Santos & Campos, 2008; Sehnem et al., 2013) têm apontado que essa temática tem sido negligenciada desde a formação dos enfermeiros, o que contribui para a manutenção desta lacuna de competência apontada anteriormente. Desse modo, a obtenção de conhecimentos sobre essa temática pode contribuir para a minimização de posturas indevidas e inadequadas, quando se depara com tal assunto.

Diante do proposto, ações de TD&E desenvolvidas na área da sexualidade mostram-se como uma estratégia adequada para investigar o desempenho real dos profissionais de enfermagem em relação à temática da sexualidade no contexto hospitalar. Desse modo, realizou-se um levantamento bibliográfico sobre pesquisas dos sistemas de TD&E na área da sexualidade, para mapear o contexto atual de pesquisa. Na próxima seção, serão apresentados os resultados do levantamento bibliográfico.

1.2. PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE TD&E EM SEXUALIDADE

1.2.1. Análise das pesquisas de TD&E em sexualidade

Com o objetivo de atualizar o campo de pesquisa nacional e internacional sobre ações de TD&E em sexualidade, foi realizada uma revisão sistemática de artigos sobre o tema entre

2003 e 2013. O texto a seguir faz um panorama geral sobre as propostas dos principais estudos levantados, dando destaque à metodologia utilizada e aos resultados alcançados. O procedimento metodológico do levantamento bibliográfico pode ser visto no artigo de Cesnik e Zerbini (2017). Os textos selecionados para esta análise encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1

Estudos selecionados para a análise da literatura de TD&E em sexualidade

Autores	Ano	Título
Booth, Kendall, Fronek, Miller e Geraghty	2003	Training the interdisciplinary team in sexuality rehabilitation following spinal cord injury: A needs assessment
Kendall, Booth, Fronek, Miller e Geraghty	2003	The development of a scale to assess the training needs of professionals in providing sexuality rehabilitation following spinal cord injury
Fronek et al.	2005	The effectiveness of a sexuality training program for the interdisciplinary spinal cord injury rehabilitation team
Simpson, Anwar, Wilson e Bertapelle	2006	Improving the Rehabilitative Management of Client Sexual Health Concerns after Neurological Disability: Evaluation of a Staff Sexuality Training Programme in New Zealand
Oezdemir e Akdemir	2008	Nurses' knowledge and practice involving patients' resuming sexual activity following myocardial infraction: implications for training
Post et al.	2008	Sexological competence of different rehabilitation disciplines and effects of a discipline-specific sexological training
Brás et al.	2009	Formação sobre sexualidade dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários: estudo de fatores a ela associados
Kong, Wu e Loke	2009	Nursing students' knowledge, attitude and readiness to work for clients with sexual health concerns
Alencar, Ciosak e Bueno	2010	Formação do acadêmico enfermeiro: necessidade da inserção curricular da disciplina de sexualidade humana
Kazukauskas e Lam	2010	Disability and sexuality: knowledge, attitudes, and level of comfort among certified rehabilitation counselors
Langer-Most e Langer	2010	Aging and sexuality: how much do gynecologists know and care?
Astbury-Ward	2011	A questionnaire survey of the provision of training in human sexuality in schools of nursing in the UK
Fronek et al.	2011	A Longitudinal Study of Sexuality Training for the Interdisciplinary Rehabilitation Team
Barrett et al.	2012	Sexual health curriculum and training in Canadian medical schools: A study of family medicine, obstetrics and gynaecology and undergraduate medicine programs in 2011 with comparisons to 1996
Quinn e Happell	2012	Getting BETTER: Breaking the ice and warming to the inclusion of sexuality in mental health nursing care
Higgins et al.	2012	Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people who have an acquired physical disability
Bauer, McAuliffe, Nay e Chenco	2013	Sexuality in Older Adults: Effect of an Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff
Quinn et al.	2013	Talking about sex as part of our role: Making and sustaining practice change
Sehnem et al.	2013	A sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro
Sung e Lin	2013	Effectiveness of the sexual healthcare education in nursing students' knowledge, attitude, and self-efficacy on sexual healthcare
Tsai, Huang, Liao, Tseng e Lai	2013	Assessing student nurses' learning needs for addressing patients' sexual health concerns in Taiwan

No que concerne ao ano de publicação, observou-se, de um modo geral, um aumento de publicações sobre a temática estudada, conforme pode ser observado na Figura 4. Os anos de 2010 e 2012 apresentaram três artigos, correspondendo a 16% da amostra cada ano. Já no ano de 2013, foram publicados cinco artigos nessa temática, representando 26% da amostra.

Figura 4. Quantidade de publicações ao longo dos anos

Os artigos da amostra foram publicados em 15 periódicos, de modo que cinco artigos pertencem à revista *Sexuality and Disability*, dois ao periódico *Nurse Education Today*, dois ao periódico *International Journal of Mental Health Nursing* e os demais pertencem a revistas distintas. Pode-se observar que o periódico científico destacado é dedicado aos aspectos psicológicos e médicos da sexualidade na reabilitação. Vale ressaltar que a repetição das revistas publicadas acompanham os países: dentre os cinco artigos mencionados da *Sexuality and Disability*, quatro são da Austrália. No caso da *Nurse Education Today*, ambos artigos são de Taiwan e na revista *International Journal of Mental Health Nursing* são dois artigos também da Austrália.

No contexto atual de internacionalização no campo de pesquisa, é importante apontar países de destaque em pesquisas da área, a fim de facilitar o intercâmbio internacional. Quanto ao país de origem de realização da pesquisa, há destaque à Austrália, com sete artigos, o que representa 37% da amostra desta revisão. Quatro desses artigos são de um mesmo grupo de pesquisadores, e dois de outro grupo, o que indica grupos de pesquisa nesta temática específica. Os países que aparecem em segundo lugar são Estados Unidos, Brasil e Taiwan, com dois artigos cada.

Em relação à população estudada, a equipe multidisciplinar foi o foco na maioria dos artigos (7), como mostra a Figura 5. Isso indica uma tendência a buscar competências comuns à equipe, como um todo, e pode sugerir uma distribuição da responsabilidade de atuar nesta temática para todos os profissionais envolvidos no cuidado e não apenas em uma ou outra categoria profissional. Por outro lado, pode-se notar uma maioria de participantes da categoria enfermagem, visto que esta profissão está englobada na equipe multidisciplinar e aparece também como foco de outros estudos com alunos de graduação e profissionais formados em enfermagem. Isso corrobora os estudos que indicam que o profissional de enfermagem é aquele que mais contato tem com o paciente e por isso acaba sendo mais exposto a questões de sexualidade, durante sua rotina de trabalho (Brêtas et al., 2006; Kaplan & Pacelli, 2011; Waldow, 2001). Vale ressaltar que alunos de graduação em enfermagem são uma população adequada para estudos que envolvem avaliação dos conteúdos ministrados nas disciplinas e do conhecimento que têm sobre determinado assunto, porém, em relação à percepção de necessidade de treinamento, deve-se utilizar essa população com cautela, pois ainda não apresentam uma prática profissional rotineira para identificarem com precisão essas lacunas. Nesse caso, a melhor população seria formada por profissionais com ao menos um ano de experiência, após a formação básica.

Figura 5. População estudada nos artigos selecionados de TD&E em sexualidade

A metodologia quantitativa foi amplamente utilizada isoladamente (14) ou em combinação com métodos qualitativos (3). Apenas quatro estudos utilizaram somente a abordagem qualitativa para realizar sua pesquisa, os dois estudos brasileiros (Alencar et al., 2010; Sehnem et al., 2013) e dois estudos australianos (Quinn & Happell, 2012; Quinn et al.,

2013). Dessa forma, é necessário cada vez mais buscar uma integração das abordagens, de modo a estudar o fenômeno por diversos pontos de vista diferentes. Assim, seria indicado que mais estudos na abordagem qualitativa sejam realizados no exterior e mais estudos quantitativos neste campo sejam realizados no Brasil.

Os passos metodológicos utilizados nesses estudos foram variados, como pode ser observado na Figura 6. A estratégia mais adotada dentre os artigos selecionados foi a entrega de questionários impressos em envelopes não identificados para serem devolvidos após o preenchimento (11), representando 52% da amostra. De modo geral, o índice de retorno destes questionários foi positivo, e os autores dos estudos não relataram dificuldade na composição de sua amostra. Outros procedimentos utilizados em mais de um artigo foram: entrevistas individuais presenciais (4) e grupo focal (3). É importante pontuar os procedimentos de coleta de dados mais utilizados para que futuras pesquisas possam considerar estas estratégias metodológicas como alternativas possíveis.

Figura 6. Procedimentos de coleta de dados dos estudos selecionados

Um fator importante de ser pontuado é que tipo de instrumento de medida está sendo utilizado nas pesquisas de TD&E, na área da sexualidade. Como mostra a Tabela 2, dentre os artigos selecionados, 12 utilizaram escalas que demonstraram evidências de validade com índices psicométricos definidos, e os outros nove utilizaram questionários feitos exclusivamente para aquela pesquisa. Dentre as escalas utilizadas, a KCAASS (*Knowledge, Comfort, Approach and Attitudes towards Sexuality Scale*) foi a mais amplamente difundida, estando presente em sete dos 12 artigos citados. Um dos estudos se refere à construção desta escala, e os demais a utilizaram na versão original (4) ou adaptada (2). Essa escala avalia

conhecimentos, nível de conforto, tipo de abordagem e atitudes frente à sexualidade e foi construída para equipe multidisciplinar da área específica de reabilitação.

Discussões sobre a abrangência de cada uma dessas escalas e a necessidade de criação de novas escalas se fazem necessárias. Pode-se notar que cada um dos instrumentos mencionados apresenta um referencial como base em sua construção e uma população específica. O KCAASS (Kendall et al., 2003) foi desenvolvido a partir da literatura científica com foco em questões de pacientes em reabilitação por traumatismo da medula espinhal, enquanto o ASKAS (White, 1982) tem foco em questões de sexualidade de pacientes idosos, independentemente do problema de saúde que tenha. Vale refletir se os itens construídos para esses instrumentos podem ser generalizados para outras populações ou se deverão ser utilizados apenas para a finalidade específica para a qual foi construído.

Em contrapartida, instrumentos muito gerais podem ocasionar outros tipos de reflexões, como é o caso da escala “The Sex Attitude Scale” (Hudson, Murphy, & Nurius, 1983) que não busca atitudes do ambiente profissional na área da saúde e sim atitudes frente à sexualidade como um todo, englobando questões do dia a dia. Um exemplo de item desta escala é “*There is too much sex on television*”. Usar esta escala para avaliar as atitudes profissionais frente à sexualidade pode não corresponder com a realidade, no contexto de trabalho, pois pode ser que no contexto global e rotineiro haja um tipo de atitude enquanto no contexto de trabalho haja outro. Será que os profissionais que apresentam uma atitude mais liberal, segundo esta escala, atuam profissionalmente de maneira adequada com as questões de sexualidade dos pacientes? Uma alternativa de Simpson et al. (2006) foi integrar o uso deste instrumento com outro (RSI) como forma de trazer alguns aspectos para a atividade clínica profissional.

A escala LNAPSHC (Tsai et al., 2013) apresenta a aferição das necessidades de treinamento por meio de áreas do conhecimento. Será que este tipo de avaliação consegue atingir competências mais específicas e importantes para a rotina de trabalho desses profissionais? Ferreira, Abbad, Pagotto e Meneses (2009) argumentam que, muitas vezes, o diagnóstico de necessidades de treinamento focado nas lacunas que os indivíduos apresentam é pouco específico, de modo que o investimento em ações de TD&E pode estar sendo desperdiçado devido à falta de conhecimento de quais competências específicas trarão melhores resultados organizacionais e mais alinhados com a estratégia política presente. A pesquisa realizada por Abbad e Mourão (2012) relata que avaliações de necessidades de treinamento por meio de listas de temas ainda parece ser uma forma muito utilizada pelas organizações e pesquisadores. Esse tipo de avaliação de necessidades de treinamento pode ser

adequado para um levantamento geral inicial e precedido por uma avaliação mais específica, como o descrito nos estudos realizados por Happell, Platania-Phung e Scott (2013) e Happell, Scott, Nankivell e Platania-Phung (2013).

Vale ressaltar que nenhuma escala para avaliação de necessidades de treinamento em sexualidade foi encontrada para a população brasileira. Seria importante a adaptação transcultural de uma dessas escalas para contribuir com os estudos nacionais ou, ainda, a construção de um instrumento que leve esses achados em consideração.

Tabela 2
Aspectos metodológicos dos estudos de TD&E em sexualidade

Autores e ano	Objetivo	População	Instrumentos de medida	Coleta de dados	Análise de dados
Booth et al. (2003)	Avaliar as necessidades de treinamento como a fase inicial de um estudo mais amplo de investigar e avaliar um modelo orientado para o consumidor da educação profissional em questões de sexualidade na lesão da medula espinhal.	75 membros da equipe multidisciplinar de um serviço de lesão medular.	KCAASS (Knowledge, Comfort, Approach and Attitudes towards Sexuality Scale).	Todos os participantes foram contatados individualmente por um dos pesquisadores para dar informações, tirar dúvidas, pegar o TCLE e distribuir o questionário. O questionário foi entregue a todos os participantes que devolveram respondido em um envelope lacrado.	As estatísticas descritivas são usadas para destacar os resultados no KCAASS.
Kendall et al. (2003)	Construir uma escala de avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de reabilitação na área da sexualidade, usando o modelo de conhecimentos, atitudes e conforto.	90 profissionais da equipe multidisciplinar de um serviço de lesão medular.	KCAASS (Knowledge, Comfort, Approach and Attitudes towards Sexuality Scale) (construção).	O questionário foi administrado a todos os participantes pelos pesquisadores. Todos os participantes foram contatados individualmente por um dos pesquisadores para dar informações, tirar dúvidas, pegar o TCLE e distribuir o questionário impresso.	A análise dos dados foi realizada para estabelecer as propriedades psicométricas iniciais da escala. Foi realizada análise de fatores principais componentes com rotação varimax. Foram realizadas análise de itens e análise de confiabilidade para determinar o item estrutura ideal para a escala.
Fronek et al. (2005)	Avaliar um programa de treinamento em sexualidade voltado ao consumidor para melhorar o conhecimento pessoal, conforto (geral e pessoal) e atitudes da equipe de reabilitação multidisciplinar.	63 membros da equipe multidisciplinar de um serviço de lesão medular.	KCAASS (Knowledge, Comfort, Approach and Attitudes towards Sexuality Scale).	Uma série de Workshop de treinamento de um dia foram entregues ao grupo de tratamento e, na conclusão do estudo para o grupo controle. A escala KCAASS foi administrada pelos investigadores principais em três pontos de ensaio, imediatamente pré e pós-formação e aos 3 meses pós-treino para ambos os grupos de tratamento e de controle.	Estatísticas descritivas foram usadas para ilustrar tendência central e de variabilidade em cada uma das subescalas do KCAASS. Comparações entre grupos por testes de Mann-Whitney U e teste de Friedman. Comparações <i>post hoc</i> por teste de Wilcoxon Signed.

Continua

Tabela 2. Continuação.

Autores e ano	Objetivo	População	Instrumentos de medida	Coleta de dados	Análise de dados
Simpson et al. (2006)	Avaliar a eficácia de um programa educacional em sexualidade para melhorar a gestão de reabilitação de preocupações de saúde sexual do cliente depois de incapacidade neurológica.	99 profissionais da equipe multidisciplinar que trabalham com reabilitação e deficiência.	"The Sex Attitude Scale", RSI (Roles Skills Intervention), Questionário para avaliar conhecimento sobre sexualidade, medida de grau de conforto pessoal.	Foi utilizado um delineamento de pós-teste de pré-teste. As medições foram (1) no início da formação, (2) no final da formação, e (3) a 6 meses após o fim da formação.	Estatística descritiva, teste de Mann Whitney U, teste de Friedman, teste de Wilcoxon, IQR.
Oezdemir e Akdemir (2008)	Determinar o nível de conhecimento dos enfermeiros cardiologistas em relação aos estilo de vida sexual e outros ajustes exigidos de seus pacientes, após infarto do miocárdio.	108 enfermeiros cardiologistas que trabalham em clínicas cardiologistas e ambulatorios de hospitais universitários.	Questionário contendo dados demográficos, Conhecimentos frente à sexualidade, Responsabilidade de enfermeiros para a prestação de Educação Sexual.	Entrevista individual presencial. A fim de evitar interação entre os enfermeiros, durante a coleta de dados, cada enfermeiro foi entrevistado individualmente na sala de enfermeiros.	Teste de Pearson Chi-Square, Índice de teste Chi-Square Probabilidade e teste do qui-quadrado exato de Fisher. Teste U de Mann-Whitney.
Post et al. (2008)	Avaliar um treinamento em sexualidade oferecido na Holanda.	283 profissionais da equipe multidisciplinar de dois centros de reabilitação.	Questionário com questões de conhecimento em sexualidade no contexto da reabilitação, Versão holandesa KCAASS, Características da clientela.	Pré e pós-teste. As medições foram (1) no início da formação, (2) no final da formação, e (3) a 3-4 meses após o fim da formação. Os participantes foram convidados a preencher os questionários e para devolvê-los em envelopes fechados.	Testes t e ANOVA one-way emparelhado, Ajuste de Bonferroni para testes de múltipla escolha.
Brás et al. (2009)	Avaliar os fatores que interferiram na formação sobre sexualidade dos enfermeiros portugueses de cuidados de saúde primários.	1.735 enfermeiros que exercem atividade profissional em 226 centros de saúde.	Questionário com dados da clientela, conhecimentos sobre adolescência, relação do profissional com adolescentes e conhecimentos em sexualidade.	Foram enviados questionários impressos para que fossem retornados após preenchimento.	Teste qui quadrado, análise da regressão logística e análise de correspondências múltiplas.

Continua

Tabela 2. Continuação.

Autores e ano	Objetivo	População	Instrumentos de medida	Coleta de dados	Análise de dados
Kong et al. (2009)	Investigar conhecimentos, habilidades, atitudes e disponibilidade para trabalhar com preocupações de saúde sexual dos clientes e identificar estratégias para ajudar os alunos a desenvolver essas habilidades.	377 alunos de enfermagem (288 de graduação e 89 alunos de post experience).	Questionário contendo dados demográficos, Conhecimentos e Atitudes frente à sexualidade, Estratégias de aprendizagem em sexualidade sugeridas.	Assistente de pesquisa explicou o objetivo do estudo para os alunos, antes da distribuição dos questionários autoadministrados. O questionário levou 20 minutos para ser concluído, e os alunos poderiam devolvê-lo a uma caixa de coleta designado na escola.	Dados qualitativos: análise de conteúdo temática. Dados quantitativos: estatística descritiva nos itens sobre conhecimentos, atitudes e autopercepção de prontidão para trabalhar para os clientes com preocupações de saúde sexual. ANOVA e Qui-quadrado.
Alencar et al. (2010)	Investigou-se que a falta da disciplina sexualidade humana proporciona na formação do enfermeiro e realizou-se um levantamento da inserção do ensino da sexualidade nos cursos de graduação em enfermagem de ensino público do Estado de São Paulo.	59 alunos de graduação em enfermagem de faculdade pública.	Questionário contendo dados de comportamento sexual e a vivência do aluno com o tema, opinião sobre o papel da graduação em relação ao aprendizado do tema sexualidade.	Aplicação do questionário e posterior elaboração de plano didático-pedagógico para o desenvolvimento de oficina pedagógica. Análise documental dos sites dos cursos de enfermagem pertencentes a faculdades e universidades públicas do Estado de São Paulo, sobre os currículos escolares em relação ao conteúdo de sexualidade humana.	Questões abertas: análise de conteúdo para identificar temas geradores e compor categorias. Questões fechadas: porcentagem simples.
Kazukauskas e Lam (2010)	Determinar o efeito dos conhecimentos e atitudes no nível de conforto em abordar questões de sexualidade dos pacientes.	199 conselheiros de reabilitação certificados.	KCAASS + dados demográficos + frequência com que as questões da sexualidade surgem durante a prática, e a quantidade de treinamento em reabilitação e sexualidade tinham recebido.	Questionário impresso enviado para ser retornado após o preenchimento. Como incentivo, os 50 primeiros participantes a retornarem a pesquisa receberiam 10 dólares em cartão de celular e todos os indivíduos que retornassem a pesquisa foram incluídos em um sorteio de um ou dois cartões de 150 dólares.	Análise de regressão múltipla, análise fatorial dos componentes principais.
Langer-Most e Langer (2010)	Determinar conhecimentos e atitudes de ginecologistas em relação à sexualidade de mulheres mais velhas.	141 médicos de 5 centros hospitalares.	ASKAS (Aging Sexual Attitude and Knowledge Scale)	Não fala de procedimentos de coleta de dados. Apenas refere o uso do ASKAS.	Os dados foram analisados por ANOVA e teste t de Student. Dados ordinais foram analisados usando qui-quadrado e análise de regressão múltipla.

Continua

Tabela 2. Continuação.

Autores e ano	Objetivo	População	Instrumentos de medida	Coleta de dados	Análise de dados
Astbury-Ward (2011)	Obter informações sobre o fornecimento de treinamento em sexualidade humana em escolas de enfermagem.	Responsáveis pelos 41 programas educacionais (formação em enfermagem com registro profissional junto ao Conselho de Enfermagem e Obstetria).	Questionário contendo dados sobre a formação que recebeu sobre sexualidade.	Antes de enviar o questionário para a amostra-alvo, o questionário foi o objeto de uma discussão de grupos de foco. Uma carta explicando o objetivo da pesquisa, o questionário de 20 itens e um envelope selado e endereçado para retorno foram enviados para os reitores das 68 escolas de enfermagem.	Os dados foram interpretados a partir de uma perspectiva fenomenológica, analisando tendências, semelhanças e diferenças na resposta, agrupamentos, padrões e quaisquer itens de interesse particular ou significado que pode ter contribuído para apoiar ou refutar as hipóteses.
Fronek et al. (2011)	Investigar se as mudanças no grupo experimental originais observado há 3 meses de follow-up do treinamento oferecido foram mantidas no longo prazo. Determinar se o grupo de controle que recebeu treinamento depois de 3 meses de follow-up experimentou melhorias semelhantes no conhecimento, conforto e atitudes para com aqueles previamente identificados no grupo experimental.	37 profissionais da equipe multidisciplinar de um serviço de lesão medular.	KCAASS (Knowledge, Comfort, Approach and Attitudes towards Sexuality Scale).	Grupo focal foi realizado antes da administração dos KCAASS (incluindo questões abertas). Para o grupo focal, os participantes foram apresentados com um resumo das conclusões originais e, em seguida, foram convidados a comentar sobre os benefícios e desafios da formação. O KCAASS foi administrado a cerca de 4 meses mais tarde.	Qualitativa: Abordagem pragmática para a análise temática. Quantitativa: Estatística descritiva, teste de Mann-Whitney U, teste de Friedman, teste de Wilcoxon.
Barrett et al. (2012)	Avaliar o nível de ênfase colocado em 18 temas de saúde sexual dentro da medicina familiar, obstetria e ginecologia, e programas de medicina de graduação nas escolas médicas canadenses.	Responsáveis pelos 41 programas educacionais (Programas de residência em medicina).	Questionário contendo questões sobre a ênfase dos currículos dos programas em 18 áreas de educação de saúde sexual e aconselhamento.	Primeiro e-mail: carta de apresentação dos objetivos do estudo e aviso que o questionário seguiria em poucos dias. O e-mail do questionário incluía carta que repetiu as explicações anteriores e sugestões de preenchimento do questionário.	Estatística descritiva.

Continua

Tabela 2. Continuação.

Autores e ano	Objetivo	População	Instrumentos de medida	Coleta de dados	Análise de dados
Higgins et al. (2012)	Avaliar a eficácia de um programa de educação sexual interdisciplinar de um dia para profissionais que trabalham com pessoas com deficiência física adquirida.	29 profissionais da equipe multidisciplinar de um hospital.	Knowledge, Comfort, Approach and Attitudes Sexuality Scale (KCAASS) + Formulário para entrevista semiestruturada.	Cartaz informativo sobre o curso foi colocado em posições estratégicas do hospital. Foram enviados carta e folheto informativo com opção para participar do projeto. Aos que manifestaram interesse foram enviados questionário pré-teste uma semana antes do curso, para devolvê-lo preenchido no envelope fornecido. Imediatamente após a conclusão do curso, os participantes receberam o questionário pós-teste.	Dados do questionário foram analisados por meio de estatística descritiva e teste t de testes de amostras para avaliar os efeitos do programa sobre o conhecimento, habilidades e conforto. Foi feito o teste de validade do instrumento KCAASS. Os dados das entrevistas foram analisados tematicamente, com particular ênfase nas opiniões dos participantes sobre a aplicação do curso na prática.
Quinn e Happell (2012)	Explorar as experiências de enfermeiros na utilização do modelo BETTER no trabalho com pessoas com diagnóstico de uma doença mental.	14 enfermeiros de um serviço de saúde mental.	Questionário semiestruturado sobre opiniões, experiências e frequência sobre discutir questões de sexualidade com pacientes.	Entrevista individual em profundidade seguida de treinamento focado em questões de sexualidade comuns na área de saúde mental e discussão do modelo BETTER. O treinamento levou cerca de 40 minutos. Uma entrevista em profundidade após 4 semanas foi conduzida para explorar a sua experiência de utilização do modelo.	A abordagem de cinco passos Ritchie e Spencer (1994): familiarização, a identificação de uma estrutura temática, indexação, gráficos e mapeamento e interpretação.
Bauer et al. (2013)	Avaliar um programa de educação realizada com enfermeiros de cuidados a idosos residenciais para melhorar os seus conhecimentos sobre e atitudes em relação à sexualidade das pessoas mais velhas neste contexto.	112 profissionais de enfermagem (enfermeiros 26%; auxiliares de enfermagem 74%) de dois serviços de saúde.	Ageing Sexuality Knowledge and Attitudes Scale (ASKAS) e Staff Attitudes about Intimacy and Dementia (SAID).	Questionário pré e pós-teste entre um <i>workshop</i> de três horas.	Qui-quadrado, teste t, testes não paramétricos.

Continua

Tabela 2. Conclusão.

Autores e ano	Objetivo	População	Instrumentos de medida	Coleta de dados	Análise de dados
Quinn et al. (2013)	Analisar se os participantes continuaram a incluir questões de sexualidade como parte de sua prática após 2 anos da capacitação no modelo BETTER.	10 enfermeiros de um serviço de saúde mental.	Questionário sobre incluir questões de sexualidade no atendimento aos pacientes, mudança na abordagem dessas questões e razões para continuar a incluir a sexualidade, quando relevante.	Entrevista individual em profundidade.	Entrevistas gravadas e transcritas na íntegra. Abordagem de cinco passos Ritchie e Spencer (1994): familiarização, a identificação de uma estrutura temática, indexação, gráficos e mapeamento e interpretação.
Sehnm et al. (2013)	Analisar como se dá a construção da sexualidade na formação acadêmica de estudantes de enfermagem.	14 alunos de graduação em enfermagem de uma universidade pública.	Como questões relativas à sexualidade eram conduzidas nas aulas teóricas e práticas do curso de Enfermagem.	Dados fundamentados- na técnica do grupo focal. Desenvolveram-se três encontros com grupos focais, nos quais participaram os sujeitos do estudo, um moderador e um observador. Cada encontro teve duração de duas horas.	Análise de conteúdo temática
Sung e Lin (2013)	Avaliar a efetividade de uma ação educacional em sexualidade no conhecimento, atitude e autoeficácia de estudantes de enfermagem relacionado a questões de sexualidade na saúde.	Estudantes do último ano da graduação em enfermagem.	Knowledge of Sexual Healthcare (KSH), Attitude to Sexual Healthcare (ASH), Self-Efficacy for Sexual Healthcare (SESH).	Pré e pós-teste. O grupo experimental (95 indivíduos), recebeu o programa de 12 semanas, mas o grupo de controle (95 indivíduos) não o fez. O modelo linear hierárquico (HLM) foi usado para analisar as mudanças longitudinais.	Qui-quadrado, Modelos lineares hierárquicos (HLM). Todos os testes de hipóteses foram realizados ao nível de significância de 5%.
Tsai et al. (2013)	Determinar as necessidades de treinamento de enfermeiros relativas à resposta às preocupações de saúde sexual dos pacientes a reunir informações para o desenvolvimento curricular em educação de saúde sexual.	140 estudantes do último ano da graduação em enfermagem.	"Learning Needs for Addressing Patients' Sexual Health Concerns" (LNAPSHC) + dados demográficos + perguntas sobre atitudes frente à sexualidade.	Foram enviados questionários impressos aos estudantes e foi pedido que todos o retornassem. A possibilidade de coerção foi minimizada não tendo nenhum professor na sala de aula, enquanto os alunos respondessem aos questionários.	Análise fatorial exploratória para medir a validade do construto e alfa de Cronbach para medir a consistência interna. Nas variáveis categóricas são realizadas estatísticas descritivas. Modelos lineares uni e multivariados foram utilizados.

Dentre os 21 estudos, cinco avaliaram cursos de formação profissional na área da saúde, prevalecendo pesquisas relacionadas à análise de graduação em enfermagem. No estudo realizado por Brás et al. (2009) com 1.735 enfermeiros de Portugal, a maioria dos enfermeiros (67,3%) referiu que sua formação não lhe proporcionou qualificação suficiente sobre sexualidade. A formação sobre sexualidade na graduação é maior para os grupos etários de enfermeiros de 22 a 30 anos (45,2%), para pessoas com 1 a 7 anos de exercício profissional (46,1%), para solteiros (47,6%), oriundos de escolas privadas (40,5%), independentemente do gênero. Isso indica que Universidades particulares incluíram recentemente em seus currículos disciplinas relacionadas à sexualidade, de modo que os profissionais mais jovens e com menor tempo de profissão têm maior acesso a esse tipo de formação que os mais velhos e com mais tempo de experiência (Brás et al., 2009).

No mesmo sentido, Astbury-Ward (2011) verificou que a oferta de formação em sexualidade humana nos currículos de enfermagem é insuficiente para atender às atuais necessidades variadas dos pacientes. Os programas educacionais avaliados têm, em média, apenas 6,8 horas de um total de 2.300 horas de aprendizagem teórica dedicada a ensinar sexualidade humana. Sobre essa questão, Sehnem et al. (2013) referem que no que tange à formação acadêmica do enfermeiro em relação à sexualidade, esse assunto tem sido tratado a partir de um caráter de eventualidade e informalidade e abordado sob um enfoque de neutralidade, proibições e assexualização.

Segundo Barrett et al. (2012), as temáticas mais ministradas dentre os temas de saúde sexual em programas de medicina de graduação: informações e habilidades para a contracepção (97,6%), informações e habilidades para a prevenção de DSTs (75,6%), violência sexual/agressão (73,2%) e disfunção sexual do sexo feminino (73,2%). Os tópicos menos propensos a receber ênfase foram: sexualidade infantil (17,1%), sexualidade e deficiência (22,0%), sexualidade e envelhecimento no sexo masculino (24,4%) e as diferenças sociais e culturais nas crenças e costumes sexuais (26,8 %).

Os achados de Alencar et al. (2010) com alunos de graduação do primeiro e último anos merecem algumas reflexões. Apesar de 88,1% de os alunos de ambos os anos relatarem ter obtido conhecimento suficiente sobre DST antes de ingressarem na faculdade e 50% acharem que o conteúdo sobre sexualidade e DST ministrado pela faculdade ser satisfatório, foi evidenciado na oficina o despreparo dos alunos diante de situações que abordavam a sexualidade. Assim, deve-se discutir sobre a importância da ANT ocorrer de forma mais eficaz, a fim de encontrar essas lacunas e não apenas buscar áreas e temas gerais através do relato desses profissionais, o que corrobora as indicações da literatura de TD&E (Iqbal &

Khan, 2011; Meneses & Zerbini, 2009) que sugere que a principal fase deste sistema é a ANT, pois é baseado neste processo que as outras fases do processo são realizadas. Com a identificação das reais lacunas de competências, as organizações hospitalares poderão oferecer um treinamento mais adequado às necessidades, investindo os recursos em ações educacionais que realmente irão contribuir para a melhora de desempenho dos profissionais de saúde, e por consequência, do atendimento aos pacientes.

Como pode ser observado na Tabela 2, oito artigos selecionados abordam a ANT. Em geral os resultados dessas pesquisas foram no mesmo sentido. Em alguns estudos com foco em avaliar os conhecimentos dos profissionais de saúde (ou alunos de graduação) sobre questões de sexualidade humana, observou-se que o nível de conhecimento deles, de modo geral, está de médio a apropriado. Todavia, os resultados dessas pesquisas (Kong et al., 2009; Oezdemir & Akdemir, 2008; Tsai et al., 2013) indicaram que poucos profissionais fornecem educação sexual para pacientes devido a uma falta de habilidade e a uma percepção de que questões sexuais pertencem ao domínio privado do paciente. Em geral, os respondentes reconhecem o seu papel na atenção à saúde sexual, entretanto hesitam em assumir um papel ativo na prática e não relatam a intenção de fornecer tais cuidados de saúde sexual para os pacientes.

Em relação à análise do relacionamento das variáveis que influenciam esse campo, Langer-Most e Langer (2010) notaram que 20% da variação na atitude poderia ser explicada pela idade, de modo que pontuações mais pobres em atitude foram encontradas nos participantes com maior idade. No estudo realizado por esses autores, as variáveis sexo, etnia e nível de formação não demonstraram correlação significativa com pontuações de conhecimento ou atitude. A pesquisa realizada por Kazukauskas e Lam (2010) mostrou que 17% da variância no conforto em lidar com questões de sexualidade e 19% da variância na habilidade poderiam ser explicadas pelo conhecimento e atitude, indicando que conhecimento e atitudes interferem no nível de conforto e quão hábeis se percebem os participantes em lidar com questões relacionadas à sexualidade do paciente. Esses dados podem indicar que ações educacionais focando em nível de conhecimentos e atitudes podem contribuir de alguma maneira no nível de conforto dos profissionais de saúde, na abordagem de questões de sexualidade dos pacientes. Em relação a variáveis demográficas, não foram encontradas correlações significativas, exceto a idade. Os autores sugerem que quanto mais jovem, maior o desconforto percebido (Kazukauskas e Lam, 2010).

Alguns estudos avaliaram os temas com maior necessidade de treinamento, dentre eles: a sexualidade na saúde e na doença, a comunicação sobre os relacionamentos íntimos

dos pacientes, abordagens para a saúde sexual, aconselhamento, definição de limite profissional, fertilidade e dispositivos de assistência (Booth et al., 2003; Tsai et al. 2013). A obtenção de uma história abrangente da saúde sexual foi a maior necessidade de aprendizagem do estudo realizado por Tsai et al. (2013) e ter consultas sexuais com pacientes sem constrangimento era menor.

Oito artigos da amostra selecionada descrevem experiências de avaliação de treinamentos oferecidos para equipes de profissionais de saúde (Bauer et al., 2013; Fronek et al., 2005, 2011; Higgins et al., 2012; Post et al., 2008; Quinn & Happell, 2012; Quinn et al., 2013; Simpson et al., 2006). Vale ressaltar que o estudo realizado por Fronek et al. (2011) apresenta os resultados longitudinais da pesquisa apresentada em 2005. Esses estudos realizam testes imediatamente antes e imediatamente após a ação educacional. Alguns acompanharam longitudinalmente os resultados do treinamento e/ou utilizaram grupo controle que não recebeu o treinamento para a comparação da eficácia. Todos os estudos relataram melhora significativa e duradoura de aspectos como conhecimento, atitude e conforto em lidar com questões de sexualidade do paciente, após o treinamento realizado. Os programas educacionais descritos são de curta duração (treinamentos de, no mínimo, 40 minutos, máximo 2 dias) e foram utilizados dois modelos da literatura para construir a ação educacional: Modelo P-LI-SS-IT (*Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy*) desenvolvido por Annon em 1976 (conforme citado por Fronek et al., 2005, 2011; Higgins et al., 2012; Simpson et al., 2006); Modelo BETTER (*Bring Up, Explain, Tell, Time, Educate, Record*) desenvolvido por Mick et al. em 2004 (conforme citado por Quinn & Happell, 2012; Quinn et al., 2013). Em geral, os participantes se mostraram mais dispostos a levantar questões para discussão e criar um espaço de escuta de apoio para pacientes para falar sobre suas preocupações em torno da sexualidade. Assim, esses programas de treinamento mostraram-se como uma intervenção eficaz na melhoria da capacidade dos profissionais em orientar os problemas de saúde sexual de seus pacientes/clientes.

De acordo com Quinn e Happell (2012), há quatro níveis para o modelo PLISSIT e que vão desde as intervenções mais simples às intervenções mais complexas que exigem um maior nível de especialização. O modelo PLISSIT tem sido descrito como uma abordagem de aconselhamento com necessidade de ter experiência na área dos cuidados de saúde sexual e por isso enfermeiros seriam limitados a intervir nos dois primeiros níveis do modelo PLISSIT, exigindo qualificações de pós-graduação para intervir nos níveis mais altos.

Segundo esses mesmos autores (Quinn & Happell, 2012), o modelo BETTER foi recomendado para uso no apoio aos enfermeiros em discutir a sexualidade, mais especificamente, com as pessoas com uma doença crônica, em ambientes de Oncologia, e com as mulheres durante o período de pós-parto. Martinez (2007) defende que o modelo pode ser benéfico, no apoio clínico para superar os obstáculos da doença, e lhes fornece um quadro para promover discussões em torno de questões de sexualidade decorrentes de condições médicas, ilustrando a utilidade do modelo através de uma variedade de configurações de cuidados de saúde especiais.

Alguns estudos avaliaram apenas o nível de conhecimento de enfermeiros sobre as mudanças possíveis na vida sexual dos pacientes após a doença, sem incluir um estudo sobre habilidades e atitudes destes profissionais. Essas escalas atitudinais buscam refletir o desempenho no dia a dia da atuação profissional e não apenas os conhecimentos que tem ou não sobre determinado assunto. Ter o conhecimento não implica necessariamente transferi-lo ao ambiente de trabalho.

Estudos de avaliação de eficácia dos treinamentos oferecidos destacaram como limitação o fato de não ter como garantir que a ação educacional foi realmente a causa do aumento do escore das medidas. Além dessa discussão, cabe ressaltar que nesse contexto pós-treinamento, Salas e Cannon-Bowers (2001) e Tannenbaum e Yukl (1992) alegam que a efetividade de uma ação educacional pode ser influenciada por eventos que ocorrem depois do retorno do treinando ao trabalho. Foi observado que os trabalhadores deixam o treinamento com novas habilidades e intenção de aplicá-las no trabalho, porém, encaram limitações, no ambiente pós-treinamento, que interferem na transferência dessas habilidades. Os últimos autores anteriormente citados acrescentam que as limitações no ambiente pós-treinamento podem inibir a aplicação dos conhecimentos adquiridos e completam que as pesquisas nos últimos anos têm prestado mais atenção às condições ambientais pré e pós-treinamento como importantes determinantes da efetividade de treinamento. Salas e Cannon-Bowers (2001) observaram que as pesquisas passaram a buscar o aperfeiçoamento de métodos e procedimentos capazes de avaliar os treinamentos e analisar os eventos que asseguram a transferência e aplicação dos recentes CHAs adquiridos.

Um efeito importante que foi mencionado por apenas um dos artigos (Kong et al., 2009) é o Efeito Hawthorne. Este efeito foi descrito a partir de um experimento em uma fábrica nos Estados Unidos (Mayo, 1946) em que os trabalhadores mudavam seu desempenho e sua moral, ao perceberem uma atenção maior por parte da gerência em relação à sua vivência no trabalho. Esse efeito é conhecido até hoje como Efeito Hawthorne e alguns

autores o descrevem como sendo os esforços dos indivíduos, a fim de melhorarem seu rendimento devido à consciência de testagem (A. Rodrigues, 1975). Esse tipo de fenômeno pode aumentar ainda mais quando ligado a questões que inibem as pessoas de um modo geral, como pode ser considerada a temática da sexualidade. Segundo Magnan e Norris (2008), ao discutir sobre tópicos sensíveis como a sexualidade há um risco de os participantes censurarem suas respostas ou oferecerem respostas que eles acreditam ser socialmente aceitas ao invés de reportarem sua atual prática.

O mesmo pode ser observado na pesquisa realizada por Ford, Vieira e Villela (2003) sobre sexualidade masculina, em que foram realizados dois tipos de coleta de dados: por meio de questionário aplicado em entrevista individual; por meio de grupo focal com outros homens. Os resultados referentes à pesquisa em grupo mostraram-se relativamente mais liberais que a pesquisa realizada individualmente, considerando os temas traição do cônjuge, número de parceiros sexuais, sexo casual. Esses resultados mostram que quanto maior o número de observadores, maior a chance de a resposta ser distorcida para aquilo que o indivíduo considera aceitável pelo grupo. Vale a pena refletir sobre estratégias de controle, ou ainda, diminuição do Efeito Hawthorne nas pesquisas envolvendo a temática da sexualidade.

1.2.2. Considerações gerais sobre a análise da literatura de TD&E em sexualidade

Os resultados destacados possibilitaram lançar um olhar crítico e reflexivo sobre o acervo de conhecimentos produzidos recentemente sobre o sistema de TD&E, na área da sexualidade, permitindo apontar limitações e potencialidades que têm implicações para a prática de ações educacionais e pesquisas nesta temática.

Esses achados mostram a importância desse campo de pesquisa que visa à melhoria das intervenções realizadas pelos profissionais de saúde na área da sexualidade, promovendo maior conforto e competência a eles, enquanto possibilita o cuidado integral aos pacientes. Assim, é muito importante que novas investigações originais sejam realizadas para que uma compreensão mais ampla do fenômeno produza melhor integração das ações de cuidado.

Além dos aspectos mencionados, é importante que as pesquisas realizadas nesse campo extrapolem o ambiente acadêmico e atinjam também os responsáveis na área de TD&E das organizações hospitalares, como forma de incorporar o conhecimento produzido pelos estudos recentes em práticas vigentes nessas instituições. Este talvez seja um dos maiores

desafios a ser enfrentado para a melhoria da prática profissional e, consequentemente, para a saúde dos pacientes atendidos.

O capítulo seguinte trata dos conceitos de crenças e atitudes de maneira geral e na área de atuação dos profissionais de enfermagem com questões de sexualidade.

1.3. CRENÇAS E ATITUDES FRENTE À SEXUALIDADE

Conforme observado por Serrano (2005), em um estudo realizado com técnicos de saúde, as atitudes e crenças desses profissionais podem influenciar o modo como cuidam dos pacientes e, em alguns casos, pode ser difícil abordar questões sobre sexualidade. Os principais motivos para a dificuldade são fatores profissionais (receio da reação do doente, a falta de iniciativa própria e do doente) e fatores pessoais (constrangimento e o fato de considerarem a sexualidade um assunto pessoal e da intimidade de cada um e difícil de abordar). Este resultado se assemelha ao encontrado por Auchincloss (1989) que refere que o embaraço ou desconforto em discutir os assuntos sexuais contribuem para que o profissional se sinta hesitante em abordar o tema, podendo comprometer a sua capacidade de ajudar os pacientes. De acordo com Black et al. (1996), as atitudes e crenças de um profissional de saúde podem afetar o modo como cuida dos pacientes, corroborando as considerações de Pasquali, Souza e Tanizaki (1985) de que o estudo das atitudes de uma pessoa diante da sexualidade é muito importante, visto que o modo de viver e reagir a ela reflete o seu comportamento global, tanto em relação a si próprio, como aos outros.

Nesse contexto, Ramini (1992) analisou uma amostra de médicos e de estudantes de Medicina na Argentina e encontrou falhas importantes na obtenção de histórias clínicas no que se refere à sexualidade. O autor enfatizou que a experiência pessoal daqueles profissionais foi o principal norteador da abordagem de questões sobre sexualidade dos pacientes e não uma conduta padronizada de maneira profissional. Vale a pena questionar em que se baseiam as ações do profissional de saúde na área da sexualidade? Onde os profissionais obtêm informações sobre questões de sexualidade? Se forem baseadas em sua experiência pessoal, que crenças pessoais são carregadas durante sua atuação profissional? Jablonski (1998) afirma que atualmente a mídia, e não os pais ou as escolas, é o meio mais utilizado para obter informações sobre sexualidade, o que inclui um fator a mais que pode influenciar as crenças pessoais e profissionais nesta área.

O interesse da Psicologia Social sobre as crenças dos indivíduos e como ela interfere em suas atitudes é bem antigo (Bem, 1973; Fishbein & Ajzen, 1975). De acordo com esses

autores, as ações humanas são influenciadas pelas crenças que cada pessoa carrega consigo e as têm como verdades que norteiam seu agir. Esse processo se dá na maioria das vezes de modo automático, o que torna imperceptível e fazendo com que o uso das crenças se encontre ligado às diversas atitudes do dia a dia. As crenças são organizadas em sistemas ou conjuntos estruturados logicamente e podem influenciar nas motivações, condutas sociais e processos coletivos (Krüger, 1986, 1993).

O conceito de crenças e sistemas de crenças está sendo relacionado a diversos campos de pesquisa (saúde, educação, violência). No estudo das crenças de saúde de pacientes hipertensos, observou-se que os pacientes apresentaram um sistema de crenças distorcido em relação à doença hipertensiva, associado a um conhecimento parcial sobre diversos aspectos da hipertensão. Tais crenças e conhecimentos podem gerar práticas de controle da doença também distorcidas (Péres, Magna, & Viana, 2003). No campo da violência sexual, por exemplo, os autores Burgess, Commons, Safarik, Looper e Ross (2007) mencionam que as atitudes e crenças presentes na vida do indivíduo funcionam como distorções cognitivas e permitem ao indivíduo interpretar as situações de relacionamento sexual com as crianças de forma satisfatória. Desse modo, pode-se notar que, em diversas áreas, as crenças ou os sistemas de crenças podem servir como base para a atitude e comportamentos (adequados ou inadequados) das pessoas.

Pode-se entender atitude como uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predispõe uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a este objeto, ficando evidente sua influência marcante na adoção de práticas (A. Rodrigues et al., 2009). Como indicam Diniz e Saldanha (2008), as atitudes constituem bons preditores de comportamentos, ajudam na formação de conceitos mais estáveis acerca da realidade e são a base de uma série de relações sociais.

Conforme referido por Beck, Rush, Shaw e Erney (1979), durante o desenvolvimento através da interação com o meio, as pessoas formam crenças sobre o mundo que a rodeia. Uma crença se desenvolve na infância através da interação com pessoas significativas e se aprimora a partir de um conjunto de acontecimentos que comprovam a ideia inicial. Figueiredo (1994) e Souza (1995) mencionam sobre uma síntese de definições de atitudes em manuais de psicologia e destacam características em comum entre elas: Atitude como uma organização de crenças, envolvendo carga afetiva favorável ou desfavorável e com uma intencionalidade ou predisposição para a ação em direção a uma meta ou objeto social. Para Cláudio, Pereira e Robalo (1994), as atitudes e as crenças influenciam a forma de os

indivíduos selecionarem e avaliarem as informações que recebem do exterior. Assim, é essencial entender quais as atitudes e crenças dos indivíduos para poder delinear programas de educação em saúde com um impacto mais eficiente (Mendes & Cláudio, 2010).

Segundo Magnan, Reynolds e Galvin (2005), historicamente o estudo de atitudes de profissionais de enfermagem frente à sexualidade era esporádico e esparso. Até 2005, relatam esses autores, os estudos se dividiram em dois tipos. O primeiro tipo focou em descrever as atitudes sobre comportamentos sexuais específicos (por exemplo masturbação, homossexualidade, sexo antes e fora do casamento). Essa abordagem de pesquisa geralmente separava os profissionais de enfermagem como conservadores ou liberais em relação a esses comportamentos sexuais. O segundo tipo de estudos na área teve seu foco em identificar e descrever predisposições mais gerais, como conforto e confiança, que influenciavam na conduta desses profissionais em relação à sexualidade dos pacientes. Essa abordagem de pesquisa mostra um potencial para identificar conceitos e relações que descrevem e explicam a interação paciente-enfermeiro nas situações socialmente sensíveis.

Buscando entender esse processo, foram desenvolvidos alguns instrumentos adaptados para a população brasileira que buscaram pesquisar sobre o conceito de atitudes e/ou crenças relacionadas à temática da sexualidade (Cerqueira-Santos, Winter, Salles, Longo, & Teodoro, 2007; Lourenço, 1993; Pasquali et al., 1985; Sereno, Leal, & Maroco, 2009). Estas escalas foram baseadas na temática da sexualidade em geral, englobando questões do dia a dia, mesmo aquelas com um foco específico como é o caso da Escala de Crenças sobre Homossexualidade (Cerqueira-Santos et al., 2007). Não foi encontrado instrumento de aferição das atitudes e/ou crenças de profissionais de saúde frente à sexualidade no contexto hospitalar validado para população brasileira. Esse tipo de instrumento seria interessante para ser aplicado em profissionais de enfermagem por focar os itens na atividade profissional, ao invés de avaliar suas crenças em sexualidade em contexto fora do trabalho.

Na língua inglesa, foi desenvolvido por Reynolds e Magnan (2005) um instrumento para avaliar as crenças e atitudes de profissionais de enfermagem frente à sexualidade no contexto hospitalar (*Sexuality Attitudes and Beliefs Survey* - SABS). Esses autores relataram que enfermeiros muitas vezes são chamados para conversar com os pacientes sobre sua sexualidade e problemas sexuais e que, apesar de muitos deles acreditarem que a avaliação da sexualidade e aconselhamento seja uma parte de seu papel profissional, os enfermeiros não necessariamente integram esta consciência em seus cuidados com o paciente. De acordo com esses autores, constrangimento, desconforto ou atitudes fortemente arraigadas sobre o papel

do enfermeiro em discutir sexualidade com os pacientes podem agir como barreiras para responder a estas preocupações do paciente.

Utilizando o SABS e outros instrumentos, o estudo realizado por Doherty, Byrne, Murphy e McGee (2011) gerou uma lista dos maiores obstáculos para os profissionais de reabilitação cardíaca (enfermagem, fisioterapia e psicologia) lidarem com questões de sexualidade do paciente, dentre eles: a) a percepção de que o paciente não está pronto para discutir questões de saúde sexual; b) falta de conhecimento sobre questões de saúde sexual; c) falta de formação profissional na área para lidar com questões de sexualidade.

Em pesquisa realizada por Yıldız e Dereli (2012) com 103 enfermeiros de um hospital-escola da Turquia, os profissionais participantes desse estudo se perceberam moderadamente competentes para lidar com questões de sexualidade dos pacientes e se sentem insuficientemente preparados para oferecer orientações relativas a esta temática. Para se prevenir destes problemas, autores do mundo todo (Quinn & Happell, 2012; Saunamäki et al., 2010; Yıldız & Dereli, 2012) recomendam a preparação de programas de treinamento e capacitação para profissionais de enfermagem na área da sexualidade que contenham informações suficientes para cobrir essa lacuna de competência.

CAPÍTULO 2.
TREINAMENTO, DESENVOLVIMENTO E
EDUCAÇÃO DE PESSOAS
E POLÍTICAS PÚBLICAS

CAPÍTULO 2. TREINAMENTO, DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO DE PESSOAS E POLÍTICAS PÚBLICAS

OBJETIVO DO CAPÍTULO 2

Este capítulo visa a apresentar e discutir conceitos, teorias e abordagens referentes ao processo de TD&E nas organizações, Qualificação e Formação Profissional e as Políticas Públicas de Educação na Saúde. Como a população estudada na presente pesquisa consiste em profissionais de enfermagem, há discussões de como esse contexto interfere na qualificação desta categoria de profissionais.

2.1. TREINAMENTO, DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Atualmente há cada vez mais investimentos em estudos sobre aprendizagem nas organizações. Existem diversos fatores que contribuem para o aumento de interesse por este tema. A falta de pessoas qualificadas para o trabalho, o aumento da competitividade entre as empresas, a busca por garantir o compromisso da qualidade em assistência, a procura por inovações em estratégias que aprimorem a gestão de competências e a necessidade das organizações em consolidar a aprendizagem como uma estratégia organizacional permanente são alguns fatores que podem ser citados como motivos do aumento de pesquisas nesta área (Aguinis & Kraiger, 2009; N. Silva, 2001).

No ambiente de trabalho, as pessoas podem aprender e desenvolver novas competências, a partir de aprendizagem natural ou induzida. A aprendizagem induzida é realizada de forma intencional pela organização, com a execução de ações educacionais de modo a facilitar a aquisição, retenção e transferência de conhecimentos, habilidades e atitudes no contexto do trabalho (Abbad & Borges-Andrade, 2004). Já a aprendizagem natural ocorre durante o dia a dia no ambiente de trabalho sem intervenções da organização. De acordo com Noe, Clarke e Klein (2014), a aprendizagem natural tem ganhado cada vez mais espaço nas organizações.

Segundo Aguinis e Kraiger (2009) e Salas e Cannon-Bowers (2001), os benefícios das ações de TD&E não são percebidos apenas no nível dos indivíduos ou das organizações, mas também para a sociedade como um todo, podendo contribuir para o crescimento econômico dos países. No Brasil, os impactos dessas ações poderiam repercutir ainda mais na economia

já que, para disputar o mercado global, é preciso investir na qualificação e formação de mão de obra (Borges-Andrade & Abbad, 1996).

Os processos de TD&E podem ser definidos como ações organizacionais que utilizam uma tecnologia instrucional com o objetivo de aquisição de competências para suprir lacunas de desempenho no trabalho e preparar esses profissionais para novas funções (Abbad & Borges-Andrade, 2004). Ainda seguindo os autores, a diferenciação dos conceitos de TD&E ocorre da seguinte maneira: *Treinamento* consiste em preparar o indivíduo e melhorar seu desempenho no cargo atual; programas de *Desenvolvimento* estimulam o livre crescimento pessoal dos membros da organização; e *Educação* se refere às oportunidades dadas pela organização ao indivíduo para capacitá-lo a ocupar cargos diferentes, em outro momento, dentro da mesma organização. Os conceitos de *Informação* e *Instrução* também podem ser considerados formas de indução de aprendizagem.

M.R.M. Vargas e Abbad (2006) sugeriram um diagrama para a relação entre os conceitos, ao considerar os tipos de ações educacionais a eles relacionados. As autoras propõem que o conceito de *Educação* é mais amplo que de *Desenvolvimento*, visto que as ações educacionais mais ajustadas a promover a aprendizagem para a preparação do indivíduo em um trabalho futuro (*Educação*) seriam cursos de média e longa duração, como por exemplo, ensino técnico profissionalizante, ensino superior, especialização, programas de mestrado e doutorado. Por outro lado, a fim de promover o crescimento pessoal do indivíduo (*Desenvolvimento*), as organizações poderiam oferecer cursos e palestras sobre qualidade de vida no trabalho. Essas ações envolvem níveis de complexidade de objetivos educacionais mais simples do que as ações associadas à promoção da educação. A Figura 7 ilustra a proposta de M.R.M. Vargas e Abbad (2006) quanto ao relacionamento e à abrangência dos conceitos, assim como as ações educacionais que poderiam estar associadas aos mesmos.

Fonte: M.R.M. Vargas e Abbad (2006).

Figura 7. Relação entre os conceitos e ações educacionais associadas

De acordo com Borges-Andrade (2006), as ações de TD&E compõem um sistema integrado por três subsistemas, conforme a Figura 8: Avaliação de Necessidades; Planejamento e Execução; e Avaliação de Treinamento.

Fonte: Borges-Andrade (2006)

Figura 8. Sistema de TD&E

O subsistema de ANT, foco do presente estudo, tem o objetivo de identificar lacunas de competências requeridas para um desempenho humano adequado no trabalho. O Planejamento e a Execução referem-se ao estabelecimento dos objetivos e conteúdos instrucionais, bem como à escolha de estratégias e métodos de ensino e dos critérios de

avaliação apropriados para se atingir os objetivos previamente estabelecidos. Por fim, a Avaliação de Treinamento fornece informações sobre os eventos realizados (efetividade ou possíveis falhas no planejamento de procedimentos instrucionais), a aplicabilidade e utilidade dos mesmos e o desempenho dos participantes e dos instrutores, de maneira que funcionam com retroalimentações para o aperfeiçoamento contínuo do sistema de TD&E (Aguinis & Kraiger, 2009; Goldstein, 1991; Meneses et al., 2010; Salas & Cannon-Bowers, 2001).

O contexto da presente tese relaciona-se às ações de TD&E em função de a pesquisa, a princípio, ser realizada com um grupo de profissionais vinculados a uma organização apenas. Contudo, a discussão sobre processos de qualificação e formação profissional faz-se necessária, pois o interesse abrangente de pesquisa recai sobre as necessidades de treinamento do profissional de enfermagem em relação à temática da sexualidade em contexto hospitalar, com o intuito de situá-la, principalmente no âmbito nacional, como uma ação educacional disponível tanto para ambientes corporativos quanto para a rede pública de saúde, incluindo municípios, Estados e federação. O foco, portanto, não é discutir mormente ações de TD&E e de qualificação e formação profissional, mas mostrar que o tema é recente, e a ausência de estudos na área aponta para a fundamental missão de averiguá-las como um campo fértil de pesquisa.

O conceito de qualificação profissional para Naville (conforme citado por Bastos, 2006) coloca que a qualificação está ligada, além dos aspectos técnicos, aos conhecimentos e a habilidades necessárias para o desempenho da função. De acordo com Laranjeira (2000), não há consenso sobre quais critérios devem ser levados em consideração na definição de qualificação profissional: qualidades e habilidades do trabalhador ou requisitos do posto de trabalho. Essa autora promove essa discussão apresentando a visão de duas perspectivas: a *objetivista* e a *construtivista*. A definição do grau de qualificação de uma ocupação, do ponto de vista objetivista, considera critérios como tempo dispendido para o aprendizado da função, tipo de conhecimento exigido e grau de autonomia no seu desempenho, entre outros. No entanto, para a perspectiva construtivista, a qualificação seria um processo de associação de determinado tipo de função aos trabalhadores com determinadas características para desempenhá-la, como classe social, o setor étnico, idade e sexo. É importante também pesquisar e refletir sobre quais critérios devem ser levados em consideração na definição de qualificação profissional nos casos de trabalhos com requisitos na temática da sexualidade, que envolvem não apenas competências no nível cognitivo, mas também no afetivo.

Vale mencionar a transição do conceito de qualificação profissional para uma concepção de competência, devido às novas demandas do setor produtivo e aos esforços

realizados em métodos dedicados a adaptar as pessoas aos postos e ao mercado de trabalho. Há uma variedade de formas de conceituação da competência. De acordo com Dutra (2004), existem duas grandes correntes teóricas. A primeira percebe as competências como um conjunto de qualificações inerentes à pessoa e que permitem a realização de um trabalho, e é representada, principalmente, pelos autores norte-americanos Boyatzis (1982) e McClelland (1973). A segunda corrente apresenta a competência não só como um conjunto de atributos da pessoa, mas às suas ações e realizações no contexto de trabalho, e é representada essencialmente pelos autores franceses Le Bortef (2003) e Zarifian (2001).

McClelland (1973) propunha que o comportamento do indivíduo era uma interação entre a pessoa e o ambiente e por isso buscou identificar características necessárias aos gerentes para alcançar um alto desempenho. Seguindo essa abordagem, Boyatzis (1982) apreende que a competência profissional é característica subjacente de uma pessoa, sendo justificada por um motivo, traço, habilidade, aspecto da autoimagem ou papel social, ou um corpo de conhecimento que ela utiliza.

Para Zarifian (2001), a competência combina conhecimento, saber-fazer, experiências e comportamentos que se exercem em um contexto preciso. Ela é verificada na sua utilização em situação profissional. Concordando com Zarifian (2001), Le Bortef (2003) argumenta que uma das características do profissional é saber mobilizar e combinar de maneira eficiente o seu conjunto de recursos para administrar uma situação profissional. Le Bortef (2003) acrescenta que o contexto influencia a ação, de modo a muitas vezes limitá-la.

A fim de integrar essas duas linhas de pensamento, pode-se citar trabalhos de Dutra (2004), Fleury e Fleury (2001) e Ruas (2005) que apresentam o conceito de competência como a capacidade de um indivíduo movimentar seus acervos de conhecimentos, habilidades e atitudes para atender às exigências de situações específicas do ambiente de trabalho. Segundo Fleury e Fleury (2001), existe uma ligação entre as condutas individuais e a estratégia da organização, referindo que as competências agregam valor econômico para a organização, uma vez que contribuem para que objetivos organizacionais sejam alcançados. Além disso, esses autores afirmam que as competências também possuem valor social para o indivíduo, pois podem expressar o reconhecimento social sobre suas capacidades em realizar seus atributos. A Figura 9 exemplifica esse processo.

Fonte: Freitas e Brandão (2006) e adaptado de Fleury e Fleury (2001).

Figura 9. Competências como fonte de valor para o indivíduo e para a organização

De forma mais abrangente, Prahalad e Hamel (1990) abordam o conceito de competência em nível macro, compreendendo toda a organização, referindo-se a ela como um conjunto de conhecimentos, habilidades, tecnologias, sistemas físicos e gerenciais que geram um diferencial competitivo. Assim, podem-se diferenciar as competências classificando-as em individuais (relacionadas ao indivíduo), funcionais (relativas à equipe de trabalho) e organizacionais (dizem respeito à organização como um todo ou a uma de suas unidades produtivas), de forma que as competências de nível individual e funcional possibilitam a permanência das competências organizacionais (Brandão & Guimarães, 2001). Desse modo, na atualidade, não é mais suficiente atender apenas aos requisitos formais especificados nos cargos e profissões, mas também demonstrar integração e aplicação de suas competências em resposta às variadas situações de trabalho.

Segundo V.V. Lima (2005), os padrões de competência empregados na certificação profissional especificam o que o profissional deve saber e ser capaz de fazer para exercer sua função com sucesso, possibilitando o desenvolvimento de profissionalismo (padrões de qualidade). Esses padrões refletem os valores atribuídos por uma sociedade a uma determinada carreira e orientam os processos de formação e de avaliação profissionais. Na área da saúde, este tema tem interessado cada vez mais os pesquisadores e tornando-se mais relevante devido, por exemplo, ao aumento da exigência da sociedade por uma maior responsabilidade social, por parte das instituições formadoras e dos próprios profissionais, considerando os desdobramentos do processo de globalização que requer padrões universalizados para a efetivação do intercâmbio.

Em relação ao conceito de formação profissional, Mourão e Puente-Palacios (2006) defendem que se aproxima do conceito de treinamento e desenvolvimento, pois é uma estratégia operacional de busca por qualidade e produtividade. Segundo o que consta no dicionário crítico, a “Formação Profissional” (Cattani, 2000) consiste em processos educativos ofertados por escolas ou organizações que promovem a aquisição e o

desenvolvimento de conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais integrados à produção de bens e serviços.

De acordo com a mesma autora, as novas exigências na formação profissional em saúde estão refletidas, no Brasil, através das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em diversas carreiras, inclusive Medicina e Enfermagem, através do Parecer CNE/CES 1133/2001 que sugere um novo perfil profissional baseado no desenvolvimento e na avaliação de competência dos egressos desses programas (Ministério da Educação, 2001a).

Para Gabrielli (2004), a noção de competência possibilita o desenvolvimento de enfermeiros capazes de terem uma reflexão social e crítica, além da concepção da postura de sujeitos construtores do conhecimento voltados para a prática profissional da enfermagem, nos diversos contextos em que se realiza. Em complemento a esta ideia, pesquisas (Shimizu, Lima, & Santana, 2007; Tavares, 2006) indicam que é necessário desencadear processos de capacitação de profissionais de enfermagem, visto que o trabalho desta área é entendido como central para a transformação e melhoria do desempenho e da atenção prestada pelos serviços de saúde.

Vale ressaltar que a formação em enfermagem ocorre em três níveis distintos: auxiliar de enfermagem (ensino médio), técnico em enfermagem (ensino médio) e enfermeiro (ensino superior). O profissional com formação técnica pode também ser contratado para exercer a função de auxiliar de enfermagem. Na formação de enfermagem, a abordagem de competências apresentada anteriormente vem sendo debatida, especialmente no nível técnico, devido à regulamentação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) para essa área da formação (Ministério da Educação, 1994). A Resolução nº 04/99 (Ministério da Educação, 1999) especifica as competências profissionais de nível técnico.

De acordo com Bagnato, Bassinello, Lacaz e Missio (2007), o ensino médio, no qual o ensino técnico se posiciona, tem sido um dos níveis de mais difícil enfrentamento em relação à sua concepção, estrutura e organização, devido a sua natureza intermediária entre o ensino fundamental e a formação profissional. Deste modo, sua identidade não fica clara, pois apresenta uma proposta pedagógica ambígua, o que por vezes deixa a desejar em relação às finalidades de aprofundamento dos conhecimentos adquiridos no ensino fundamental, como a preparação para o trabalho e para a cidadania.

Diante disso, há diversos estudos no campo da enfermagem (Fontes, Leadebal, & Ferreira 2010; Mira et al., 2011) para avaliar o ensino do processo de enfermagem durante a formação profissional e durante treinamentos de capacitação do profissional em atuação. De acordo com Fontes et al. (2010), que investigou as competências de egressos da graduação de

enfermagem, é importante buscar um ensino em enfermagem que promova uma prática profissional de qualidade perante um desafio de um mundo em transformação, de modo que o ensino do processo de enfermagem nos cursos de graduação deve voltar-se para a construção de competências profissionais, a fim de contribuir para atender às demandas diante dos avanços políticos, sociais e científicos requeridos pela categoria.

No estudo realizado por Mira et al. (2011), cujo objetivo foi analisar o processo de avaliação da aprendizagem realizado em treinamentos ministrados à equipe de enfermagem, foi possível perceber a necessidade de proposição de uma metodologia de avaliação, construindo critérios, instrumentos e indicadores para tal finalidade. Esses autores concluem que é preciso aprimorar a realização do diagnóstico relativo à necessidade de treinamento e às estratégias de ensino para obter melhores resultados de eficácia dos treinamentos realizados.

Dessa maneira, segundo Zerbini (2007), os conceitos de TD&E, qualificação e formação profissional aproximam-se em sua função, e eventualmente diferenciam-se quanto aos contextos de aplicação: os conceitos de TD&E geralmente são identificados com contextos corporativos, enquanto ações de qualificação e formação profissional são discutidas com mais frequência em ambientes abertos de trabalho. Em nível nacional, essas ações de TD&E, Formação e Qualificação profissional acabam sendo idealizadas a partir de Políticas Públicas. Assim, na área da saúde, essas ações educacionais devem tomar como base não apenas as competências requeridas nos cargos e aquelas indicadas pela categoria profissional, mas também devem considerar as Políticas Públicas de Educação na Saúde. A seguir, serão apresentadas informações sobre as Políticas Públicas de Educação na Saúde atuais, a fim de contextualizar o presente estudo nessa conjuntura.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A articulação dos setores de educação e da saúde é essencial para a obtenção das mudanças na gestão e nas práticas de saúde. É com esta finalidade que existe a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES). Este órgão desenvolve ações referentes a um processo de formação e qualificação dos profissionais de saúde e de regulação profissional no domínio do Sistema Único de Saúde – SUS, com a finalidade de executar uma política nacional de educação permanente em saúde. O objetivo é garantir a oferta de cursos de formação técnica, de qualificação e de especialização para profissionais da saúde e para diferentes segmentos da população (Ministério da Saúde, 2012a).

O planejamento do Ministério da Saúde (2012a) define como objetivo estratégico da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), para os anos de 2012 a 2015, contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde. Este objetivo contribui para o desafio nacional de ampliação da formação e da qualificação da força de trabalho, em todos os setores econômicos. A secretaria é estruturada em dois departamentos: da Gestão da Educação (DEGES) e da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), e uma Diretoria de Programa. As políticas públicas na área da saúde, previstas para o triênio 2012 a 2015, podem ser visualizadas na Tabela 3.

Tabela 3

Políticas públicas para o triênio 2012-2015, público-alvo e objetivo

Política Pública	Público-alvo	Objetivo
Política Nacional de Educação Permanente	Trabalhadores da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).	Garantir a qualidade e resolubilidade da atenção à saúde prestada à população, por meio da implementação da educação permanente dos trabalhadores do SUS.
Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área da Saúde Profaps (Profaps)	Trabalhadores de nível médio da Rede de Saúde do SUS.	Formar e qualificar trabalhadores de nível médio em áreas técnicas estratégicas para a saúde, para a melhoria da atenção e da assistência à saúde do usuário do SUS.
Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)	Estudantes de graduação, docentes e profissionais dos serviços de saúde.	Reorientação da formação dos profissionais de saúde favorecendo mudanças curriculares segundo três eixos – orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica – com o objetivo de fortalecer a integração entre instituições de ensino e serviço público de saúde, com vistas à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).
Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde)	Profissionais e trabalhadores do SUS, na gestão e na assistência, nas práticas clínicas e processos de trabalho.	Fortalecer a Atenção Básica.
Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde)	Profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), docentes e estudantes de graduação da área da saúde.	Promover a integração ensino-serviço-comunidade, envolvendo docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde para desenvolvimento de atividades na rede pública de saúde, de forma que as necessidades dos serviços sejam fonte de produção de conhecimento e pesquisa em temas e áreas estratégicas do (SUS). Induzir e orientar a oferta de cursos de especialização, aperfeiçoamento e qualificação dirigidos aos trabalhadores do SUS; fomentar e apoiar a disseminação de meios e tecnologias de informação e comunicação; contribuir com a integração ensino-serviço na área de atenção à saúde e contribuir com a redução das desigualdades regionais, a partir da equalização da oferta de cursos.
Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS)	Profissionais da área da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).	
Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (Residência)	Hospitais universitários, hospitais de ensino, instituições de ensino superior e secretarias estaduais e municipais de saúde.	Consolidar a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde em campos de atuação estratégicos para o SUS.
Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab)	Trabalhadores da área da saúde que já tenham concluído sua graduação e que sejam portadores de registro profissional junto ao respectivo conselho de classe.	Estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família.

Continua

Tabela 3. Continuação.

Política Pública	Público-alvo	Objetivo
Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas	Hospitais universitários, hospitais de ensino, instituições de ensino superior e secretarias estaduais e municipais de saúde.	Apoiar a formação de médicos especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS por meio da: Expansão de Programas de Residência Médica (PRMs) credenciados; Abertura de novos PRMs.
Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde (ObservaRH)	Gestores do SUS, pesquisadores, docentes e estudantes da área da saúde que tenham interesse na área de Recursos Humanos de Saúde.	Produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área de recursos humanos de saúde, facilitando melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas setoriais dessa área. Contribuir para o desenvolvimento de processos de controle social sobre a dinâmica e as tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde.
Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS)	Áreas de Gestão do Trabalho e da Educação das Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal.	Garantir maior articulação com as ações de democratização das relações do trabalho, estimulando as boas práticas de gestão e incentivando as ações inovadoras para a gestão do trabalho em nível local. Modernizar, aprimorar e criar áreas de gestão do trabalho e da educação nas Secretarias de Saúde.
Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS)	Trabalhadores em situação de trabalho precário.	Proposição de soluções para ampliação da proteção social aos trabalhadores na área de saúde e a reorganização dos trabalhadores do SUS em estruturas de carreiras para valorização profissional e melhorias das condições de trabalho no SUS.
Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS)	Trabalhadores e gestores da saúde.	I -instituir processos de negociação permanente entre trabalhadores, gestores públicos e prestadores privados a fim de debater e pactuar questões pertinentes às relações de trabalho em saúde, para a melhoria e a qualidade dos serviços em saúde; II- contribuir para o pleno funcionamento do SUS; III- negociar a pauta de reivindicação dos trabalhadores do SUS; IV- pactuar metodologias para a implantação das diretrizes aprovadas nas Conferências de Saúde e NOB-RH; V- pactuar condições apropriadas para instituição de um sistema nacional de educação permanente que contemple o pleno desenvolvimento na carreira do SUS; VI- estimular a implantação de Mesas de Negociação Permanentes nos Estados e municípios e articulá-las por meio do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS).
Práticas Inovadoras de Gestão do Trabalho (InovaSUS)	Áreas de gestão do trabalho e da educação das secretarias municipais, estaduais e do Distrito Federal.	Valorizar, reconhecer e premiar as melhores práticas, disseminando soluções inovadoras, com a troca de experiências o que estimulará a inovação na gestão do trabalho, valorizando o trabalhador da saúde.

Continua

Tabela 3. Conclusão.

Política Pública	Público-alvo	Objetivo
Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde (Mercosul)	Espaço de diálogo e cooperação entre gestores e trabalhadores da saúde.	Apresentar proposições que auxiliem na formulação de políticas para a gestão do trabalho e da educação em saúde que levem a uma maior cobertura e qualidade da atenção à saúde da população, prioritariamente nas regiões fronteiriças, além de elaborar propostas que auxiliem a definição e aplicação dos itens que compõem a agenda de trabalho.
Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS (Sistrabalho)	Áreas de Gestão do Trabalho das Secretarias municipais, estaduais e do Distrito Federal de Saúde.	Dotar o Ministério da Saúde, os Estados, Distrito Federal e municípios de ferramenta que integre bases de dados para a gestão do trabalho, com informações sobre condições de trabalho, e que permita o monitoramento, dimensionamento e projeções sobre a força de trabalho em saúde.
Agenda Nacional do Trabalho Decente no SUS	Gestores da área de saúde, órgãos governamentais.	Levantar prioridades “negociação e diálogo social” para o Trabalho Decente, a fim de possíveis caminhos que orientarão a inclusão dessas prioridades na formulação da agenda de trabalho decente no SUS.
Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde	É uma instância permanente de caráter consultivo e natureza colegiada com vistas à construção coletiva de respostas para questões relacionadas à regulação do trabalho em saúde.	Avaliar ações de regulação profissional e sugerir iniciativas legislativas de regulação profissional da área de saúde, tendo em vista o exercício de novas profissões e ocupações que atendam às demandas da sociedade.
Portal - Saúde Baseada em Evidências	O site é voltado aos profissionais de saúde da rede pública vinculados ao respectivo Conselho Profissional.	Busca promover a integração da experiência clínica às melhores evidências disponíveis, considerando a segurança nas intervenções e a ética na totalidade das ações.

Fonte: Ministério da Saúde (2012a).

De acordo com Ferro, Almeida Filho e Lourenço (2006), existem muitas transformações nas políticas públicas de saúde, durante a década de 1980, até chegar a este novo sistema de saúde. Uma variedade de programas foi implantada, entretanto não existiam enfermeiros nos cargos centrais e não ficava explícita a atuação desta categoria nesses programas, o que dificultou a participação efetiva da Enfermagem nessa época. Em 1988, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios da integralidade, equidade e universalidade da assistência, enfatizando a atenção básica, a enfermagem necessitou redirecionar suas práticas às ações de saúde propostas, de modo que foram promovidos movimentos da categoria da enfermagem para se adequar e formar profissionais com o perfil para atender a essas propostas do novo sistema de saúde que estava sendo inserido. Segundo esses autores, as transformações nas políticas públicas ocorridas deram ênfase em ações preventivas, o que tornava importante a participação da enfermagem.

Um exemplo deste tipo de iniciativa foi o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem- PROFAE, iniciado em 2000 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover a qualificação da força de trabalho em enfermagem, buscando a melhoria da qualidade dos serviços de saúde realizados pelos auxiliares e técnicos em enfermagem (Ministério da Saúde, 2002a, 2002b). De acordo com o Ministério da Saúde (2002b), o PROFAE supriu a deficiência de formação dos trabalhadores da área de enfermagem. É ressaltado no primeiro relatório geral sobre esse projeto e que grande parte dos resultados positivos decorreu da sintonia que o projeto possui com os princípios do Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2003b).

De acordo com Lucchese, Vera e Pereira (2010), a organização dos serviços de saúde, as práticas desenvolvidas, a gestão desses serviços e a formulação e implementação das políticas públicas nesse processo são essenciais para a formação do enfermeiro, tanto em nível de graduação quanto em relação à educação permanente deste profissional. Esse modelo de políticas públicas e transformações moldam todos os níveis de formação profissional, desde o ensino técnico até especialização.

Esse processo foi estudado por diversos autores, dentre eles Barbosa et al. (2011) que analisaram os cursos de especialização em enfermagem oferecidos por uma Faculdade de Enfermagem do Rio de Janeiro. No período da pesquisa, a instituição ofereceu 56 cursos de especialização, sendo a maioria correspondente aos cursos de Condutas de Enfermagem no Paciente Crítico (37%), Enfermagem do Trabalho (23%) e Saúde Pública (18%). Os autores pontuam que a oferta de cursos de especialização em enfermagem ocorre, principalmente, em

consonância com as políticas de educação e saúde e de acordo com as exigências do mercado de trabalho.

A mesma conformidade pode ser vista no estudo realizado por Bersusa, Oliveira, Martins, Bógus e Escuder (2007) que avaliaram projetos de formação de auxiliares e técnicos de enfermagem desenvolvidos no Estado de São Paulo, no período de 1985-2005. Os resultados apontaram que houve intensificação da qualificação dos trabalhadores de enfermagem, para atender às necessidades dos serviços de saúde e viabilizar a construção do SUS.

Dentre as políticas públicas existentes, a Política de Educação Permanente na Saúde tem sido alvo de diversos estudos (Ceccim, 2005; Mancia, Cabral, & Koerich, 2004; Tavares, 2006). No estudo realizado por Tavares (2006) em que analisou a necessidade de educação permanente de profissionais de enfermagem da saúde mental, 100% dos enfermeiros entrevistados e 84% dos técnicos têm interesse em participar de algum programa de educação permanente. Metade destes enfermeiros e 80% dos técnicos relataram ter procurado atividades relacionadas à educação permanente nos últimos cinco anos, por conta própria, com pouco ou nenhum incentivo por parte da instituição onde trabalham. Nesse estudo os profissionais destacaram dificuldades em lidar com situações específicas na rotina de trabalho, dentre elas a sexualidade do paciente nos espaços institucionais, foco temático da presente pesquisa.

De acordo com o Ministério da Saúde (2003a), a educação permanente é baseada na aprendizagem significativa, de modo que os processos de capacitação dos profissionais de saúde precisam ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho, baseando-se nas necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

A questão da educação permanente além de constar como uma das políticas públicas de educação na saúde faz parte também das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, segundo a Resolução CNE/CES N° 3/2001 (Ministério da Educação, 2001b) que prevê que os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, de maneira que devem ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais.

Diante do que foi exposto, e levando em consideração que a qualificação profissional dos trabalhadores do SUS é um componente essencial no processo de transformação qualitativa dos serviços de saúde pública no Brasil, justifica-se a necessidade de estudos como este, inseridos no campo da educação na saúde. Dessa forma, esta pesquisa pode contribuir,

de maneira geral, para potencializar recursos e interesses para resolver problemas de capacitação profissional dos trabalhadores de enfermagem.

Como explicado anteriormente, antes de serem oferecidas ações educacionais é de extrema importância a realização da ANT, a fim de buscar as lacunas necessárias para que os recursos financeiros e humanos possam ser aplicados de maneira mais eficiente. A fim de aprofundar melhor neste campo, o capítulo seguinte é dedicado aos processos de ANT.

CAPÍTULO 3.

AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE TREINAMENTO

CAPÍTULO 3. AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE TREINAMENTO

OBJETIVO DO CAPÍTULO 3

Este capítulo visa a apresentar e discutir conceitos, teorias e abordagens referentes ao processo de ANT. Foram apresentadas informações sobre nomenclaturas utilizadas para esse processo, modelos e pesquisas recentes que apontam as variáveis associadas às necessidades de treinamento encontradas, a fim de oferecer respaldo teórico para o planejamento das variáveis que foram consideradas no presente estudo.

3.1. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE TREINAMENTO

O processo de ANT pode ser descrito como uma tentativa sistematizada de identificar problemas de desempenho causados por lacunas de competências, cujas soluções são ações educacionais. Problemas relacionados a condições de trabalho e motivação não se constituem em necessidades de treinamento, de forma que precisam ser analisados para outras soluções (Meneses & Zerbini, 2009).

No que diz respeito à ANT, é fundamental a avaliação das divergências entre os desempenhos reais, manifestados pelos indivíduos, e os esperados pelas organizações ou pelos órgãos que regem aquela determinada profissão. Problemas de desempenhos dos profissionais, causados por lacunas de competências, ocorrem ou quando os colaboradores nunca apresentaram o desempenho adequado ou quando esta atividade, ou mesmo as estratégias e os planos de ação, por serem poucos exigidos, foram perdidos (Meneses & Zerbini, 2009).

Os conhecimentos consistem em um corpo organizado de informações de caráter técnico ou administrativo, que aplicado faz com que o desempenho adequado do trabalho seja possível. Habilidades consistem na capacidade de realizar operações de trabalho de maneira adequada; abrange comportamentos motores ou verbais que favorecem a realização das tarefas essenciais à função. Já as atitudes referem-se à predisposição do indivíduo que assume caráter de favorabilidade ou desfavorabilidade em relação a um objeto, pessoa ou fato, ou revela sentimentos do trabalhador sobre o que ele faz, sobre a organização em que trabalha ou alguma pessoa competente (Magalhães & Borges-Andrade, 2001).

Magalhães e Borges-Andrade (2001) assinalam que o objetivo principal da ANT é indicar caminhos e estratégias, diagnosticando ou prognosticando o que é relevante ser

desenvolvido em um contexto organizacional. Conforme apontam Meneses e Zerbini (2009), sem um entendimento claro das necessidades, os investimentos em treinamento podem não ser adequados, resultando no desperdício de recursos da organização. Esses autores explicam que a precisão da avaliação de necessidades determina a efetividade e legitimidade do processo de treinamento. Além disso, quando a ANT é realizada prospectivamente, ela permite que as organizações se antecipem às transformações organizacionais por meio da capacitação de sua força de trabalho, oferecendo proatividade estratégica às suas ações educacionais (Abbad, Freitas, & Pilati, 2006). Quando isso não ocorre, as eventuais falhas do processo de ANT repercutem negativamente no sucesso das atividades de todo o sistema de TD&E. Sendo assim, a ANT pode ser considerada a fase mais importante das ações de TD&E, qualificação e formação profissional (Iqbal & Khan, 2011; Salas & Cannon-Bowers, 2001).

A ANT deve ser conduzida de forma a determinar onde o treinamento é necessário, o que precisa ser treinado e quem deve participar dele. Para fazer uma adequada ANT, devem-se desenvolver instrumentos que estão de acordo com a realidade da organização em foco, buscando informações que possam oferecer base para o processo de treinamento. Há uma variedade de fontes de dados e procedimentos para a avaliação das necessidades de treinamento que ainda estão em processo de pesquisa. Morano (1973) defendeu que os trabalhadores são conscientes de suas aptidões e desempenhos (qualidades e fraquezas) e estão na melhor posição para determinar suas próprias necessidades de treinamento. Dessa forma, o uso de autoavaliação para ANT tem se tornado uma estratégia importante para as organizações, respeitando os aspectos éticos envolvidos no processo de avaliação. Outra opção metodológica apontada por estudos internacionais (McEnery & McEnery, 1987) é a comparação de autoavaliações com heteroavaliações (avaliação feita pelo supervisor e/ou colegas do sujeito avaliado), buscando verificar correlações ou diferenças entre esses tipos de avaliações. No Brasil, há poucos relatos de investigações sobre essas questões (Magalhães & Borges-Andrade, 2001).

Antes da fase de planejamento e execução do treinamento, é importante ter clareza sobre alguns dos fatores que podem influenciar a sua efetividade. Alguns eventos que ocorrem anteriormente ao treinamento podem ser tão ou mais importantes do que aqueles que acontecem depois do treinamento (Salas & Cannon-Bowers, 2001). Dentre esses fatores estão: condições ambientais, repertório prévio de conhecimentos, habilidades e atitudes, e outras características da clientela como experiência, treinabilidade, capacidade e estratégias cognitivas, autoeficácia, orientação para metas, motivação, atitudes, locus de controle,

expectativas, entre outras, como pode ser visto na Figura 10 (Meneses, Abbad, Zerbini, & Lacerda, 2006; Salas & Cannon-Bowers, 2001).

Fonte: Abbad e Borges-Andrade (2004)

Figura 10. Condições necessárias ao desempenho competente

De acordo com Tao, Yeh e Sun (2006), sem um entendimento claro das necessidades de treinamento, as ações educacionais de uma organização perdem a objetividade e eficiência, de forma a desperdiçar investimentos e recursos valiosos. Esses autores sugerem que a exatidão da avaliação de necessidades revela a legitimidade e efetividade de todo o processo de treinamento. Somado a isso, Abbad et al. (2006) argumentam que quando a avaliação de necessidades de treinamento é realizada de maneira prospectiva, ela permite que as organizações se antecipem às mudanças, oferecendo condições para sua equipe por meio da capacitação de sua força de trabalho, dando proatividade e dimensão estratégica às suas ações educacionais.

No Manual de Treinamento Organizacional, os autores Meneses et al. (2010) sugerem que há uma ineficiência dos processos de avaliação de necessidades de treinamento, que são um dos principais motivos para explicar o pequeno retorno dos investimentos organizacionais em ações educacionais. Segundo esses autores, existe com frequência no mundo organizacional um tipo de levantamento onde se perguntam aos funcionários quais cursos gostariam de fazer em um período específico. Essa iniciativa é problemática, pois apresenta uma falta de critérios para que as decisões de investimento em TD&E sejam tomadas (Abbad & Mourão, 2012; Meneses et al., 2010).

Em oposição às empresas multinacionais, Colauto e Beuren (2003) mostram que, em geral, os objetivos constitutivos das organizações hospitalares abrangem a captação, administração e maximização dos recursos financeiros, a fim de promover o contínuo atendimento médico. O foco das organizações hospitalares, principalmente aquelas de caráter

beneficente ou público, torna-se o atendimento direto ao paciente, e os recursos financeiros alcançados não têm sido aplicados a aspectos relacionados aos profissionais, como por exemplo, em cursos, treinamentos, congressos, entre outros. Diante disso, nota-se a importância de que os investimentos em ações educacionais em hospitais apresentem maior efetividade de mudanças nos resultados organizacionais, pois manter a prática indicada na literatura seria desperdiçar um recurso valioso que poderia estar sendo utilizado para a melhoria do atendimento direto aos pacientes (Abbad & Mourão, 2012; Meneses et al., 2010; Tao et al., 2006).

Desse modo, apresenta-se uma necessidade de elaboração de modelos de ANT que apresentem procedimentos mais criteriosos para que os investimentos na área de TD&E sejam bem aplicados. Apesar desta importância, a referida área ainda apresenta literatura científica insuficiente no que tange à criação e pesquisas de modelos mais eficazes de predição sobre que fatores influenciam na necessidade de treinamento de um indivíduo (Magalhães & Borges-Andrade, 2001; G.G. Silva & Meneses, 2012). Assim, torna-se necessário pesquisar sobre que fatores influenciam na necessidade de treinamento, contribuindo, desse modo, na construção deste campo do conhecimento.

De acordo com Ferreira (2009), há diversas nomenclaturas diferentes para processos relacionados à ANT na literatura científica. Cada uma dessas nomenclaturas carrega consigo uma particularidade descrita a seguir. As nomenclaturas utilizadas são: Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT); Análise de Necessidades de Treinamento (ANT) e Avaliação de Necessidades de Treinamento (ANT). Esse autor esclarece a distinção entre elas:

- a) Levantamento de Necessidades de Treinamento (LNT) - Mais utilizado para se fazer referência à coleta de informações realizada para ajudar na tomada de decisões sobre a efetivação de ações de treinamento. Em geral, o termo está associado ao uso de listagens de cursos (cardápios) ou temas julgados relevantes para a atuação dos profissionais de uma organização.
- b) Análise de Necessidades de Treinamento (ANT) - Mais empregada para destacar a natureza analítica do processo de diagnóstico de necessidades e para se referir ao emprego de modelos teóricos mais tradicionais de pesquisa.
- c) Avaliação de Necessidades de Treinamento (ANT) - Envolve um nível maior de profundidade. Este termo reflete processos de avaliação mais sistemática da natureza

das necessidades (cognitiva, afetiva, psicomotora), sua magnitude (forte, moderada, fraca) e a ordem de prioridade mais adequada para solucioná-las.

Além da diferença de níveis de complexidade do processo relacionado à necessidade de treinamento, como apresentado anteriormente, há, recentemente, discussões sobre o uso do termo “Avaliação de Necessidades de Aprendizagem”. Esta expressão mostra a necessidade de ampliação do conceito de Avaliação de Necessidades, buscando ir além do predomínio no uso de treinamentos para resolver as demandas por aprendizagem nas organizações. Por serem demandas diversas, elas podem ser atendidas com ações educacionais mais abrangentes também, incluindo práticas desde a Informação à Educação (M.R.M. Vargas & Abbad, 2006). Apesar dessas discussões, a expressão mais utilizada ainda é “necessidades de treinamento” e, desta maneira faz-se uso da expressão Avaliação de Necessidades de Treinamento para a presente pesquisa.

Não apenas a literatura nacional, mas também a literatura estrangeira indicam que a ANT é o ponto de partida dos processos sistemáticos de formação que contribuem para a estratégia global de formação de uma organização. Dentre os vários objetivos das ações educacionais estão o desenvolvimento do empregado, a gestão para preencher as necessidades atuais, a resolução de problemas de organização, atendendo às necessidades de mudança e desenvolvimento de carreira (Brown, 2002). Deste mesmo modo, Eerde, Tang e Talbot (2008) indicam que a abrangência da avaliação das necessidades é significativamente e positivamente relacionada com a eficácia organizacional. Uma ANT eficaz pode produzir dados internos valiosos para fazer o lado humano das empresas mais eficientes, eficazes e competentes.

Pode-se notar que o processo de ANT está sendo incorporado cada vez mais ao serviço público, como mostram diversas pesquisas: O governo do Estado da Louisiana, Estados Unidos, adotou um projeto de avaliação das necessidades para identificar as necessidades de melhoria de desempenho de treinamento de seus funcionários (Holton, Bates, & Naquin, 2000). O Estado de Idaho, Estados Unidos, também utilizou ANT para desenvolver um programa de desenvolvimento gerencial (Patton & Pratt, 2002). O Governo da Somália aplicou ANT em seu Ministério da Agricultura e órgãos constituintes (Collins & Mullen, 1992). No Egito, três organizações públicas adotaram ANT para identificar necessidade de treinamento de liderança e necessidades de desenvolvimento (Baradei & Newcomer, 2008). Apesar desse crescente uso que está sendo feito da ANT, cabe refletir sobre as maneiras e abordagens que estão sendo realizadas mundialmente.

Existem várias abordagens teórico-metodológicas para a ANT. A maior parte da literatura destaca principalmente três modelos: Modelo O-T-P (McGehee & Thayer, 1961), Modelo de Análise do Desempenho (Mager & Pipe, 1983) e Modelo do Papel Ocupacional (Borges-Andrade & Lima, 1983). Estes serão apresentados a seguir, com os modelos desenvolvidos por Abbad e Mourão (2012) e Ferreira (2009), recentemente propostos.

3.2. MODELOS DE ANT

A abordagem mais tradicional de avaliação de necessidades de treinamento é o Modelo O-T-P, lançado por McGehee e Thayer (1961) que organizaram a ANT em função de três níveis de análise: organizacional (*organization*), de tarefas (*task*) e individual (*person*). Esses níveis também são conhecidos como macro, meso e micro, respectivamente (Abbad et al., 2006). De acordo com esse modelo, no nível organizacional deve ser especificado onde, na estrutura organizacional, o treinamento se faz necessário. Na análise de tarefas, determina-se o que deve ser treinado, em termos dos conhecimentos, das habilidades e das atitudes (CHAs) para que se cumpram os padrões de desempenho determinados pelas organizações e respectivas unidades. Na análise individual, por fim, identifica-se quem na organização precisa receber treinamento (Ferreira et al., 2009; Pont, 2003). Esse modelo pode ser observado no esquema da Figura 11.

Fonte: Adaptado de Meneses et al. (2010)
Figura 11. Modelo OTP

Esses componentes receberam, anos depois, uma nova conceituação feita por Goldstein (1991) que se mantém atual e é utilizada como referência para a compreensão do processo de avaliação de necessidades (Kozlowski, Brown, Weissbein, Cannon-Bowers, & Salas, 2000). Esse autor expandiu o nível de análise organizacional incorporando considerações acerca do alinhamento entre os objetivos organizacionais e as necessidades

individuais de treinamento e sobre análise do clima organizacional. Desse modo, o primeiro nível de análise (análise organizacional) focaliza em um nível macro. Seu objetivo é conhecer a realidade da organização, suas estratégias e o clima organizacional, que envolve o exame do sistema organizacional como um todo. Devem ser considerados aspectos ambientais capazes de facilitar ou inibir a transferência dos conteúdos desenvolvidos, durante o treinamento no trabalho (Abbad, 1999; Meneses & Zerbini, 2009).

O segundo nível de análise abrange o exame das tarefas concernentes aos distintos papéis ocupacionais e a identificação dos CHAs necessários ao desempenho adequado dessas tarefas. A análise de tarefas é empregada como base para a definição dos objetivos instrucionais de treinamento que estão relacionados ao trabalho dos profissionais. Os procedimentos de análise de tarefas produzem, de modo geral, informações detalhadas e descritivas sobre tarefas e operações de um trabalho, assim como sobre as condições nas quais são executadas (Meneses & Zerbini, 2009). De acordo com Goldstein (1991), os passos para a realização da análise de tarefas seriam: detalhamento das tarefas, formação de grupos funcionais de tarefas, elaboração de CHAs, determinação das tarefas e CHAs relevantes, estabelecimento de relacionamento entre CHAs relevantes e tarefas, planejamento do ambiente de treinamento a partir do relacionamento entre tarefas e CHAs e validação de conteúdo dos CHAs elaborados.

O último nível de análise (individual) examina quem necessita de atividades de TD&E e que tipo de instruções são requeridas. Dessa forma, a avaliação de necessidades no nível individual envolve uma avaliação do desempenho dos profissionais para identificação de deficiências, desvios ou discrepâncias que podem ser removidos por meio de treinamento.

Embora o modelo O-T-P tenha definido os níveis de análise para a ANT, ele não indica informações sobre como escolher o melhor método e fonte de coleta de dados para a avaliação de necessidades em cada nível (Moore & Dutton conforme citado por Magalhães & Borges-Andrade, 2001). De acordo com Abbad et al. (2006), apesar da relevância dessas três análises para a efetividade dos programas e ações de TD&E, não houve pesquisas suficientes para criação de metodologias sistemáticas de avaliação integrada de necessidades nos diversos níveis de análise (indivíduo, tarefas, grupos ou equipes e organização).

Outro modelo bastante mencionado na literatura é o de análise de desempenho, proposto por Mager e Pipe (1983), cujo objetivo é identificar e mensurar desvios entre desempenhos reais e esperados, nomeando este desvio de discrepância. De acordo com Taylor, Driscoll e Binning (1998), neste modelo existe a necessidade de examinar a importância da discrepância, se é referente à deficiência de desempenho, à valoração do

desempenho e à presença de obstáculos que o restringem. Esta análise minuciosa faz com que seja possível a caracterização e precisão de necessidades de treinamento relativas exclusivamente a lacunas de competências. É um modelo que dá enfoque a discrepâncias existentes, mas não necessidades de aprendizagem contínua, e não diferencia necessidades orientadas para as tarefas de necessidades ligadas ao alcance de resultados organizacionais avaliados. De acordo com Ferreira et al. (2009), um princípio básico deste modelo para ANT é que a necessidade de treinamento só existe quando a lacuna no desempenho é atribuída unicamente à falta de conhecimento ou habilidades, e negligencia outros aspectos situacionais e motivacionais como o clima organizacional, significado do trabalho ou problemas motivacionais, também relacionados à questão do desempenho humano no trabalho. Assim, as ações de treinamento, segundo essa abordagem, tendem a agir reativamente nos efeitos e não nas causas das necessidades de treinamento.

Uma limitação desse modelo é que o foco da análise é individual, não sendo possível a avaliação de necessidades mais abrangentes como as de equipes, grupos ou organizacionais. Outra é a suposição de que apenas a formação é necessária para corrigir discrepâncias de desempenho. Ela exclui oportunidades de treinamento para melhorar continuamente o desempenho além dos níveis esperados, para treinar indivíduos ou grupos exemplares ou até mesmo para adiantar futuras mudanças organizacionais. Além disso, ele deixa de especificar como as informações podem ser coletadas para analisar as causas dos problemas de desempenho ou para determinar se o treinamento é necessário (Taylor et al., 1998). Vale ressaltar que ambas as abordagens reconhecem a importância de avaliar necessidades de treinamento como forma de garantir a efetividade de ações de TD&E em contextos organizacionais, ainda que haja limitações em ambos os modelos propostos (Magalhães & Borges-Andrade, 2001).

Outro modelo mencionado na literatura é o Modelo do Papel Ocupacional, desenvolvido por Borges-Andrade e Lima (1983). Uma metodologia de avaliação de necessidades de treinamento com base no enfoque do papel ocupacional deve ter como produto uma listagem de habilidades necessárias ao desempenho dos papéis ocupacionais pesquisados. Essas habilidades devidamente categorizadas representam os problemas de desempenho ou as discrepâncias relevantes identificadas na organização. É um modelo elaborado para realizar as análises de tarefa e individual, mas não organizacional. Este modelo foi a base do utilizado na presente pesquisa, pois se mostra como um modelo adequado às operacionalizações do processo de ANT, nos níveis de tarefas e individuais. Por esta razão foi apresentado de maneira mais detalhada a seguir.

Apesar de focar apenas análise de tarefas e individual, o modelo se tornou uma importante contribuição para a área de ANT. Conforme esta metodologia, papel ocupacional é um conjunto de expectativas e prescrições associadas à execução de tarefas em ambientes organizacionais (Meneses & Zerbini, 2009). Esse conjunto de expectativas e prescrições é apresentado em forma de CHAs (Conhecimentos, Habilidades e Atitudes), referentes ao desempenho de funcionários. De tal modo, na avaliação de necessidades baseada neste modelo devem ser consideradas as habilidades ou tarefas necessárias e relevantes para o desempenho dos indivíduos que atuam em cada papel, ou ainda, o que os indivíduos deveriam ser capazes de fazer para corresponder às expectativas que a organização ou o órgão regulamentador de sua profissão atribui aos seus papéis ocupacionais.

Do mesmo modo, necessidades de treinamento se relacionam às discrepâncias do desempenho do funcionário, ou seja, são diferenças observadas entre o desempenho atual do indivíduo e seu desempenho esperado pela organização. Segundo Borges-Andrade e Lima (1983), a identificação de uma necessidade de treinamento é resultado de um processo de decisão na qual existem duas alternativas indicadas para a diminuição ou supressão da discrepância: a) alterar as expectativas da organização a respeito do papel ocupacional; ou b) modificar o desempenho do indivíduo. A primeira alternativa sugere alterar as metas ou a cultura organizacional. Por outro lado, a segunda pode seguir diversos caminhos como, por exemplo, treinamento, quando existe uma discrepância nas habilidades do indivíduo.

A operacionalização desta metodologia de ANT envolve a construção, análise exploratória da estrutura empírica do questionário e aplicação de um instrumento que contenha as habilidades necessárias ao desempenho do papel ocupacional listado. No caso de organizações que têm a lista de competências necessárias para o cargo, estas são utilizadas para a construção do instrumento de ANT. Caso não exista, é necessário seguir um procedimento para o levantamento destes CHAs.

O levantamento das competências relacionadas ao papel ocupacional pode ser realizado por meio de *brainstorming* com um grupo de ocupantes do cargo, através de oficina em grupo ou até mesmo individualmente. Para que essas competências sejam utilizadas no instrumento de ANT, é necessário transformar os CHAs em assertivas que, associadas a escalas de julgamento, são avaliadas pelos funcionários. Essas assertivas são apresentadas em forma de objetivos instrucionais que são definidos em termos de descrições claras e precisas de conhecimentos, habilidades e atitudes que se almejam observar no comportamento do

indivíduo, após a realização do treinamento, quando as discrepâncias são sanadas, e seu desempenho poderá ser melhorado (Abbad et al., 2006).

Essas assertivas são julgadas quanto a sua importância (avalia a importância de cada atividade descrita para o bom desempenho no trabalho) e domínio (avalia a opinião em relação ao quanto o indivíduo domina as atividades descritas em cada item) para o papel ocupacional. As avaliações são feitas por meio de escalas do tipo “Likert”, de cinco pontos. A Escala de Avaliação da Importância varia de “1 = Nada importante para o meu desempenho” até “5 = Totalmente importante para o meu desempenho”. A Escala de Avaliação do Domínio varia de “1 = Não domino a habilidade” até “5 = Domino completamente a habilidade”.

Segundo Borges-Andrade e Lima (1983), os valores de importância e domínio formam um Índice de Prioridade Geral de cada competência, de modo que CHAs com importância elevada e domínio baixo são aqueles indicados para receber treinamento. Assim, $IPG = [Importância \times Domínio \text{ invertido}]$ para cada competência listada no instrumento de ANT. Este índice pode variar entre 1 e 25 e, segundo Borges-Andrade e Lima (1983), os valores superiores a 16 podem ser considerados necessidades de ações educacionais de primeira grandeza, ou seja, precisam ser treinados. O fluxograma da Figura 12 resume os passos metodológicos da Análise do Papel Ocupacional criada por Borges-Andrade e Lima (1983).

De acordo com S.M.V. Lima e Borges-Andrade (2006), os vários métodos de ANT, independentemente do modelo que se segue, utilizam uma sequência de procedimentos apresentada na Análise do Papel Ocupacional. Esses procedimentos, como mostra a Figura 12, seriam: a) identificação das competências na literatura por meio de *brainstorming* e grupos focais; b) descrição das competências, como CHAs, áreas de conhecimento e/ou etapas de processo; c) avaliação de descritores de competência, em termos de importância, frequência, relevância e domínio.

Fonte: Adaptado de Borges-Andrade e Lima (1983) e L.M. Vargas (2010)

Figura 12. Operacionalização do Modelo de Análise do Papel Ocupacional

Para finalizar a apresentação do método, os autores sugerem que uma das etapas importantes é a necessidade de determinar, por meio de análises estatísticas, quais características demográficas dos profissionais se correlacionam com a importância e o domínio conferidos a cada competência. Desse modo, torna-se possível a criação de grupos de indivíduos que poderiam indicar a clientela preferencial para cada treinamento.

Com o objetivo de ampliar o método de Análise do Papel Ocupacional, Ferreira (2009) propõe a inserção de variáveis contextuais que não foram mencionadas por Borges-Andrade e Lima (1983). Em resumo, o novo modelo proposto abrange múltiplos níveis de análise do

processo de ANT e classifica essas necessidades de acordo com a taxonomia de resultados de aprendizagem proposta por Bloom, Engelhart, Furst, Hill e Krathwohl (1972a). O modelo propõe a análise do contexto para dar início à avaliação de necessidades de treinamento. Segundo Ferreira (2009), no nível organizacional (macro), ocorre o alinhamento entre as estratégias organizacionais e das competências a serem analisadas. O contexto mencionado engloba variáveis do ambiente interno da empresa (cultura organizacional, estrutura, etc.) e do ambiente externo a ela (clientes, mercado, tecnologia, etc.). As transformações ocorridas neste nível de análise impactam em mudanças em todos os níveis da organização (meso e micro), de modo que se torna importante de ser reconhecido em um processo de ANT.

Depois de realizada a análise no nível macro e meso, o autor refere detalhes sobre o processo no nível individual. Com o objetivo de favorecer o processo de avaliação de necessidades de treinamento nesse último nível, é proposto que as descrições das competências referentes à função do indivíduo sejam realizadas sob a forma de CHAs. Ferreira (2009) sugere o uso de auto e heteroavaliação para a avaliação da importância e domínio de cada CHA, a fim de fazer o cálculo do Índice de Prioridade Geral (IPG), como apresentado por Borges-Andrade e Lima (1983). Após a priorização das competências a serem treinadas, deve-se categorizá-las de acordo com os seguintes critérios: 1) macro: engloba CHAs comuns a todos ou à maioria dos trabalhadores; 2) meso: competências compartilhadas por trabalhadores que exercem atividades diferentes, porém, complementares; 3) grupos: necessidades de TD&E de grupos de trabalho ou de funcionários de uma mesma categoria profissional, cargo ou função; 4) individual: abrange competências mais específicas que envolvem necessidades voltadas para a melhoria da qualidade de vida no trabalho.

Por fim, o modelo de Ferreira (2009) sugere a classificação das competências em função do grau de especificidade (competências técnicas específicas, competências replicáveis ou competências genéricas). Para completar a classificação, os CHAs devem ser descritos e classificados de acordo com as taxonomias descritas por Bloom, Krathwohl e Masia (1972), nos três domínios do indivíduo: cognitivo, afetivo e psicomotor. A Taxonomia de Bloom tem o objetivo de ajudar na identificação e declaração dos objetivos instrucionais (descritos em forma de competências) para facilitar o planejamento do processo de ensino e aprendizagem (Ferraz & Belhot, 2010). No modelo dessa taxonomia, os comportamentos e as cognições podem ser qualificados em níveis de complexidade (domínio cognitivo), internalização (domínio afetivo) e automatização (domínio psicomotor). Para que ocorra a aprendizagem, os três níveis precisam ser integrados, mesmo que haja destaque de um deles.

O domínio cognitivo está relacionado ao ato de aprender e dominar um conhecimento específico, ou seja, a obtenção de uma nova competência que inclui desde reconhecimento de fatos específicos até procedimentos-padrões de avaliação. Esse domínio é composto por seis categorias que representam grau de complexidade do menor para o maior: conhecimento, compreensão, aplicação, análise, síntese e avaliação. Para subir para uma nova categoria, é necessário ter obtido um desempenho adequado na de menor complexidade. O domínio afetivo está relacionado a sentimentos e posturas dos indivíduos. Abrange categorias relacionadas ao desenvolvimento da área emocional e afetiva, como, por exemplo, comportamentos de responsabilidade, respeito e valores. As categorias desse domínio são: receptividade, resposta, valorização, organização e caracterização. Por fim, o domínio psicomotor é referente a habilidades físicas psicomotoras específicas. Englobam comportamentos ligados a reflexos, percepção, habilidades físicas, movimentos aperfeiçoados e comunicação não verbal. As categorias desse domínio são: imitação, manipulação, articulação e naturalização (Bloom, Engelhart, et al., 1972a, 1972b; Bloom, Krathwohl, et al., 1972; Ferraz & Belhot, 2010).

Em 2001, essa Taxonomia foi revisada por um grupo de pesquisadores (Anderson et al., 2001), dentre eles Krathwohl (2002) que participou da criação da taxonomia original e que, no ano seguinte, publicou um artigo apresentando resumidamente esta revisão. Nessa nova versão, o conhecimento está dividido em dois tipos: (1) dimensão do processo cognitivo e (2) dimensão do conhecimento. A dimensão de conteúdo assimilado está subdividida em (a) Efetivo/factual; (b) Conceitual; (c) Procedural e (d) Metacognitivo. Já a dimensão de processo está dividida em (a) Lembrar; (b) Entender; (c) Aplicar; (d) Analisar; (e) Sintetizar e (f) Criar (Krathwohl, 2002), como mostra a Figura 13.

		Dimensão do processo cognitivo					
		Lembrar	Entender	Aplicar	Analisar	Sintetizar	Criar
Dimensão do conhecimento	Efetivo/factual						
	Conceitual			x			
	Procedural					x	
	Metacognitivo						

Fonte: Adaptada de Krathwohl (2002)

Figura 13. Caráter bidimensional da Taxonomia de Bloom revisada

Apesar da existência da taxonomia revisada, foi decidida, no presente estudo, a utilização da versão original com a separação dos domínios cognitivo, afetivo e psicomotor. Isso ocorreu por se tratar de uma divisão mais didática e que possibilita uma discussão mais ampliada devido à temática se relacionar com a área da sexualidade, assunto cujo domínio afetivo ganha destaque.

Após três anos do modelo de Ferreira (2009), as autoras Abbad e Mourão (2012) apresentaram um ensaio teórico com o objetivo de propor um novo modelo de avaliação de necessidades de treinamento. Este modelo é baseado em uma taxonomia de resultados de aprendizagem e enfoca diversos níveis de análise. O modelo de ANT proposto é decorrente de um conjunto de resultados de pesquisas empíricas e extrapola o nível de análise de tarefas e individual, incluindo o nível organizacional e de grupo. Segundo as autoras, o modelo proposto permite uma articulação entre estudos empíricos sobre ANT e sua aplicação prática em organizações de trabalho. Isso se torna possível diante da aplicação adequada deste modelo que fornece informações necessárias ao planejamento de ações educacionais e de treinamento que podem promover o desenvolvimento de competências complexas que são valorizadas pelo mercado de trabalho. Esse desenvolvimento mencionado demanda programas educacionais variados, currículos e programas de aprendizagem contínua e de educação permanente (ao longo de toda a vida). O diagrama do modelo conceitual de ANT proposto por estas autoras pode ser visto na Figura 14.

Fonte: Abbad e Mourão (2012)

Figura 14. Modelo conceitual de avaliação de necessidades de treinamento desenvolvido por Abbad e Mourão (2012)

O foco fundamental no modelo é a identificação de necessidades relacionadas ao alcance de resultados e objetivos estratégicos da organização. Esta abordagem de pesquisa enfoca o processo de ANT englobando múltiplos níveis, definindo conceitos, medidas e métodos ajustados com cada nível de análise, assim como a avaliação dessas necessidades e usando como critério o grau de complexidade, abrangência e diversidade dos perfis do público-alvo. A análise do contexto é um dos fatores essenciais neste modelo de ANT e inclui a identificação de variáveis influentes no nível de eficácia e de efetividade do treinamento. Essas variáveis podem ser consideradas de diversas maneiras e devem ser identificadas antes de se propor um programa de TD&E. Desse modo, as necessidades de treinamento surgem das pressões tanto de variáveis contextuais internas como de externas da organização em seus diversos níveis.

Apesar de terem sido desenvolvidos dois novos modelos (Abbad & Mourão, 2012; Ferreira, 2009), após o modelo de Análise do Papel Ocupacional criada por Borges-Andrade e Lima (1983), ambos foram desenvolvidos e são integrados a este último. Além disso, este

estudo trata de competências muito específicas no trabalho dos profissionais de enfermagem (sexualidade), o que dificulta a visualização do impacto desses CHAs no nível organizacional. Sendo assim, esta tese utilizou a Análise do Papel Ocupacional como metodologia para ANT pela grande contribuição nos níveis de tarefa e individual.

3.3. PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM ANT

A produção científica na área de ANT engloba estudos nacionais e internacionais realizados desde o início deste campo do conhecimento até os dias atuais, estudos clássicos, revisões de literatura, estudos empíricos e teóricos, enfim, uma variedade de tipos de investigação do conhecimento. A partir das revisões de literatura internacionais sobre TD&E e ANT, é possível observar o avanço da área de ANT desde seu início até os dias atuais (Aguinis & Kraiger, 2009; Gould, Kelly, White, & Chidgey, 2004; Iqbal & Khan, 2011; Salas & Cannon-Bowers, 2001). Essa evolução foi notada não apenas em relação aos modelos metodológicos utilizados para esse processo, mas também em relação à finalidade e abrangência da ferramenta para a organização e categoria profissional. Embora seja possível verificar esse incremento da área, no contexto internacional o modelo predominante ainda é o O-T-P, proposto por McGehee e Thayer (1961). Apesar desse massivo uso, não há muitas pesquisas propondo validar ou contradizer esse método, mostrando uma lacuna na área de ANT. Além disso, há carência em pesquisas sistemáticas que visam a identificar antecedentes de transformações organizacionais ou sobre a relação entre os modelos de ANT e a efetividade das ações de treinamento.

As revisões internacionais analisadas sugerem que há uma lacuna de pesquisas empíricas que realizam a validação ou buscam evidenciar a funcionalidade dos métodos e modelos disponíveis na literatura. Outro fator importante é a ausência de referências sobre pesquisas brasileiras. Além da carência de pesquisas na área de avaliação de necessidades de treinamento, essa falta pode ocorrer também devido à língua de publicação dos estudos. Grande parte da produção nacional em ANT permanece publicada na língua portuguesa, o que limita que o conhecimento brasileiro se expanda pelo restante do mundo. Desse modo, vale a reflexão sobre a importância de publicações internacionais ou em língua inglesa das pesquisas brasileiras, como forma de alcançar melhor visibilidade do esforço e investimento que é realizado neste país.

A partir da análise da literatura nacional em ANT, pode-se notar um avanço teórico-metodológico em relação à literatura internacional apresentada, devido à existência de

modelos mais recentemente criados e estudados empiricamente, considerando como base aqueles desenvolvidos e utilizados mundialmente (Abbad & Mourão, 2012; Castro & Borges-Andrade, 2004; Ferreira & Abbad, 2013; Ferreira et al., 2009; S.M.V. Lima, Castro, & Machado, 2007; Meneses & Zerbini, 2009). Percebem-se, na literatura brasileira, esforços para aperfeiçoamento, validação e atualização dos modelos vigentes. Podem ser observadas tentativas de identificar necessidades de treinamento em níveis mais abrangentes, relacionados a processos organizacionais estratégicos, bem como necessidades futuras de treinamento. Um dos avanços que pode ser destacado inclui a diversificação das técnicas de coleta de dados através do uso de grupos focais, Técnica Delphi e incidentes críticos delineados especificamente para a avaliação de necessidades de treinamento. Contudo, apesar dos avanços encontrados, ainda há muito que se estudar nesta área, a fim de aprimorar o campo da ANT e oferecer às organizações um modelo mais eficiente e com melhor predição para as variáveis envolvidas. Na próxima seção, serão apresentadas pesquisas empíricas recentes com o objetivo de atualizar o campo da ANT sobre que técnicas e modelos estão sendo utilizados nos últimos tempos, assim como os resultados encontrados.

3.3.1. Análise das pesquisas recentes de ANT

Com o objetivo de atualizar o campo de pesquisa nacional e internacional, foi realizada uma revisão mais detalhada de artigos, dissertações e teses sobre o tema de ANT, entre 2010 e 2012. O texto a seguir faz um panorama geral sobre as propostas dos principais estudos levantados, dando destaque às especificidades da metodologia utilizada para a avaliação de necessidade de treinamento, que modelo teórico-metodológico segue, assim como os resultados desses estudos e, por fim, discorre sobre o estado científico que caracteriza a área de ANT. Os estudos selecionados para a análise da literatura recente em ANT podem ser vistos na Tabela 4.

Tabela 4

Estudos selecionados para a análise da literatura recente em ANT

Autores	Ano	Título
Anastasiou, Valkanos e Brinia	2012	Professional Development of the Administrative Staff of Vocational Training Institutes (IEKs): An empirical study concerning the training needs of headmasters and vice-headmasters in Greece
Campos	2012	Avaliação de necessidades de treinamento de empresários juniores brasileiros
Chen e Hung	2012	The Utility of OTP Model in Taiwan Coast Guard
Cunha et al.	2010	Necessidades de formação para o exercício profissional na perspectiva do treinador de futebol em função da sua experiência e nível de formação
Hoffman-Câmara, Abbad, Meneses e Ferreira	2010	Necessidades educacionais complementares do bacharel em turismo: aplicação do método da análise do papel ocupacional
G.G. Silva e Meneses	2012	Necessidades de treinamento organizacional e motivação para trabalhar
Gallagher et al.	2012	A training needs analysis of neonatal and paediatric health-care staff in a tertiary children's hospital
Grason et al.	2012	Findings from an Assessment of State Title V Workforce Development Needs
Huerta, Audet e Sabata	2012	The GDOR model. A new methodology for the analysis of training needs: The case of Andorra
Pennington	2011	Using a training needs analysis framework in career development
C.H. Rodrigues	2012	Avaliação de necessidades de treinamento: validação de um instrumento e estudo descritivo dos aspectos considerados por organizações públicas federais brasileiras na realização da ANT
Skica e Rodzinka	2012	The analysis of training needs in public institutions operating in health care sector in the Podkarpacie Province
Sutton e Booth	2012	What type of leader am I?: a training needs analysis of health library and information managers

As pesquisas, de modo geral, apresentaram ampla gama de metodologias e modelos utilizados, assim como as técnicas de coleta de dados, como pode ser visto na Tabela 5 onde estão descritos os trabalhos selecionados no levantamento bibliográfico e que são importantes para o conhecimento da área.

Tabela 5

Aspectos metodológicos dos estudos recentes em ANT

Autores e ano	Objetivo	População	Coleta de dados	Instrumentos de medida
Anastasiou et al. (2012)	Investigar as necessidades de treinamento do pessoal administrativo em uma instituição particular de ensino público na Grécia.	11 diretores e 11 vice-diretores que detêm os cargos administrativos de 11 institutos públicos de formação profissional (IEKs) na prefeitura de Salónica, na Grécia.	Para realizar a ANT foram realizadas entrevistas estruturadas.	Na entrevista foi utilizado um questionário específico com perguntas sobre os dados demográficos, funcionais, objetivos dos participantes para o ano letivo, percepção de sucesso e fracasso recente na atuação, que mudanças gostaria de ver feito no currículo ou procedimento de ensino nas IEKs, o que gostaria de mudar na forma como a escola (ou sistema escolar) é administrada e, por último, que novas habilidades gostaria de ter que não obteve em sua educação formal.
Campos (2012)	Realizar uma avaliação das necessidades de treinamento dos empresários juniores brasileiros	Amostra de 121 empresários juniores para avaliação de Empresas Juniores (organizações que objetivam contribuir para a formação profissional de seus integrantes).	Foram realizadas análise documental, entrevistas coletivas com 34 empresários juniores e 22 entrevistas individuais com ex-empresários juniores, docentes e profissionais atrelados ao fomento dessas organizações. APO (Análise do papel ocupacional).	Após validação por juízes e as adaptações advindas dela, a versão do questionário para a realização da ANT ficou com 67 itens, divididos em quatro categorias: indivíduo, equipe, macroprocessos e contexto. Esses itens foram avaliados através de uma escala Likert de 11 pontos (0 a 10) por indicadores de domínio e importância. Avaliação do suporte oferecido às EJs, dados demográficos e funcionais por meio de um questionário <i>online</i> .
Chen e Hung (2012)	(1) obter dados empíricos para o processo de ANT em uma organização do governo; (2) comparar as necessidades de treinamento entre a polícia militar e marítima em Taiwan Coast Guard, (3) prestar assessoria gerencial para TCG em aplicação dos resultados do estudo, (4) demonstrar como os resultados deste estudo podem ser aplicados a trabalhos semelhantes em outras organizações.	Polícia militar e marítima em TCG (Taiwan Coast Guard). A amostragem foi randomizada e de níveis diferentes de pessoal de linha de frente do TCG. Este estudo analisou os questionários dos 1.422 militares e 577 policiais.	Os membros da força-tarefa realizaram análise organizacional e desenvolveram um questionário de autoavaliação para ser autoministrado baseado no conjunto de habilidades superiores, divididas entre habilidades operacionais, administrativas e gerenciais, listadas a partir de entrevistas e observações realizadas durante o expediente.	Primeira seção do questionário: dados demográficos Segunda seção: voltada para os objetivos do curso e competências. Escala do tipo <i>Likert</i> de cinco pontos foi utilizada para que os entrevistados classificassem as suas percepções das habilidades a partir dos seguintes indicadores: 1) frequência: indica quantas vezes os funcionários aplicam suas competências em seus trabalhos. 2) importância: revela a relevância do desempenho de trabalho bem-sucedido e é algo relacionado ao aprendizado motivação; 3) competência (domínio): representa necessidades discrepantes no nível de desempenho; 4) urgência: mostra a pressão que se deve aprender. O paradigma de urgência revela a prioridade de ação.

Continua

Tabela 5. Continuação.

Autores e ano	Objetivo	População	Coleta de dados	Instrumentos de medida
Cunha et al. (2010)	Realizar a identificação das necessidades de treinamento de treinadores de futebol em função dos anos de experiência profissional e da formação federativa.	A pesquisa contou com 81 treinadores portugueses. Os treinadores participantes da pesquisa possuem em maioria (60,4%) o curso de nível I da Federação Portuguesa de Futebol.	A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário construído e validado neste estudo.	O questionário foi dividido em duas partes: a primeira referente a dados demográficos e a segunda relativa à avaliação de necessidades de treinamento através de uma escala de Likert de cinco pontos (1: não necessito, 5: a necessito muitíssimo) para avaliar os 26 itens de competências mapeadas. As competências foram categorizadas através do domínio: (a) Competências relacionadas com o Treino; (b) Competências relacionadas com a Competição; (c) Competências relacionadas com a Gestão Desportiva; (d) Competências relacionadas com o Papel de Formador; (e) Competências Pessoais.
Hoffman-Câmara et al. (2010)	Analisar as necessidades de treinamento de competências de formandos de cursos de Turismo de nove instituições do Distrito Federal.	A amostra de participantes desta pesquisa foi 165 estudantes, sendo que a maioria (58,8%) era do sexo feminino, com idade entre 20 e 24 anos (43,6%).	Método de análise do papel ocupacional.	Para este estudo, foi elaborado um instrumento de ANT com 23 competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), tomando como base as diretrizes curriculares do Ministério da Educação e Cultura para a formação de turismólogos. Foram associadas a este instrumento duas escalas de julgamento do tipo Likert (importância e domínio), variando de 0 a 3.
G.G. Silva e Meneses (2012)	Investigar a relação entre motivação para o trabalho e complexidade de necessidades de treinamento.	O estudo foi conduzido no Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), uma autarquia federal vinculada ao MEC.	A coleta de dados por meio desses dois instrumentos foi realizada via Internet. No mesmo dia em que os questionários foram enviados para o e-mail institucional de todos os servidores, o Presidente da Autarquia enviou uma mensagem de apoio à pesquisa, na qual ressaltava a importância da participação de todos. APO (Análise do papel ocupacional).	Construíram e validaram teórica e empiricamente um instrumento para ANT (baseado na Análise do Papel Ocupacional) bem como adaptaram e validaram teórica e empiricamente um instrumento para avaliar a motivação para o trabalho.

Continua

Tabela 5. Continuação.

Autores e ano	Objetivo	População	Coleta de dados	Instrumentos de medida
Gallagher et al. (2012)	Explorar as necessidades de treinamento dos profissionais que trabalham com famílias e pacientes em cuidados paliativos.	111 profissionais de cuidados paliativos, dentre eles 61% de enfermeiros, 25% médicos e o restante distribuído em fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, cientistas clínicos, psicólogos e fonoaudiólogos.	Questionário <i>online</i> .	Para realização da pesquisa, foi construído um questionário baseado em itens de percepção de conhecimento, confiança e suporte dos profissionais de saúde neonatal e pediátrica para serem julgados através de uma escala Likert.
Grason et al. (2012)	Descrever os resultados de uma avaliação de 2008 de competências "Título V da força de trabalho" e necessidades de formação a nível estadual, e analisar as preferências e as barreiras relacionadas com a educação disponível e oportunidades de formação.	Foram enviados pedidos para 112 líderes do programa para ajudar com a pesquisa, de modo que destes programas, 49 MCH - Saúde Materno-Infantil - (96%) e 44 CYSHCN - Crianças e Jovens com Necessidades Especiais de Saúde - (86%) responderam.	Os participantes da avaliação foram solicitados a responder sobre as perspectivas dos funcionários sobre áreas programáticas, ao pessoal de linha e os níveis de gestão. Avisos em correspondência e contatos pessoais para aqueles que não respondem dentro de um mês.	Itens de avaliação foram baseados em conceitos incorporados em cinco modelos de competências desenvolvidas por ATMCH, MCHB, a Associação das Escolas de Saúde Pública (ASPH), o Conselho sobre as ligações entre Academia e Prática de Saúde Pública, e pela Avaliação AMCHP da Capacitação para Programas Estaduais Título V (ELENCO-5). Vários itens de avaliação foram elaborados a partir dos estudos de 1992 e 2000, a fim de documentar as tendências temporais.
Pennington (2011)	Descrever como um departamento tem usado a ferramenta de ANT para identificar e tratar a formação de pessoal e as necessidades de CPD (Desenvolvimento Profissional Contínuo), e como isso ajudou a cumprir os objetivos individuais, departamentais e organizacionais.	Participaram da pesquisa enfermeiros, um fisioterapeuta, um nutricionista e um cientista clínico, selecionados pela confiança e facilitado pelos professores da Universidade de Salford.	Foram distribuídos 70 questionários, dentre os quais 65 (93%) foram respondidos.	Para a investigação foi desenvolvido um questionário dividido em duas seções: A primeira parte foi projetada para obter as informações sobre formação continuada, tempo gasto com essa atividade, quando o respondente considera o melhor momento para EAD. A segunda parte sobre treinamentos específicos referentes ao trabalho, como: se os entrevistados reconhecem que tiveram treinamento adequado para fazer desempenhar sua função, sugestões para melhorar o percurso de formação, como identificar áreas de trabalho em que os inquiridos se sentem competentes, e uma pergunta aberta pedindo sugestões sobre como melhorar a prestação de CPD e treinamento, com espaço para comentários adicionais.

Continua

Tabela 5. Conclusão.

Autores e ano	Objetivo	População	Coleta de dados	Instrumentos de medida
C.H. Rodrigues (2012)	Investigar os aspectos considerados por organizações públicas federais na realização de ANT, baseado na percepção dos profissionais de RH dessas instituições.	Participaram desta pesquisa 213 profissionais de 81 organizações públicas de todo o Brasil.	1) elaboração e validação teórica e empírica do instrumento; 2) descrição dos aspectos considerados por tais organizações; 3) testagem das relações entre os aspectos evidenciados e as características organizacionais e das unidades responsáveis pelo processo de TD&E.	Foi construído e validado instrumento para identificar os aspectos apreciados por organizações públicas federais brasileiras na ANT. O questionário apresentou bons índices psicométricos de validação e confiabilidade.
Skica e Rodzinka (2012)	Diagnosticar as necessidades de treinamento dos funcionários de centros de saúde de uma província na Polônia.	O estudo foi feito em 50 centros de saúde de 22 cidades diferentes.	Participantes foram questionados sobre treinamento recebido, tempo decorrido desde essa ação educacional, área de interesse para receber treinamento externo, que tipo de fundos seu centro de saúde utiliza para as atividades educacionais, e ele considera que treinamentos externos são motivadores para os funcionários.	Questionário com perguntas sobre treinamentos externos e financiamento recebido para esse fim.
Sutton Booth (2012)	Realizar uma análise das necessidades de treinamento (ANT) de habilidades de liderança de bibliotecários de saúde e gestores de informação da Inglaterra, incluindo competências atuais e de planejamentos futuros.	153 bibliotecários de saúde e gestores de informação da Inglaterra.	1) questões demográficas; As seções seguintes (2 a 5) foram adaptadas a partir do instrumento Influencing Skills Style Profile (ISSP). 2) Técnica dos incidentes críticos; 3) Pergunta aos entrevistados sobre suas respostas gerais a situações desafiadoras rotineiras; 4) Exame de como os entrevistados se sentem sobre suas atuais competências e habilidades; 5) Questões sobre como eles gostariam de desenvolver as habilidades interpessoais, tratando-se de um desenvolvimento futuro segundo os autores.	Influencing Skills Style Profile (ISSP)

Como pode ser visto na Tabela 5, tanto na literatura recente nacional quanto na internacional, pode-se notar a variedade de metodologias que ainda são utilizadas e práticas distintas em relação ao grau de complexidade do processo de ANT vigente. Na literatura nacional, observa-se uma prevalência de modelos baseados na APO (Análise do Papel Ocupacional) ou variações deste modelo, como pode ser exemplificado pelos trabalhos brasileiros descritos a seguir. Vale ressaltar que a maioria das pesquisas é descritiva sobre necessidades de treinamento de contextos específicos e que não busca investigar variáveis preditoras para a contribuição da construção de um modelo empírico de predição. Investigar modelos de predição empíricos em relação à ANT pode facilitar a atuação de gestores organizacionais que trabalham com ações educacionais.

O estudo realizado por Hoffman-Câmara et al. (2010) apresentou, no contexto nacional, uma aplicação do modelo APO em uma categoria profissional, ao invés de focar em uma ou mais organizações, de forma que ampliou o uso, superando o contexto organizacional. Os resultados apontam que os estudantes de turismo pesquisados consideraram como importantes praticamente todas as competências determinadas pelo MEC para seu curso (Média global: 2,52), apesar de existir lacuna em relação ao domínio de tais competências (Média global: 1,54) pelos alunos em fase de conclusão de curso, principalmente competências de maior nível de complexidade e associadas ao exercício da profissão. Neste caso, cabe refletir sobre a importância de oportunidade de aprendizagem com maior articulação entre ensino de graduação, pesquisa e extensão, de modo a oferecer ao estudante a capacidade maior em relação à natureza complexa das competências exigidas do profissional de turismo. Uma limitação é que o instrumento de ANT foi baseado apenas nas diretrizes do MEC, sem uma verificação se as competências consideradas expressam a realidade do mercado de trabalho.

Outra aplicação do modelo APO pode ser vista no estudo realizado por G.G. Silva e Meneses (2012). Essa pesquisa teve como hipótese principal a ideia de que, salvo influência de características sociodemográficas específicas, indivíduos mais motivados para o trabalho teriam a tendência a indicar necessidades de treinamento mais complexas, baseadas na taxonomia de Bloom, Krathwohl, et al. (1972). Esse trabalho, embora não tenha comprovado a hipótese central de que ANT estava relacionada à motivação por trabalhar, apresentou contribuições na medida em que vislumbrou mais um tipo de uso possível do IPG e do método da APO de modo geral, possibilitando uma avaliação de variáveis de controle e/ou variáveis preditoras das necessidades de treinamento. Os autores reforçam que a motivação por trabalhar não pode ser considerada como preditora direta de necessidades de treinamento

em modelos de investigação da natureza estudada e refletem que, de acordo com as teorias motivacionais de processo, a motivação por trabalhar é produto ambiental e dependente, portanto, da maneira como as condições de trabalho são gerenciadas. Deste modo, uma importante contribuição desta investigação sugere que, em modelos futuros, a motivação seja considerada como variável mediadora ou moderadora, ou mesmo de controle estatístico em desenhos, da relação entre condições de trabalho e desempenho humano, e não como preditora direta deste. Os autores constataram também a existência de diferenças estatisticamente significativas entre tempo de serviço e necessidades de treinamento, corroborando os resultados encontrados por Magalhães e Borges-Andrade (2001).

Na pesquisa realizada por Campos (2012), as prioridades de necessidades de treinamento encontradas são referentes a capacidades de analisar cenários e de garantir a efetividade das ações da Empresa Júnior. Notam-se altos valores de importância percebida para a maioria dos itens. Esse achado pode indicar a relevância das competências genéricas identificadas, como explicado pela autora, levando a refletir sobre a inclusão delas nas grades curriculares da graduação ou em disciplinas elaboradas para atender a demandas de aprendizagem de empresários juniores. Outra possibilidade poderia ser a falta de discriminação da real importância das competências analisadas pelos empresários juniores, supervalorizando as funções desempenhadas por eles. Em relação à escala de domínio, pode-se observar que os valores também são relativamente altos com média geral de 7,56, apesar de apresentar maior dispersão, de modo que, pelo menos, 20% das respostas apresentaram valor próximo de cinco.

Percebendo a importância da ANT para a identificação e a priorização de investimentos realizados na área de TD&E, bem como a carência constatada na pesquisa empírica sobre o tema, H. Rodrigues (2012) realizou a pesquisa cujos resultados indicam que as organizações tendem a considerar na análise organizacional as necessidades provenientes de elementos de ambiente interno, em detrimento do ambiente externo. No nível das tarefas, são priorizadas as necessidades relativas ao papel ocupacional e à percepção das chefias sobre as necessidades, e, no nível individual, têm preferência as necessidades que expressam a aquisição ou atualização de conhecimentos e a percepção do próprio indivíduo sobre suas necessidades. O autor menciona que existem diferenças estatisticamente significativas entre os escores de organizações que possuem processos sistemáticos e formais de ANT e os de empresas que não realizam esse processo ou que utilizam abordagens *ad hoc* (abordagem de consulta a especialistas em conteúdo). Isso indica que as organizações com processos sistemáticos de ANT consideram um maior conjunto de aspectos na avaliação das necessidades que as outras organizações. Vale ressaltar que não há diferenças significativas

entre aquelas que utilizam abordagens *ad hoc* ou que não realizam ANT, segundo os respondentes.

Um dos trabalhos internacionais da área de ANT analisado foi o realizado por Sutton e Booth (2012) que apresentaram uma forma de operacionalizar a ANT mais integradora, envolvendo diversos métodos de identificação, dentre eles incidentes críticos de experiência na área e como o participante gostaria de desenvolver suas habilidades. Vale a pena ressaltar que o uso de apenas este último recurso como critério de tomada de decisão pode colocar em risco os recursos investidos, por não ser baseado nas competências específicas. Porém, de forma integrada, pode ser um adequado método de mapear as necessidades de treinamento.

De acordo com Skica e Rodzinka (2012), entre as áreas temáticas de treinamentos que são de interesse para os gestores públicos dos centros de saúde pesquisados, não há diferenças na estrutura de indicações, e não há critérios para hierarquia de importância dos programas de formação oferecidos às instituições. A maioria dos entrevistados (92%) declarou que treinamento é um fator de motivação importante ou muito importante para os trabalhadores. Um ponto positivo desse estudo é o mapeamento da área de TD&E, de modo a descrever como é seu funcionamento nos centros de saúde, que tipo de financiamento os centros recebem para isso e a percepção dos funcionários em relação ao treinamento influenciar na motivação deles. Porém, esse tipo de metodologia ainda deixa dúvidas em relação a uma adequada avaliação de necessidades de treinamento, visto que foi realizada a partir da declaração dos funcionários sobre em que área desejam receber um treinamento externo, sem considerar quais resultados organizacionais os centros gostariam de obter a partir do oferecimento de melhor qualificação para seus funcionários ou que tipo de competências específicas eles necessitam de treinamento.

Com um tipo de metodologia semelhante, está o estudo realizado por Anastasiou et al. (2012) que utilizaram a indicação de habilidades em que o profissional gostaria de aprimoramento como parte fundamental de sua coleta de dados. Os autores sugerem que alguns dos funcionários administrativos possam ter dado respostas ambíguas, erradas ou até mesmo distorcidas, tendo como único indicador o que é aceitável no contexto da comunidade acadêmica, independentemente de suas verdadeiras opiniões ou pensamentos. Esses fatores dificultam a melhora das pesquisas e da prática na área de ANT, pois, sem métodos adequados, podem-se difundir conhecimentos distorcidos da realidade. Essa pesquisa pode ser vista como um exemplo da importância de serem criados modelos teórico-metodológicos mais estruturados para buscar cada vez mais coerência com a realidade e, assim, obter melhores resultados organizacionais, evitando vieses como os apontados pelos autores.

Dentre as pesquisas internacionais, destaca-se aquela realizada por Grason et al. (2012). Segundo esses autores, a maioria dos programas analisados (74%) avalia as necessidades de treinamento do seu pessoal pelo menos anualmente. Avaliação das necessidades de treinamento é realizada para ajudar a melhorar as competências e desempenho dos funcionários, para o desenvolvimento do programa geral e melhoria, e para atender às exigências de formação do programa. Embora os programas colem informações sobre as necessidades de treinamento de pessoal, a sua capacidade de atender a essas necessidades é limitada: apenas 1% dos programas informou que têm a capacidade de proporcionar formação adequada e acessível em todas as áreas. A maioria dos estados, no entanto, oferece formação em algumas áreas (73%). Pode-se observar que essa pesquisa, além de apresentar as áreas em que os indivíduos necessitam de treinamento, mapeou detalhadamente a situação da área de TD&E nos Programas estudados. Mesmo com a estruturação maior do que os estudos anteriormente apresentados, a avaliação de necessidades de treinamento fica englobada por identificação de áreas gerais, não especificando competência ou suas complexidades. Além disso, a identificação destas áreas é por uma simples pergunta: em que áreas dentre as listadas você tem mais necessidade de treinamento?

Esses achados corroboram a pesquisa realizada por Abbad e Mourão (2012) que relatam que avaliações de necessidades de treinamento por meio de listas de temas ainda parecem ser uma das formas mais utilizadas pelas organizações e pesquisadores. Este tipo de metodologia pode ser adequado se a organização está em processo de descrição das competências de cada cargo e quer investir em capacitação durante este período. Outra utilização interessante para este recurso metodológico é para treinamentos básicos de regras, normas e assuntos pouco explorados na organização e que precisam ser desenvolvidos progressivamente. Porém, em caso de competências mais complexas, sugere-se evitar este tipo de avaliação das necessidades de treinamento por não oferecer dados detalhados o suficiente com a complexidade dessas competências.

No estudo realizado por Pennington (2011), na Inglaterra, os resultados apontam que 20% dos entrevistados relataram não ter formação adequada para realizar suas tarefas com competência. A avaliação de necessidades de treinamento foi feita a partir de levantamento de áreas com os funcionários e não apresenta relacionamento de predição das variáveis relacionadas à ANT. O autor menciona que nesta organização qualquer percepção de falta de treinamento dos entrevistados significou que não poderiam realizar seu trabalho com competência e que ações educacionais foram planejadas imediatamente pela organização. Pennington (2011) relata que há uma necessidade crescente do aprimoramento da eficácia de

custos em cuidados de saúde e por isso os gestores devem ser capazes de avaliar e aprimorar a prestação de desenvolvimento profissional contínuo da sua equipe, a fim de atender às necessidades do departamento e de pessoal, em vez de desperdiçar recursos potencialmente valiosos. A justificativa para essa atuação é muito válida e por esse mesmo motivo o ideal seria que esses recursos valiosos fossem aplicados em diagnósticos mais precisos e ações educacionais que realmente trarão resultados organizacionais.

No mesmo país, foi desenvolvido por Happell, Scott, et al. (2013) um estudo para avaliar as necessidades de treinamento de enfermeiros na área de saúde mental, utilizando metodologia qualitativa, a fim de mapear detalhadamente os assuntos que mais surgiam como necessidade de treinamento. Desse estudo surgiram alguns temas principais: (a) a necessidade de formação de saúde física, (b) os modos de qualificação profissional, (c) o acesso à formação profissional, e (d) o comprometimento organizacional. Os autores ressaltam que a filosofia e o projeto de qualificação profissional em uma organização devem refletir contexto local de trabalho e levar em consideração os estilos de aprendizagem individuais, além do suporte organizacional em geral.

A partir do levantamento qualitativo realizado, nova pesquisa foi conduzida a fim de detalhar as competências específicas que os enfermeiros apresentam como necessidades de treinamento relacionadas a cuidados físicos com os pacientes (Happell, Scott, et al., 2013). Foi desenvolvido um levantamento quantitativo com mais de 600 enfermeiros dentre os quais mais de 60% relataram necessidade de treinamento para lidar com questões de sexualidade.

Ponderando a variedade de metodologias possíveis para se realizar a ANT, pode-se considerar que existem estudos de ANT com metodologias menos estruturadas, outros mais, como é o caso do estudo realizado por Cunha et al. (2010) cujos resultados sugerem que os treinadores com formação federativa mais elevada (níveis II e III) reconhecem menores necessidades de treinamento que os treinadores sem a formação federativa. Na análise das competências profissionais em função dos anos de experiência como treinador desportivo, verificou-se que os treinadores mais experientes reconheceram menores necessidades de formação em áreas específicas, quando comparados aos menos experientes. Esses achados sugerem a importância de serem utilizadas variáveis funcionais de tempo de trabalho e formação profissional na avaliação de necessidades de treinamento, tanto para melhor discriminação dos grupos que irão receber o treinamento como para a estruturação do modelo teórico-metodológico.

Outro estudo que pode ser mencionado é o desenvolvido por Chen e Hung (2012) que utilizou indicadores para analisar cada competência. Os resultados sugerem que os

entrevistados tendem a considerar as habilidades mais importantes como aquelas que eram frequentemente aplicadas. Os resultados da comparação de proficiência (domínio) foram quase idênticos aos resultados de frequência; os entrevistados estavam mais familiarizados com as habilidades que eles usaram com mais frequência. Em relação aos policiais estudados, aqueles com mais tempo de trabalho tendem a considerar as habilidades gerenciais como mais importante do que aqueles contratados mais recentemente. Em relação aos militares, os indivíduos com níveis mais elevados de educação tendem a ver quase todas as habilidades como mais importantes do que aqueles com menor nível de educação, ou seja, nível de educação prediz importância percebida. Esses achados indicam a necessidade de se considerar a variável “nível de educação” em um processo de ANT. Outro achado foi que a posição hierárquica do indivíduo afetou a importância percebida em relação à competência gerencial, tanto para militares quanto para policiais. Quanto à estabilidade no emprego, o pessoal sênior em geral tinha mais habilidades e conhecimentos necessários que os indivíduos menos experientes. Esses resultados sugerem que os dados funcionais como tempo de trabalho na organização, tempo de profissão, cargo e posição hierárquica são importantes de serem considerados, em um processo de avaliação de necessidades de treinamento. Além disso, se outros estudos mantiverem o mesmo relacionamento de variáveis, a escala de frequência pode ser suprimida, visto que já está bem representada pelas demais.

Na área da saúde, foi realizado um estudo por Gallagher et al. (2012) cujos resultados indicaram que a equipe (93%) não sente que recebeu educação o suficiente em cuidados paliativos pediátricos, apesar de ter contato regular com as famílias e pacientes de cuidados paliativos ou questões de fim de vida. Apenas 33% informaram que tinham recebido qualquer formação em cuidados paliativos. Os participantes relataram ter menos confiança no seu conhecimento dos serviços da comunidade que estão disponíveis e as questões legais e profissionais que cercam os cuidados paliativos e cuidados de fim de vida para os pacientes e suas famílias.

Esse estudo contribui para a área da saúde, de modo a apresentar um mapeamento generalista sobre as necessidades de treinamento dos profissionais de cuidados paliativos. Porém, através dos dados coletados, seria possível realizar uma análise mais profunda, do relacionamento das variáveis. Tempo de experiência se relaciona com a percepção de conhecimento, confiança ou suporte? E formação profissional? O que interfere em cada um desses resultados? Desse modo, pode-se considerar uma limitação desse estudo a análise dos dados apenas descritiva. Vale ressaltar que os resultados foram utilizados para desenvolver um módulo de atendimento multidisciplinar para cuidados paliativos pediátricos em parceria

com a escola de enfermagem da universidade local, o que mostra a importância de que os achados tenham fidedignidade com a realidade da organização ou os investimentos nesse campo podem ter sido desperdiçados.

Diferente dos estudos nacionais apresentados, cuja metodologia que prevalece é a APO, na literatura internacional as metodologias de avaliação das necessidades de treinamento são bastante variadas. Ainda existem muitos estudos cujo método se baseia no questionamento sobre o interesse em áreas ou competências que o indivíduo tem para desenvolver, não utilizando critérios mais complexos para efetuar a avaliação, ou ainda, apresentam uma lista de áreas e/ou cursos que o funcionário gostaria de realizar. Por um lado, essa metodologia tem sua importância, visto que quando as pessoas acreditam que um curso de formação específico foi útil em seu cargo atual, denota o interesse em participar do programa (Nikandrou, Brinia, & Bereri, 2009). Todavia, apoiar o processo de decisão apenas nesses parâmetros pode ocasionar a não aderência entre as ações de TD&E e os resultados almejados pela organização, dificultando a visibilidade da contribuição das ações de TD&E para a organização e possível diminuição do investimento neste campo.

Principalmente para a área hospitalar, foco da presente pesquisa, contexto onde existem muitas organizações filantrópicas, é necessário fazer a reflexão se as ações educacionais estão sendo convertidas em resultados organizacionais ou se os recursos devem ser transferidos para outro fim. Nesse sentido, o questionamento trazido por S.F. Costa (2002, p. 55) é de grande importância: “Como desenvolver metas de desenvolvimento de competências, primordial hoje no âmbito do terceiro setor, diante das condições financeiras institucionais sempre precárias, muitas delas sobrevivendo com escassas verbas?”. Segundo esse mesmo autor, é necessária a combinação de estratégias para a obtenção de resultados ideais onde haja investimento adequado nos recursos humanos dessas organizações, caso almejem um trabalho de qualidade e impacto social, que vá em direção ao cumprimento de sua missão e meta organizacional e da transformação concreta e efetiva do ambiente (interno e externo) em que atuam.

3.3.2. Considerações gerais sobre a análise da literatura em ANT

A partir da análise da literatura de ANT apresentada neste capítulo, pode-se notar que apesar dos avanços reconhecidos na área, ainda há lacunas na literatura em relação a um modelo teórico-metodológico de predição mais estruturado, de modo a dar sustentação tanto para pesquisas como para práticas organizacionais. Observando a literatura recente em relação

à quantidade de estudos nacionais e internacionais encontrados, pode-se notar que fora do Brasil existe um maior número de publicações sobre avaliação de necessidades de treinamento. Porém, pode-se notar também que, apesar de ainda pouco estudada, a ANT no Brasil apresenta um cenário mais bem estruturado, buscando construir um modelo teórico-metodológico de predição de variáveis.

Parte da literatura estrangeira estudada apresenta essa qualidade metodológica em suas pesquisas, porém, em menor proporção. Em muitas delas, há uma preocupação em apresentar os dados de quais lacunas específicas foram encontradas na pesquisa, enquanto poucos estudos apresentam resultados de pesquisa sobre que variáveis se relacionam com tal necessidade de treinamento e com a preocupação de construção de um modelo de investigação com variáveis preditoras mais bem estabelecidas. E mesmo o diagnóstico de necessidades de treinamento, focado nas lacunas que os indivíduos apresentam, é pouco específico, de modo que o investimento em ações de TD&E pode estar sendo desperdiçado devido à falta de conhecimento de quais competências específicas trarão melhores resultados organizacionais e mais alinhados com a estratégia política presente (Ferreira et al., 2009).

Como pôde ser visto, a literatura apresentada indicou algumas variáveis importantes a serem incluídas no modelo de investigação das necessidades de treinamento. Os estudos mencionaram variáveis de características da clientela como extremamente relacionadas às necessidades de treinamento (Gallagher et al., 2012; Grason et al., 2012; Magalhães & Borges-Andrade, 2001). As características da clientela são apresentadas em diversos modelos de TD&E. No modelo MAIS (Borges-Andrade, 1982, 2006), o componente “Características da clientela” se refere a fatores físicos e sociais além de estados comportamentais relativos aos participantes, anteriores à realização do programa educacional, que podem afetar seus resultados. No modelo IMPACT de avaliação de treinamento (Abbad, 1999), as características da clientela agrupam variáveis demográficas, cognitivas, motivacionais e funcionais dos participantes dos programas de TD&E.

Segundo Meneses et al. (2006), as variáveis da clientela são classificadas em cinco categorias: 1) Repertório de entrada: conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes, expectativas e experiências adquiridas pelo participante antes do treinamento; 2) Sociodemográficas: perfil fisionômico da clientela (sexo, idade, escolaridade, condição socioeconômica) e perfis profissional e funcional do participante (profissão, tempo de serviço, função, cargo, lotação); 3) Psicossociais: variáveis autorreferentes tais quais: locus de controle (forma como os indivíduos delegam a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso de suas ações), autoeficácia (crenças do indivíduo em suas próprias capacidades para mobilizar

motivação, recursos cognitivos e cursos de ação necessários ao sucesso das ações em que se engajam), comprometimento (sentido de apego a uma organização de trabalho), prazer e sofrimento no trabalho; 4) Motivacionais: motivação para aprender e para transferir aprendizagens e valor instrumental da ação educacional; 5) Cognitivo-comportamentais: estratégias cognitivas, comportamentais e autorregulatórias utilizadas pelo participante para aprender. Um diagrama representativo dessas categorias pode ser visualizado na Figura 15.

Fonte: Meneses et al. (2006)

Figura 15. Medidas de características da clientela

A análise das características da clientela para um programa de TD&E tem importância, pois diferentes perfis – pessoais, cognitivos e motivacionais – podem exigir condições de aprendizagem distintas como, por exemplo, meios e estratégias a serem utilizados em uma ação educacional. Assim, ter informações sobre estas variáveis ajuda no desenho de estratégias de ensino mais adaptadas ao perfil do público-alvo (Zerbini, 2007). Dessa maneira, é uma variável importante na inclusão da avaliação das necessidades de treinamento.

No próximo capítulo serão apresentadas as características metodológicas gerais do presente estudo.

CAPÍTULO 4.
CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS
GERAIS DA PESQUISA

CAPÍTULO 4. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS GERAIS DA PESQUISA

OBJETIVO DO CAPÍTULO 4

Este capítulo visa a apresentar características metodológicas comuns a todos os estudos separados didaticamente, nos capítulos seguintes.

4.1. ORGANIZAÇÃO-ALVO

Nesta seção, serão apresentados todos os procedimentos realizados a fim de firmar as parcerias com organizações hospitalares, conselhos e outras que representem a categoria profissional da enfermagem. Em seguida, haverá descrição detalhada sobre características da organização cuja parceria foi estabelecida. Como o objetivo da presente pesquisa visa a atingir uma categoria profissional (profissionais de enfermagem), buscaram-se possibilidades de parcerias com diversas organizações para que os resultados pudessem ser generalizados com maior confiabilidade.

Para esta pesquisa, foram adotadas diversas estratégias para conseguir as parcerias com organizações hospitalares. O primeiro hospital a ser contatado foi o HC-FMRP-USP. Este apresentou seus procedimentos para o pedido oficial e todos eles foram seguidos até o aceite final em 28 de junho de 2012. Tão logo o aceite foi recebido, a coleta de dados do Estudo 1 foi iniciada. Os estudos 1 e 2 foram completamente realizados no HC-FMRP-USP, e outras parcerias de pesquisa foram buscadas a fim de compor a amostra do Estudo 3. Os resultados desta busca estão resumidos na Tabela 6.

Não houve uma metodologia específica para pesquisa dos outros hospitais. Essas organizações foram buscadas via internet através de seu *website* encontrado no Google. Além do hospital mencionado, foram convidados quatro hospitais particulares da cidade de Ribeirão Preto – São Paulo através de envio de e-mail (Apêndice A). Outros sete hospitais particulares de outras cidades do Estado de São Paulo foram convidados através do e-mail institucional. Dentre os 11 (onze), apenas dois hospitais responderam perguntando mais informações sobre a pesquisa. Foram enviados: projeto de pesquisa, aceite do comitê de ética e uma carta da professora orientadora deste estudo (Apêndice B). Ambos deram parecer negativo.

O convite também foi enviado para o HC-UFMG (Hospital das Clínicas vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais) que analisou o projeto de pesquisa e deu seu parecer positivo. O e-mail contendo o convite para a pesquisa com *link* para o questionário *online* foi

enviado para a professora responsável para encaminhamento aos profissionais de enfermagem do hospital. O questionário *online* enviado ao HC-UFMG apresentou dois acessos ao *link*, porém, nenhuma resposta.

A pesquisadora buscou em seus contatos pessoais profissionais da saúde que trabalhavam em gestão de hospitais, na intenção de conseguir indicação para que o estudo fosse realizado na instituição. Dentre eles estava um médico, sócio de um hospital particular do interior de São Paulo (Hospital 22 de Outubro). A partir da indicação dele, o hospital aceitou a parceria de pesquisa, e o e-mail contendo o convite para a pesquisa com *link* para o questionário *online* foi enviado a ele para encaminhamento aos profissionais de enfermagem do hospital. O Hospital 22 de Outubro apresentou sete acessos ao *link*, uma resposta incompleta e uma resposta completa ao questionário. Por esta razão, apesar de ter recebido o aceite desta organização, ela foi desconsiderada desta tese por não ser representativa na amostra de nenhum dos estudos.

Além das organizações hospitalares, foi enviado pedido por e-mail institucional para o Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais - COREN-MG e Conselho Regional de Enfermagem do Paraná- COREN-PR. O contato para Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo -COREN-SP foi realizado via Ouvidoria, disponível no *website*.

O COFEN e COREN-PR não responderam ao e-mail de solicitação (Apêndices C e D). O COREN-MG respondeu, pedindo mais informações sobre a pesquisa através do contato direto do professor responsável. Foram enviados: projeto de pesquisa, aceite do comitê de ética e uma carta da professora orientadora deste estudo. Como não houve resposta, após dois meses, outro e-mail foi enviado e novamente não houve resposta do parecer. O COREN-SP respondeu à solicitação da Ouvidoria pedindo para que fosse encaminhado convite da pesquisa diretamente no e-mail institucional da Comissão de Relações Institucionais. Este e-mail foi enviado e não foi recebida nenhuma resposta.

Outro contato pessoal da pesquisadora foi o de uma enfermeira que enviou um e-mail sobre esta pesquisa para sua amiga conselheira do COREN-SP. Esta encaminhou o pedido para o professor responsável, que aceitou o convite e pediu que o questionário fosse enviado diretamente no e-mail institucional dele. O e-mail contendo o convite para a pesquisa com *link* para o questionário *online* foi enviado para ele, a fim de encaminhar aos profissionais de enfermagem vinculados ao conselho. O COREN-SP não apresentou nenhum acesso ao *link* e por consequência nenhuma resposta.

Outra tentativa de atingir um número maior de profissionais de enfermagem foi entrando em contato com organizadores de eventos para enfermagem. No ano de 2015, ocorreram eventos de reunião de profissionais de enfermagem. A pesquisadora entrou em contato através do e-mail institucional, apresentando os objetivos da pesquisa e pedindo a ajuda para divulgação do *link* para o questionário. Os eventos contatados foram: 18º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 76ª SBEn (Semana Brasileira de Enfermagem e IV Congresso da Ordem dos Enfermeiros). Nenhuma resposta foi recebida destas organizações.

Após as buscas, foram estabelecidas quatro parcerias de pesquisa aceitas para o Estudo 3 (HC-FMRP-USP, HC-UFGM, Hospital 22 de Outubro, COFEN-SP). Porém, apenas a parceria HC-FMRP-USP foi mantida devido à representatividade na amostra final do Estudo 3. Na próxima seção, segue a descrição desta organização hospitalar.

Tabela 6

Organizações de saúde convidadas para parceria em pesquisa

Organização	Tipo	Estratégia	Resultado	Amostra Estudo 3
HC-FMRP-USP	Hospital	Contato realizado pessoalmente	Pediu para analisar projeto, e o parecer foi positivo.	25 <i>online</i> 204 presencial
HC-UFGM	Hospital	E-mail institucional	Pediu para analisar projeto, e o parecer foi positivo. Houve dois acessos ao <i>link</i> do questionário e nenhuma resposta.	-
Hospital particular 1	Hospital	E-mail institucional	Pediu para analisar projeto, e o parecer foi negativo.	-
Hospital particular 2	Hospital	E-mail institucional	Sem resposta	-
Hospital particular 3	Hospital	E-mail institucional	Sem resposta	-
Hospital particular 4	Hospital	E-mail institucional	Sem resposta	-
Hospital particular 5	Hospital	E-mail institucional	Sem resposta	-
Hospital particular 6	Hospital	E-mail institucional	Sem resposta	-
Hospital particular 7	Hospital	E-mail institucional	Sem resposta	-
Hospital particular 8	Hospital	E-mail institucional	Sem resposta	-
Hospital particular 9	Hospital	E-mail institucional	Sem resposta	-
Hospital particular 10	Hospital	E-mail institucional	Pediu para analisar projeto, e o parecer foi negativo.	-
Hospital particular 11	Hospital	E-mail institucional	Sem resposta	-
Hospital 22 de Outubro	Hospital	Indicação pessoal	Sócio do hospital enviou questionário <i>online</i> para os profissionais de enfermagem. Houve sete acessos ao <i>link</i> , uma resposta incompleta e uma resposta completa.	-
COFEN	Conselho	E-mail institucional	Sem resposta	-
COREN-MG	Conselho	E-mail institucional	Pediu para encaminhar projeto para pesquisador responsável e este não respondeu com o parecer.	-
COREN-PR	Conselho	E-mail institucional	Sem resposta	-
COREN-SP - Ouvidoria	Conselho	Ouvidoria site	Pediu para encaminhar convite para Comissão de Relações Institucionais.	-
COREN-SP - Comissão Relações Institucionais	Conselho	E-mail institucional	Sem resposta	-
COREN-SP - Indicação	Conselho	Indicação pessoal	Enfermeira enviou e-mail para amiga do COFEN-SP que conseguiu o aceite do responsável e pediu que encaminhasse o questionário para divulgação. Após o envio, não houve acesso ao <i>link</i> .	-
18º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem	Evento	E-mail institucional	Sem resposta	-
76ª Semana Brasileira de Enfermagem	Evento	E-mail institucional	Sem resposta	-
IV Congresso da Ordem dos Enfermeiros	Evento	E-mail institucional	Sem resposta	-

4.1.1. Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

Para o presente estudo, foi realizada parceria de pesquisa com o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP). O HCFMRP-USP desenvolve atividades direcionadas para o ensino, a assistência e a pesquisa. Trata-se de uma entidade autárquica, certificada como Hospital de Ensino e integrada ao Sistema Único de Saúde – SUS, desde 1988. Na assistência, é um hospital de elevada complexidade, sendo caracterizado como hospital de assistência terciária no modelo do Sistema Único de Saúde (SUS) (Universidade de São Paulo [USP], 2016).

Apesar de a área de atuação do HCFMRP-USP concentrar-se basicamente no município de Ribeirão Preto e região, é comum encontrar pessoas vindas de outros Estados e até mesmo de outros países, devido as suas características de hospital de referência para atendimentos complexos. Hoje fazem parte deste Complexo Hospitalar, além do HCRP Unidade *Campus* e Unidade de Emergência: quatro unidades hospitalares: Hospital Estadual de Ribeirão Preto - HER; Centro de Referência à Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – MATER, Hospital Estadual de Américo Brasiliense - HEAB e, em futuro próximo, o Hospital Estadual de Serrana; duas unidades ambulatoriais especializadas: Centro de Saúde Escola, no bairro Sumarezinho, em Ribeirão Preto e o Ambulatório Médico Especializado - AME, em Américo Brasiliense; dois centros de reabilitação ligados à Rede Lucy Montoro: Centro de Reabilitação do HCRP - CER e o Centro Integrado de Reabilitação – CIR, ligado ao HER; três unidades especializadas: Centro Regional de Hemoterapia do HCRP, o Centro de Medicina Legal e o Centro de Saúde Mental, estes dois últimos ligados diretamente à FMRP (USP, 2016).

Para a efetivação das atividades médicas de média complexidade, o hospital, além de sua própria gestão realiza parceria com a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência [FAEPA] do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Essa entidade é de caráter privado, sem fins lucrativos e com autonomia administrativa e financeira, criada em 1988, anexa ao HC-FMRP-USP, que tem por objetivo a execução de serviços de utilidade pública de prestação e desenvolvimento integral à saúde, em benefício da sociedade em geral, de caráter beneficente (FAEPA, 2011; USP, 2011, 2016).

No ano de 2014, foram utilizados mais de 640 milhões de reais dentre os quais 32 milhões refere-se à parceria com a FAEPA, 173 milhões de investimento do SUS e mais de 434 milhões de reais advindos do Tesouro do Estado. Este hospital tem mais de 870 leitos

(HC-Campus e HC-Unidade de Emergência) e realiza em média 525 mil consultas por ano em ambulatório sem contar exames, internações e cirurgias. Na área da enfermagem, esta organização conta com mais de 1.500 profissionais, dentre os 5.934 funcionários no total. Além dos profissionais contratados pelo HC-FMRP-USP, são oferecidas vagas anuais de estágios para graduação na área da saúde (em média 1.750), estágios para pós-graduação em medicina e enfermagem (em média 1.100), vagas de aprimoramentos (em média 80) e residências médicas e multiprofissionais (em média 700) (USP, 2015).

Com o objetivo de aprimoramento do pessoal e consequente melhoria no desempenho das atividades, o HCFMRP-USP, através de suas unidades, promove e/ou coordena cursos, jornadas, simpósios, congressos, programas de reciclagem e Campanhas Educativas e Preventivas. Só no ano de 2014, houve 9.548 participações em alguma das 825 atividades de treinamento oferecidas pelo HC. Além disso, foi criado um grupo de trabalho para detectar com as unidades do HC-FMRP-USP a necessidade de treinamento e desenvolvimento, para elaborar um plano único na Instituição, integrando todas as áreas que desenvolvem ações de treinamento. Vale ressaltar que, dentre as atividades citadas, não se encontra nenhuma atividade relacionada a formas de lidar com a sexualidade do paciente (USP, 2015).

No período da presente pesquisa, esta organização permaneceu em reforma a fim de melhorar a estrutura de atendimento das alas existentes bem como criação de novas áreas. Só em 2014, foram gastos cerca de 48 milhões de reais em melhorias na estrutura do hospital (USP, 2016). No período de reforma, leitos de algumas áreas passaram a ser acomodados em locais diferentes que o usual assim como ambulatórios foram mesclados durante o período de reforma. Este é um fato que pode ter influenciado os dados coletados e aumenta ainda mais a dificuldade de realização dos procedimentos de coleta de dados, visto que alguns profissionais relataram viver uma rotina de correria maior do que o “normal” e por isso estavam menos disponíveis para participação na pesquisa.

Vale mencionar que a presente pesquisa foi realizada na unidade do HC-FMRP-USP *Campus*. Foi realizado contato presencial com a unidade de emergência deste hospital que se encontra na unidade centro para realização de coleta de dados e ao apresentar o aceite do comitê de ética em pesquisa emitido pelo HC-FMRP-USP bem como o aceite da Divisão de Enfermagem foi orientado que este não teria validade para aquela parte do hospital e que seria necessário entrar com outro pedido formal na unidade de emergência. Os procedimentos para isso não foram informados e não foi possível realizar a coleta de dados na unidade de emergência.

4.2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi inicialmente aprovado pela Divisão de Enfermagem do HCFMRP-USP (Anexo A), para ser enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (Anexo B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP (Anexo C). Foi requerida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E) de cada participante, após o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa e seus procedimentos, conforme as diretrizes da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2012b). Foram assegurados a cada participante a manutenção de sigilo e o anonimato acerca de sua identidade, o caráter de sua participação voluntária, assim como, foi solicitada a autorização do uso de suas informações no estudo. No caso da aplicação a distância, o TCLE foi colocado na primeira página do *link*, antes do questionário, sendo que o participante foi instruído a ler o TCLE, e caso esteja de acordo, marcasse uma campo em que estará escrito: “Li e compreendi este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, portanto, concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário(a) desta pesquisa.”. Em seguida, o participante deveria clicar em um comando “Continuar” para responder ao questionário.

Nos capítulos 5, 6 e 7 serão apresentadas as demais informações metodológicas da pesquisa específicas de cada um dos três estudos, bem como os resultados e discussões.

CAPÍTULO 5.
ESTUDO 1: CONSTRUÇÃO DOS ITENS DO NTES

CAPÍTULO 5. ESTUDO 1: CONSTRUÇÃO DOS ITENS DO NTES

OBJETIVO DO CAPÍTULO 5

Este capítulo visa a apresentar o processo de construção dos itens do instrumento de avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade (NTES), desde as características metodológicas, resultados e discussão desta etapa da pesquisa. Com isso espera-se que o leitor possa acompanhar passo a passo as decisões que foram tomadas para a criação do NTES.

5.1. METODOLOGIA

Este é um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, cujo objetivo foi elaborar um instrumento de avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade (NTES).

5.1.1. Instrumento

Foi construído o instrumento intitulado “avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade” (NTES) com o objetivo de medir as lacunas de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHAs) que os profissionais de enfermagem têm na área da sexualidade, no contexto hospitalar. Os itens do instrumento são competências (CHAs) mencionadas pelos profissionais participantes do estudo como parte de sua prática profissional hospitalar na área da sexualidade. Competências que apresentam pontuação alta de importância e pontuação baixa de domínio são consideradas necessidades de treinamento prioritárias, segundo metodologia do Método do Papel Ocupacional de Borges-Andrade e Lima (1983).

Moraes, Borges-Andrade e Queiroga (2011) apontam que não existem trabalhos na literatura que discutem qualitativamente competências individuais de uma categoria profissional. Assim, descrever um conjunto de CHAs considerados relevantes por uma amostra que exerce uma função específica representa um grande passo, devido à lacuna teórico-metodológica existente.

A construção dos itens foi realizada seguindo orientações psicométricas de Pasquali (1998) em três fases: 1) Construção do conteúdo, a partir de critérios psicométricos: Critério

comportamental; de objetividade ou de desejabilidade; da simplicidade; da clareza; da relevância; da precisão; da variedade; da modalidade; da tipicidade; da credibilidade; da amplitude; do equilíbrio; 2) Validação semântica; 3) Validação por juízes. Cada uma dessas etapas teve uma amostra e um procedimento de coleta e análise dos dados diferentes. Desse modo essas fases serão descritas separadamente nesta seção.

Vale ressaltar que esses passos não são suficientes para garantir evidências de validade do instrumento. Após essas fases, o questionário deve ser aplicado em amostra abrangente e testado em busca de evidência de validade estatística. Autores sugerem o uso de outros instrumentos que meçam o mesmo constructo na validação da escala, porém, em caso de novas medidas, como neste estudo, a validação do constructo torna-se necessária e suficiente (Wallston, 2005).

5.1.2. Construção do conteúdo dos itens

5.1.2.1. Amostra

Foi realizado contato com o(a) diretor(a) de enfermagem de cada setor (ou enfermeiro-chefe quando o diretor(a) estava ausente) para apresentar o objetivo da pesquisa bem como a aprovação da divisão de enfermagem e comitê de ética do hospital. Nesta interação, foi pedida permissão para que a pesquisa pudesse ser realizada com os funcionários sob sua responsabilidade em horário de trabalho. Alguns supervisores se ofereceram para participar da pesquisa (2), outros indicaram profissionais e os apresentaram para a pesquisadora (5), e o restante permitiu que fosse feito o convite diretamente aos profissionais de seu departamento. Os convites para participação e as entrevistas foram realizados durante o horário de trabalho dos profissionais de enfermagem da organização-alvo.

O objetivo desta fase da pesquisa foi atingir uma amostra heterogênea para obter o maior número de possibilidades de respostas diferentes. A escolha dos participantes se deu de forma a ter uma variedade dos seguintes critérios: 1) sexo; 2) contextos (faixa etária de pacientes, especialidade dos departamentos); 3) cargo ou função (auxiliar de enfermagem, enfermeiro e enfermeiro-chefe). O número de participantes se deu pelo critério de saturação da amostra, de modo que a coleta foi interrompida quando as competências listadas pelos profissionais se tornaram repetitivas em relação àquelas relativas às entrevistas anteriores. A amostra final foi feita por conveniência, de modo que alguns profissionais convidados para participar se recusaram a participar. Os motivos para recusa foram: 1) Estar em um dia de

trabalho cheio de atribuições e não ter tempo livre para a participação (quatro participantes); 2) Não havia nada em que podia contribuir com a temática (dois participantes). Assim, outros profissionais de outros departamentos foram convidados. No total, foram convidados 26 profissionais e apenas 20 aceitaram participar. A Tabela 7 mostra as características dos participantes desta fase do estudo.

Tabela 7
Descrição da amostra da construção dos itens do NTES

VARIÁVEL	F	%	VARIÁVEL	F	%
Sexo			Departamento*		
Feminino	15	75	CCI FM – Radiologia	1	5
Masculino	5	25	Clínica Cirúrgica – Unidade de transplante de fígado	2	10
			Clínica Cirúrgica	1	5
Cargo			Clínica Médica	2	10
Auxiliar de enfermagem	8	40	Ginecologia e Obstetrícia	4	20
Enfermeiro	9	45	Neurociências e Ciências do Comportamento – Psiquiatria	1	5
Enfermeiro-chefe	3	15	Oftalmo, Otorrino e Cirurgia de Cabeça e Pescoço	2	10
			Oncologia e Central de Quimioterapia	1	5
Formação **			Ortopedia e Traumatologia	1	5
Ensino Médio	7	17,5	Pediatria	2	10
Auxiliar de Enfermagem	9	22,5	UETDI	3	15
Técnico em Enfermagem	4	10	Enfermaria ou Ambulatório?*		
Ensino Superior em Enfermagem	12	30	Enfermaria	12	60
Ensino Superior em Psicologia	1	2,5	Ambulatório	9	45
Especialização	5	12,5	Tempo que trabalha nesta função (anos)		
Mestrado Incompleto	1	2,5	Média	8	
Mestrado Completo	1	2,5	Desvio-padrão	5,22	
			Moda	-	
Idade (anos)			Mínimo	2	
Média	35		Máximo	21	
Desvio-padrão	5,61		Tempo de profissão (anos)		
Moda	-		Média	16	
Mínimo	27		Desvio-padrão	9,79	
Máximo	42		Moda	-	
			Mínimo	3	
			Máximo	34	

F=Freqüência absoluta e %=Porcentagem

*Alguns profissionais trabalham em mais de um departamento na organização

** Alguns profissionais têm mais de uma formação dentre as listadas

Como pode ser observado na Tabela 7, os participantes desta fase da pesquisa são em sua maioria do sexo feminino, com idade média de 35 anos, tempo de profissão média de 16 anos e tempo de trabalho na função atual oito anos. A maior parte trabalha na enfermagem do hospital, no cargo de enfermeiro e possui ensino superior em enfermagem. Dentre os departamentos, aquele com maior contribuição foi o de ginecologia e obstetrícia de um modo geral, sendo enfermagem e ambulatório computados juntamente.

5.1.2.2. Procedimentos de coleta de dados

Para coleta de dados, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas e registro simultâneo de informações, com duração média de 30 minutos. Nestas entrevistas foi apresentada a tarefa para o participante descrever as competências (CHAs) necessárias ao atendimento eficaz dos pacientes, em relação às questões ligadas à sexualidade. Além dessa tarefa, foram feitas questões relacionadas ao trabalho na área da sexualidade (1. A sexualidade dos pacientes é uma dimensão do cuidado em enfermagem? 2. Faz parte das atribuições profissionais? 3. Existem orientações que costuma dar aos pacientes? 4. Nos atendimentos quem tem a iniciativa de falar sobre vida sexual (paciente ou profissional)? 5. O conhecimento sobre sexualidade é dispensável ou indispensável para seu trabalho? 6. Conversa com outros profissionais sobre essa temática? 7. Já teve alguma capacitação nessa área? Que temas foram abordados? 8. Se não teve, o que acha de uma capacitação? Sugestão de temas. 9. Quais situações relacionadas à sexualidade ocorrem com maior frequência, durante seus atendimentos?) O objetivo dessas perguntas foi facilitar a identificação e descrição das competências relacionadas à sexualidade que estão envolvidas no trabalho dos participantes. Todas as respostas foram registradas pela pesquisadora durante a entrevista. O roteiro para realização das entrevistas semiestruturadas se encontra no Apêndice F.

5.1.2.3. Procedimentos de análise dos dados – criação da lista de competências

Os dados foram analisados de modo a identificar competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) relacionadas à sexualidade que emergiram a partir das nove perguntas descritas anteriormente e somá-las à lista de competências referidas pelos próprios participantes como tarefa durante as entrevistas. Todas essas competências foram unidas, a fim de formar os itens do questionário “avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade” (NTES). Alguns participantes

descreveram uma mesma competência utilizando palavras diferentes (p.e. pílula e método contraceptivo). Para definição de qual seria a versão do item a ser utilizada, foi adotado o critério de número de repetições (o termo mais utilizado pelos participantes foi preferido para se aproximar mais da realidade dos profissionais) bem como foram levadas em consideração as orientações psicométricas de Pasquali (1998), para construção de itens de um instrumento: 1) Critério comportamental; 2) Critério de objetividade ou de desejabilidade; 3) Critério da simplicidade; 4) Critério da clareza; 5) Critério da relevância; 6) Critério da precisão; 7) Critério da variedade; 8) Critério da modalidade; 9) Critério da tipicidade; 10) Critério da credibilidade; 11) Critério da amplitude; 12) Critério do equilíbrio. Todas essas orientações foram utilizadas mantendo coerência com o conteúdo mencionado pelos participantes. Após a construção da lista de competências relacionada à sexualidade, foi construído um instrumento que foi alvo de um processo de validação semântica, descrita na próxima seção.

5.1.2.4. Procedimentos de análise dos dados – comparação com órgão oficial

A fim de promover uma reflexão sobre as competências encontradas a partir deste estudo e aquelas oficialmente descritas para a Enfermagem, foi realizada uma comparação com a lista de competências oficiais descritas nacionalmente pela Classificação Brasileira das Ocupações. Este portal *online* é utilizado na contratação e gestão de pessoas em uma organização e ajuda a regulamentar quais são as atividades esperadas pelo profissional daquela categoria. Comparar os resultados deste estudo com os órgãos oficiais ajuda a gerar uma reflexão sobre teoria (o que é oficial) e prática (o que surge no contexto) da Enfermagem.

A estrutura básica da CBO foi elaborada em 1977, resultado do convênio firmado entre o Brasil e a Organização das Nações Unidas - ONU, por intermédio da Organização Internacional do Trabalho - OIT, no Projeto de Planejamento de Recursos Humanos, tendo como base a Classificação Internacional Uniforme de Ocupações - CIUO de 1968. Cabe a responsabilidade de elaboração e atualização da CBO ao Ministério do Trabalho e Emprego. A última atualização da CBO foi em 2002 que é referência obrigatória dos registros administrativos que informam os diversos programas da política de trabalho do país (Ministério do Trabalho e Emprego, 2014).

No *website* da CBO há uma ferramenta de busca que procura no banco de dados registrado os campos de Ocupações, Famílias de Ocupações, Atividades (Competências), Condições de Trabalho, Recursos de Trabalho, Formação-Experiência, Sinônimos e Descrição da Ocupação. Sendo assim, uma palavra digitada percorre todos esses campos de

cada ocupação registrada. Foram realizados dois tipos de busca neste *website*: 1) A leitura das atividades listadas pelas profissões de enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem e comparação com as competências encontradas neste estudo; 2) A busca de palavras-chaves ligadas às competências encontradas neste estudo através da ferramenta de busca citada anteriormente para identificar que outras ocupações se relacionam com essas atividades. O sistema encontra não apenas a palavra exata escrita, mas também aquelas que contêm o termo pesquisado. Quando se pesquisa a palavra “sexual”, os resultados apresentados também incluem a palavra “sexualidade”. Imagens do sistema de busca da CBO podem ser visualizadas no Anexo E.

5.1.3. Validação semântica do instrumento

De acordo com Pasquali (1998), a validação semântica tem como principal finalidade aferir se os conteúdos de um instrumento de pesquisa são inteligíveis para os membros da população à qual ele se destina. O objetivo é apresentar o instrumento a indivíduos de uma amostra, buscando saber se itens, categorias e instruções são compreensíveis. O roteiro com as instruções para validação semântica do NTES pode ser visto no Apêndice G.

5.1.3.1. Amostra

Seguindo essas orientações, atentou-se para que profissionais dos mais variados níveis de escolaridade participassem: profissionais com escolaridade de ensino médio completo (auxiliares e técnicos em enfermagem) e com escolaridade de ensino superior completo (enfermeiros). Além disso, procurou-se tanto profissionais que trabalham em ambulatórios como aqueles que trabalham em enfermaria, independente do departamento.

A amostra final de profissionais foi feita por conveniência, e o número de participantes se deu pelo critério de saturação da amostra: a coleta foi interrompida, quando as alterações no instrumento sugeridas pelos profissionais se tornaram repetitivas em relação àquelas relativas às entrevistas anteriores. No total, foram convidados 11 profissionais para participar desta fase da pesquisa e apenas seis aceitaram. O motivo citado para recusa foi falta de tempo. Dentre os que aceitaram participar, a maioria é do sexo feminino, idade média 39 anos, tempo de profissão de 15 anos e tempo de trabalho na função de 10 anos. Metade da amostra é auxiliar de enfermagem, e metade tem o cargo de enfermeiro.

A Tabela 8 mostra as características dos participantes da validação semântica do NTES.

Tabela 8

Descrição da amostra da validação semântica do NTES

VARIÁVEL	F	%	VARIÁVEL	F	%
Sexo			Departamento*		
Feminino	5	83,3	Ambulatório de Neurologia	2	25
Masculino	1	16,7	Seção de Cardiologia e Hemodinâmica	1	13
Cargo			Ortopedia e Traumatologia	1	13
Auxiliar de enfermagem	3	50	Ambulatório de Pediatria	1	13
Enfermeiro	3	50	Central de Procedimentos	1	13
Formação **			Ginecologia e Obstetrícia	1	13
Ensino médio	3	25	Clínica Cirúrgica	1	13
Auxiliar de enfermagem	2	16,7	Local		
Técnico em enfermagem	3	25	Enfermaria	3	50
Ensino superior em enfermagem	3	25	Ambulatório	3	50
Pós-graduação incompleta	1	8,3	Tempo que trabalha nesta função (anos)		
Idade (anos)			Média		10
Média	39		Desvio-padrão		10,9
Desvio-padrão	15,3		Moda		-
Moda	-		Mínimo		1
Mínimo	27		Máximo		27
Máximo	62		Tempo de profissão (anos)		
			Média		15
			Desvio-padrão		13,5
			Moda		-
			Mínimo		4
			Máximo		35

F=Freqüência absoluta e %=Porcentagem

*Alguns profissionais trabalham em mais de um departamento na organização

** Alguns profissionais têm mais de uma formação dentre as listadas

5.1.3.2. Procedimentos de coleta de dados

Foram realizadas entrevistas individuais estruturadas e registro simultâneo de informações, com duração média de 20 minutos. Nestas entrevistas foi apresentada a versão do instrumento com a lista de competências geradas e as instruções de preenchimento. A tarefa para o participante foi avaliar se os itens e instruções apresentam clareza, se estão redigidos corretamente, e se gostaria de fazer alguma sugestão para alteração.

5.1.3.3. Procedimentos de análise de dados

As sugestões dos participantes foram acatadas integralmente e, quando houve mais de uma sugestão para o mesmo item, optou-se pelo formato mais frequente entre os participantes.

5.1.4. Validação por juízes do instrumento

5.1.4.1. Avaliação do conteúdo do instrumento

Segundo Pasquali (1998), esta análise pode ser chamada de análise de conteúdo ou análise de construto que tem por objetivo verificar a adequação da representação comportamental do(s) atributo(s) latente(s) através de avaliação realizada por peritos na área do construto. Esta fase da pesquisa foi realizada por profissionais especialistas (professores e pesquisadores) que não trabalham na função da população deste estudo. A tarefa foi avaliar a clareza da redação dos itens e das instruções da escala, bem como analisar se os itens são suficientes (necessidade de incluir ou excluir) para compor o constructo estudado (competências de profissionais de enfermagem na área da sexualidade). Para isso, o questionário foi enviado por e-mail para oito especialistas dentre as áreas de Enfermagem, Sexualidade, Psicologia da Saúde e Psicologia Organizacional e do Trabalho. Cinco especialistas retornaram parecer sobre o instrumento. As sugestões dos juízes foram acatadas integralmente.

5.2. RESULTADOS

5.2.1. Construção dos itens do instrumento

A Tabela 9 mostra as modificações realizadas neste instrumento, em cada uma das fases descritas (construção do conteúdo, validação semântica e validação por juízes).

Tabela 9
Mudanças nos itens do NTES

Item	Mudanças na Validação Semântica	Mudanças na Validação por Juizes
1 Explicar consequências da doença e do tratamento na vida sexual do paciente.	1 Explicar ao paciente as consequências da doença e do tratamento na sua vida sexual.	1 -
2 Explicar para o parceiro sexual as dificuldades relacionadas à sexualidade do paciente, consequentes da doença e tratamento.	2 Explicar para o parceiro sexual do paciente as dificuldades relacionadas à sexualidade do paciente, consequentes da doença e tratamento.	2 -
3 Explicar que não existe relação entre vasectomia e impotência sexual.	3 -	3 -
4 Explicar que não existe risco de frigidez, ao fazer a laqueadura.	4 Explicar que não existe risco de perda do desejo sexual, ao fazer a laqueadura.	4 -
5 Explicar sobre sintomas, formas de contágio, formas de prevenção e tratamentos de DST.	5 -	5 Explicar ao paciente sobre sintomas, formas de contágio, formas de prevenção e tratamentos de DST.
6 Orientar uso de preservativos para prevenção de DST e infecções em casos de baixa imunidade.	6 Orientar uso de preservativos para prevenção de DST e prevenção de infecções em casos de baixa imunidade.	6 Orientar o paciente sobre o uso de preservativos para prevenção de DST e de infecções em casos de baixa imunidade.
7 Orientar sobre os riscos de múltiplos parceiros sexuais para pacientes portadores de DST.	7 Orientar pacientes portadores de DST sobre os riscos de ter muitos parceiros sexuais.	7 Orientar pacientes portadores de DST sobre os riscos de ter relações sexuais sem proteção.
8 Explicar sobre métodos anticoncepcionais existentes.	8 Explicar ao paciente sobre métodos anticoncepcionais existentes e procedimentos de utilização.	8 -
9 Indicar a melhor opção de anticoncepcional para cada caso.	9a Orientar utilização do método anticoncepcional escolhido.	9a -
	9b Avaliar a melhor opção de anticoncepcional para cada caso.	9b Auxiliar o médico a avaliar a melhor opção de anticoncepcional para cada caso.
10 Demonstrar como utilizar preservativos femininos e masculinos.	10 -	10 Demonstrar como utilizar preservativos femininos e masculinos aos pacientes.
11 Preservar privacidade dos pacientes durante os procedimentos que envolvem exposição do corpo e/ou toque.	11 -	11 -

Continua

Tabela 9. Continuação.

Item	Mudanças na Validação Semântica		Mudanças na Validação por Juízes	
12 Explicar detalhadamente os procedimentos a serem realizados quando envolver toque ou exposição de partes íntimas.	12	-	12	Explicar detalhadamente os procedimentos a serem realizados quando envolver toque ou exposição de partes íntimas do paciente.
13 Evitar comentários desnecessários durante exposição do corpo do paciente.	13	-	13	-
14 Inspeccionar presença de lesões e assaduras nas áreas genitais.	14a	Inspeccionar presença de lesões e assaduras nas áreas genitais.	14a	Inspeccionar a presença de lesões e assaduras nas áreas genitais do paciente.
	14b	Avaliar o tipo de lesão existente nas áreas genitais.	14b	Avaliar o tipo de lesão existente nas áreas genitais do paciente.
15 Orientar pacientes sobre higiene corporal e íntima.	15	-	15	-
16 Estar atento ao posicionamento do órgão genital na sondagem vesical de demora.	16	Estar atento ao posicionamento do órgão genital na realização da sondagem vesical de demora e na fixação.	16	item excluído
17 Interromper tentativas de assédio sexual do paciente ao profissional de enfermagem durante o banho ou outro procedimento.	17	-	17	-
18 Lidar com a ereção do paciente durante o banho ou outro procedimento.	18	-	18	-
19 Orientar pacientes sobre repouso sexual pós-cirúrgico.	19	-	19	-
20 Orientar uso de lubrificante íntimo para mulheres com secura vaginal.	20	Orientar uso de lubrificante íntimo para mulheres com secura vaginal conforme orientação médica.	20	-
21 Explicar sobre a injeção de lubrificante íntimo na vagina na preparação de exames pélvicos.	21	-	21	item excluído
22 Discutir em equipe melhores condutas em relação às situações ocorridas no hospital envolvendo a sexualidade dos pacientes.	22	-	22	-
23 Encaminhar o paciente para o médico quando as dúvidas sobre sexualidade forem mais complexas.	23	-	23	-
24 Encaminhar paciente para psicólogos em casos de problemas de relacionamento amoroso/sexual decorrentes da doença ou tratamento.	24	Encaminhar paciente e parceiro sexual para psicólogos em casos de problemas de relacionamento amoroso/sexual decorrentes da doença ou tratamento.	24	Encaminhar o paciente e/ou o parceiro sexual para psicólogos em casos de problemas de relacionamento amoroso/sexual decorrentes da doença ou tratamento.

Continua

Tabela 9. Conclusão.

Item		Mudanças na Validação Semântica		Mudanças na Validação por Juízes	
25	Orientar paciente a preservar a privacidade e respeitar os colegas de quarto, ao se masturbar.	25	-	25	Orientar paciente a preservar a privacidade, ao se masturbar.
26	Orientar pacientes, acompanhantes e familiares sobre proibição em ter relações sexuais dentro do hospital (enfermaria ou outro local).	26	-	26	-
27	Evitar críticas aos hábitos e opções sexuais do paciente.	27	-	27	-
28	Explicar aos pacientes crianças e adolescentes sobre o significado de sexualidade.	28	-	28	Explicar ao paciente criança ou adolescente sobre o significado de sexualidade.
29	Ouvir queixas e/ou relatos dos pacientes quanto a sua opção sexual.	29	-	29	-
30	Trabalhar junto à equipe interdisciplinar sobre formas de abordar o adolescente em relação à sexualidade.	30	-	30	Discutir junto à equipe interdisciplinar, formas de abordar o adolescente em relação à sexualidade.
31	Construir uma relação empática com o paciente para deixá-lo mais à vontade em falar de questões de sexualidade.	31	Construir uma relação confiável com o paciente para deixá-lo mais à vontade em falar de questões de sexualidade.	31	Construir uma relação confiável com o paciente para deixá-lo à vontade para falar de questões de sexualidade.
-	-	-	-	32	item incluído - Verificar se o paciente faz uso de alguma medicação que possa ter efeitos colaterais que interferem na sexualidade.
-	-	-	-	33	item incluído - Verificar se o paciente tem comprometimento psiquiátrico que possa explicar a hipersexualização.
-	-	-	-	34	item incluído - Orientar a família quanto à sexualidade de paciente que não responde pela sua sexualidade (crianças ou pacientes com necessidades especiais).

Como dito anteriormente, as sugestões dos participantes na validação semântica foram acatadas integralmente e, quando houve mais de uma sugestão para o mesmo item, optou-se pelo formato mais frequentemente sugerido. Na validação semântica, pode-se observar tipos específicos de mudança nos itens. Os itens 1, 2, 7 e 16 permaneceram com o mesmo conteúdo, e a mudança foi na inversão da frase. Os itens 4 e 31 apresentaram mudanças relacionadas a termos que não estavam claros para os participantes (frigidez e relação empática). Os itens 9 e 14 foram divididos em duas competências distintas. Do item 6 foi retirada palavra desnecessária na visão dos participantes. Por fim, os itens 8, 20 e 24 foram complementados com adição de termos para serem mais fiéis à prática profissional dos participantes.

As sugestões dos juízes foram acatadas integralmente e também existiram tipos específicos de mudança nos itens. Nos itens 5, 6, 10, 12, 14a e 14b, foi adicionado o sujeito que recebe a intervenção (paciente). Nos itens 9b e 30, foram mudados os verbos de ação da competência para adequar melhor à realidade da categoria. Nos itens 24 e 31, foram adicionadas e retiradas respectivamente conjunções. No item 28, foi mantido o conteúdo e passado para o singular. As demais modificações desta fase serão explicadas mais detalhadamente por envolverem maiores mudanças no conteúdo dos itens.

O item 7 “Orientar pacientes portadores de DST sobre os riscos de ter muitos parceiros sexuais” foi modificado para “Orientar pacientes portadores de DST sobre os riscos de ter relações sexuais sem proteção” por indicação de um juiz que mencionou que os riscos relacionados à DST não estão diretamente ligados ao número de parceiros e sim à não utilização de proteção contra elas (preservativo para penetração e outros meios de proteção para sexo oral).

O item 16 “Estar atento ao posicionamento do órgão genital na realização da sondagem vesical de demora e na fixação” foi excluído por sugestão de juiz, por se tratar de uma competência técnica específica cuja ação em si não representa competência ligada à sexualidade, apesar de envolver toque em órgão genital masculino. Segundo o especialista, o posicionamento do órgão genital só seria importante caso houvesse ereção peniana e, conseqüentemente, estaria contemplado no item 18 “Lidar com a ereção do paciente durante o banho ou outro procedimento”. O item 21 “Explicar sobre a injeção de lubrificante íntimo na vagina na preparação de exames pélvicos” foi excluído por estar contemplado no item 12 “Explicar detalhadamente os procedimentos a serem realizados, quando envolver toque ou exposição de partes íntimas do paciente”.

No item 25 “Orientar paciente a preservar a privacidade e respeitar os colegas de quarto, ao se masturbar” existiam dois verbos de ação (preservar a privacidade e respeitar os colegas). Apenas o primeiro foi mantido, pois foi considerado um verbo de ação observável e sem ambiguidades. O termo “respeitar os colegas” pode ser diferente para cada pessoa, enquanto “preservar a privacidade” é mais claro e preciso quanto ao que se espera da pessoa.

Os itens 32 “Verificar se o paciente faz uso de alguma medicação que possa ter efeitos colaterais que interferem na sexualidade”, 33 “Verificar se o paciente tem comprometimento psiquiátrico que possa explicar a hipersexualização” e 34 “Orientar a família quanto à sexualidade de paciente que não responde pela sua sexualidade (crianças ou pacientes com necessidades especiais)” foram sugeridos para inclusão por um dos peritos, a fim de complementar as competências dos profissionais de enfermagem ligadas à sexualidade. Vale ressaltar que foi sugerida também uma modificação da ordem dos itens, buscando apresentar inicialmente competências com foco no paciente para depois seguirem competências ligadas a outros sujeitos do contexto hospitalar.

Após esses procedimentos, o instrumento ficou pronto para aplicação em amostras de profissionais de enfermagem, a fim de passar por testes para identificar evidências de validade estatística e de conteúdo. Esta versão do instrumento NTES para aplicação pode ser encontrada no Apêndice I.

5.2.2. Comparação com órgão oficial - CBO

A consulta das competências listadas na CBO para os profissionais de enfermagem (Ministério do Trabalho e Emprego, 2014), a fim de realizar a comparação dos resultados deste estudo com os registros oficiais, foi realizada e nenhuma competência relacionada à sexualidade foi encontrada ligada aos profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem).

Com o objetivo de ampliar esta comparação, foi utilizada a ferramenta de busca do *website* da CBO com termos ligados às competências listadas neste estudo. Na Tabela 10, é possível observar as atividades listadas com as palavras pesquisadas e os códigos das ocupações ligadas às atividades. A Tabela 11 mostra os nomes das ocupações listadas nesta pesquisa. Mais detalhes sobre esses resultados podem ser encontrados no Anexo E.

Tabela 10

Resultados da busca de palavras-chaves na CBO

Palavras pesquisadas	Atividades cadastradas no sistema CBO	Ocupação
DST	Identificar doenças sexualmente transmissíveis (dst)	5198
	Orientar comunidade sobre prevenção (dst, gravidez indesejada, dependência química, entre outros)	5151
	Propor atividades para a prevenção do uso das drogas e de doenças sexualmente transmissíveis (DST)	2312
sexual	Coletar pós-larvas para reversão sexual	3213
	Combater a exploração sexual de crianças e adolescentes	5198
	Identificar doenças sexualmente transmissíveis (dst)	5198
	Orientar sobre educação sexual	3322
	Participar de ações educativas no campo da sexualidade	5198
	Propor atividades para a prevenção do uso das drogas e de doenças sexualmente transmissíveis (DST)	2312
	Respeitar as diversidades étnicas, culturais, de gênero, de credo, de orientação sexual, etc.	2516
sexuais	Demonstrar capacidade de realizar fantasias sexuais	5198
	Manter relações sexuais	5198
	Realizar fantasias sexuais	5198
anticoncepcional	Distribuir material preventivo (cloro, preservativo, kit odontológico, anticoncepcional, etc.)	5151
preservativo	Distribuir material preventivo (cloro, preservativo, kit odontológico, anticoncepcional, etc.)	5151
	Distribuir preservativos	5198
	Negociar com o cliente o uso do preservativo	5198
	Preparar o kit de trabalho (preservativo, acessórios, maquiagem)	5198
	Usar preservativos	5198
privacidade	Manter privacidade da dívida com terceiros	4213
	Respeitar a privacidade da cjai	5162
genital	Higienizar genitálias de animais	6230

Tabela 11

Códigos e ocupações listadas nos resultados da pesquisa na CBO

Código	Categoria profissional
2312	Professores de nível superior do ensino fundamental (primeira a quarta séries)
2516	Assistentes sociais e economistas domésticos
3213	Técnicos em aquicultura
3322	Professores práticos no ensino profissionalizante
4213	Cobreadores e afins
5151	Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde
5162	Cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos
5198	Profissionais do sexo
6230	Tratadores polivalentes de animais

Como pode ser observado, há uma ausência de atividades ligadas à sexualidade vinculadas a profissões de enfermagem. Apesar do nome da ocupação “Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde” parecer englobar a categoria da enfermagem, o sistema da CBO deixa clara a diferença destas ocupações (Anexo E).

Comparando as atividades da CBO com a lista de competências construída neste estudo, pode-se observar uma semelhança nas seguintes atividades: Identificar doenças sexualmente transmissíveis (dst); Orientar comunidade sobre prevenção (dst, gravidez indesejada, dependência química, entre outros); Propor atividades para a prevenção do uso das drogas e de doenças sexualmente transmissíveis (DST); Orientar sobre educação sexual; Participar de ações educativas no campo da sexualidade; Respeitar as diversidades étnicas, culturais, de gênero, de credo, de orientação sexual, etc.; Respeitar a privacidade da cjai (criança, jovem, adulto e idoso). Estas são competências que se enquadrariam dentro do trabalho dos profissionais de enfermagem. Vale ressaltar que a distribuição de preservativos não cabe a essas categorias ocupacionais, porém a orientação de uso sim.

5.3. DISCUSSÕES

5.3.1. Conteúdo das competências listadas

Durante a construção do instrumento NTES, foram realizadas observações acerca das competências descritas pelos profissionais entrevistados. Notou-se, durante o mapeamento das competências, que os CHAs, muitas vezes, estavam atrelados à função do departamento do respondente, de modo que algumas competências do instrumento fazem parte do trabalho de todos os profissionais, enquanto outras são específicas de cada área. Pode-se mencionar a competência de “Orientar uso de preservativos para prevenção de contágio de outras pessoas no caso de pacientes portadores de DST” que foi mencionada apenas na Unidade Especial de Tratamento em Doenças Infecciosas (UETDI) enquanto a competência “Explicar sobre métodos anticoncepcionais existentes” apareceu em quase todas as entrevistas.

A partir da análise das competências encontradas no mapeamento de CHAs dos profissionais de enfermagem, percebeu-se um maior número de competências nas entrevistas de profissionais de nível superior do que aquelas descritas por profissionais de nível técnico, com exceção de alguns casos apenas. Isto parece estar de acordo com a diferença nas atribuições profissionais destes trabalhadores indicadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (1986) e Classificação Brasileira de Ocupações – CBO (Ministério do Trabalho e Emprego, 2014). Segundo a CBO, os enfermeiros de nível superior apresentam algumas competências em comum às dos profissionais de nível técnico e outras com nível de complexidade maior. Por outro lado, o profissional técnico na área da enfermagem é aquele que mantém contato mais frequente com o paciente, principalmente em momentos de

intimidade, como banho, higienização de áreas íntimas, entre outros procedimentos de exposição do usuário.

Em relação à comparação com os registros oficiais da CBO, pode-se perceber que a sexualidade está sendo negligenciada oficialmente não apenas em relação à profissão de enfermagem, como indicam estudos (Astbury-Ward, 2011; Santos & Campos, 2008), mas também em outros níveis relacionados à saúde e qualidade de vida (Medicina, Psicologia, Fisioterapia, entre outros). Dentre os profissionais citados que fazem parte da área da saúde estão: assistentes sociais e economistas domésticos; trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde; cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos, contrariando Kaplan e Pacelli (2011) que apontam os enfermeiros como os profissionais de saúde ideais para avaliar o estado de saúde sexual de seus pacientes. Esses achados abrem espaço para maiores discussões sobre o papel dos profissionais de enfermagem no atendimento aos pacientes no contexto hospitalar, em relação às questões de sexualidade.

É importante destacar essa discussão baseada na comparação com os registros oficiais, pois as transformações nas práticas, inclusão de programas de educação continuada, entre outros são baseadas nesses documentos vigentes. Logo, cabe ressaltar a importância de que mais pesquisas na área de identificação das competências vinculadas aos profissionais de saúde sejam realizadas e, principalmente, que esses resultados sejam utilizados para atualização dos documentos oficiais.

5.3.2. Conflito crenças pessoais x necessidades profissionais

Além da comparação com os registros oficiais, outra discussão importante é sobre a influência das crenças pessoais na atuação profissional na área da sexualidade. A literatura indica que a competência sobre orientação de uso de preservativos no caso de doenças infecciosas aparece como algo rotineiro na atuação de profissionais de enfermagem ou de profissionais envolvidos em programas de prevenção da HIV/AIDS (Kok et al., 2004; Mall & Swartz, 2012). Contudo, esta competência não aparece na atuação prática de todos os profissionais, como é o exemplo de uma das entrevistas realizada com profissional de enfermagem responsável por pacientes com DST. Na entrevista, a enfermeira relatou desconforto em falar com os pacientes sobre uso de preservativo, por considerar ser um assunto desagradável que os pacientes não se sentem bem ao falar e, portanto, esse tópico é evitado de sua parte. A orientação de uso de preservativos para pacientes com DST faz parte das competências da categoria da enfermagem? Se a resposta for positiva, esta atividade

deveria ser realizada independente da crença pessoal do trabalhador. Nesse sentido percebe-se um conflito entre as crenças pessoais e as necessidades profissionais, no contexto de saúde.

Por um lado, existe a necessidade do paciente em receber cuidados nesta área, o que torna importante a abordagem dessas questões, independentemente dos valores do profissional sobre esse assunto. Por exemplo, uma enfermeira com uma crença religiosa cujo uso do preservativo é proibido deve continuar orientando uso de preservativos para pacientes com doenças sexualmente transmissíveis. Assim, por mais que o profissional de enfermagem não tenha aquele valor, ele tem de agir de acordo com as atribuições do cargo. Por outro lado, dificilmente separam-se as práticas de uma pessoa de suas crenças e valores (Kendall et al., 2003). Portanto, os treinamentos ofertados nesta área devem buscar a integração do domínio afetivo e cognitivo, de maneira que os valores profissionais da equipe de enfermagem estejam alinhados às necessidades dos pacientes. Conforme mencionado por Kong et al. (2009), é importante valorizar o aspecto afetivo da educação, o reconhecimento formal desse papel estendido e promover a educação relacionada a um nível pós-experiência para beneficiar o desenvolvimento dos cuidados de saúde sexual dos pacientes.

O objetivo da construção do NTES é instrumentar os hospitais brasileiros com uma ferramenta para identificação das necessidades de treinamento dos profissionais de enfermagem, baseado na experiência e rotina de seus profissionais. Após sua aplicação, os psicólogos e gestores de equipe responsáveis pelo desenvolvimento dos profissionais devem buscar ações educacionais para auxiliar essa categoria a desempenhar um trabalho ainda mais completo, integrando a sexualidade no contexto de cuidado ao paciente.

Apesar de o mapeamento dos CHAs realizado ser apenas de uma organização hospitalar do SUS (o que pode dificultar a generalização dos dados), este é um hospital com muitas áreas de atuação (ambulatório, enfermaria, cirurgia, atendimento de bebês até idosos) e, deste modo, as discussões realizadas a partir deste trabalho podem contribuir para gerar melhorias na área da saúde, em diversos contextos.

Este instrumento deverá passar por testes para identificar evidências de validade estatística e de conteúdo, para que possa ser aprimorado e utilizado nos contextos de saúde por psicólogos e outros profissionais da gestão de conhecimento. A aplicação do NTES em outras populações faz-se necessária para que sejam garantidas a validade, confiabilidade e fidedignidade dos itens.

CAPÍTULO 6.
ESTUDO 2: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO
SABS

CAPÍTULO 6. ESTUDO 2: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO SABS

OBJETIVO DO CAPÍTULO 6

Este capítulo visa a apresentar o processo de criação do instrumento Crenças e Atitudes de Profissionais de Enfermagem frente à Sexualidade (CAES), a partir da adaptação transcultural do instrumento *Sexuality Attitudes and Beliefs Survey* (SABS) para a língua portuguesa. Serão apresentados as características metodológicas, os resultados e a discussão desta etapa da pesquisa. Com isso espera-se que o leitor possa acompanhar passo a passo as decisões que foram tomadas para a criação da versão do SABS para a população brasileira.

6.1. METODOLOGIA

6.1.1. Escolha do Instrumento

Durante o processo de construção do modelo de investigação desta pesquisa foi realizada extensa revisão de literatura, a fim de buscar as possíveis variáveis que influenciam as necessidades de treinamento dos profissionais de enfermagem na área da sexualidade. Na área de TD&E, muitos fatores já foram estudados como parte do modelo da ANT. A fim de inserir uma variável mais proximal em um modelo multivariado no qual a variável critério consistiria em lacuna de sexualidade no atendimento global de pacientes, foi realizada revisão também na área da saúde e sexualidade. Há pesquisas que indicam que as atitudes e crenças de profissionais de enfermagem relativas à sexualidade influenciam a maneira de cuidar dos pacientes (Black et al., 1996; Serrano, 2005). Desta maneira a revisão se deu a fim de buscar estudos que mediram estes conceitos na população da enfermagem. Foram encontradas pesquisas do mundo todo (Ayhan, Iyigun, Tastan, & Coskun, 2010; Doherty et al., 2011; H.W. Kim, Jung, & Park, 2012; Magnan et al., 2006; Reynolds & Magnan, 2005; Saunamäki et al., 2010), utilizando o instrumento *Sexuality Attitudes and Beliefs Survey* (SABS) que foi construído especificamente para a população da enfermagem e por isso ele foi escolhido para o presente estudo.

6.1.2. Instrumento

O *Sexuality Attitudes and Beliefs Survey* (SABS) é um instrumento de 12 itens com escala do tipo Likert de 6 pontos (Anexo D). Ele foi desenvolvido e validado por Reynolds e Magnan (2005) com enfermeiros, produzindo um alpha de Cronbach de 0,75 e 0,82, em duas administrações separadas. Além disso, fornece uma medida estável de atitudes com boa confiabilidade teste-reteste ($r = 0,85$; $P < 0,001$), durante um intervalo de 7 a 10 dias. Quando confrontados com perguntas sobre tema sensível, algumas pessoas dão respostas que sentem ser mais aceitável para os outros, em vez de manifestar a sua opinião honesta. Para evitar esse tipo de fenômeno, metade dos itens do SABS foi escrito de maneira inversa. O nome escolhido para a adaptação do SABS foi “Crenças e Atitudes de Profissionais de Enfermagem frente à Sexualidade” (CAES). Os passos metodológicos da adaptação deste instrumento para a população brasileira serão apresentados a seguir.

6.1.3. Adaptação transcultural

O instrumento *Sexuality Attitudes and Beliefs Survey* (SABS) já foi adaptado para utilização em vários países, dentre eles: Turquia, Portugal e Suíça (Ayhan et al., 2010; Dias & Sim-Sim, 2015; Saunamäki et al., 2010). Esses estudos mencionaram os mesmos cuidados metodológicos para tradução dos itens: uso de tradução, retrotradução e comparação com a versão original. Nenhum deles mencionou avaliação da versão por comitê de juízes, modificação dos itens ou verificação da adequação semântica com o grupo-alvo da população. No presente estudo, foram realizados os seguintes procedimentos para adaptação do *Sexuality Attitudes and Beliefs Survey* (SABS): Tradução dos itens, validação semântica e validação por juízes. Todos serão descritos a seguir.

6.1.4. Tradução e adaptação do instrumento

De acordo com Borsa, Damásio e Bandeira (2012), não existe um consenso sobre que procedimentos devem ser utilizados a fim de adaptar um instrumento para uso em contexto cultural diferente da versão original. O método depende das características do instrumento, dos contextos de aplicação e da população envolvida no estudo. Entretanto é consensual a necessidade de ter um processo de adaptação que vai além da tradução literal dos itens.

Antes era considerado que apenas um tradutor era suficiente para a realização do processo de tradução, porém, atualmente é sugerida a presença de, ao menos, dois tradutores bilíngues para a realização deste processo, a fim de minimizar o risco de vieses linguísticos, psicológicos, culturais e de compreensão teórica e prática (Borsa et al., 2012; Cassepp-Borges, Balbinotti, & Teodoro, 2010).

Alguns autores relatam a importância de que os tradutores conheçam o construto a ser avaliado e que tenham experiência com a escrita de artigos científicos (Cassepp-Borges et al., 2010; International Test Commission [ITC], 2005). Todavia, Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000) mencionam que um dos tradutores deve ter conhecimento sobre o construto avaliado, enquanto um segundo tradutor não deve estar ciente dos objetivos da tradução.

A tradução do instrumento do presente estudo foi realizada através de discussão de cada item entre dois tradutores com fluência nas línguas em questão (português e inglês): O primeiro tem ensino superior na área da saúde, porém, sem conhecimentos específicos na área desta pesquisa e já viveu nos EUA; O segundo tem ensino superior na área da saúde e envolvimento com o presente estudo. Neste procedimento buscou-se realizar uma tradução compatível com a língua original e ao mesmo tempo adaptando-se ao contexto brasileiro, sem perder a equivalência do conteúdo do SABS.

Vale ressaltar que na tradução dos itens foi modificada a população para “profissionais de enfermagem” ao invés de usar apenas “enfermeiros(as)”, a fim de incluir profissionais de nível técnico na pesquisa. Esta inclusão foi realizada, pois os técnicos e auxiliares de enfermagem também lidam com questões de sexualidade dos pacientes em sua rotina profissional e por isso precisam ser estudados, para receberem treinamentos nesta área.

Outra mudança realizada nesta fase do estudo foi a modificação da escala *Likert* utilizada. A versão original foi construída para uma escala de seis pontos com apenas as extremidades nomeadas (1-*Strongly Disagree* e 6-*Strongly Agree*). Neste estudo foi aumentada a escala para dez pontos (1-Discordo completamente e 10-Concordo completamente). Discussões são feitas no mundo acadêmico sobre a escolha do número de pontos da escala *Likert* utilizada nos questionários e não há consenso sobre esse tema. Matell e Jacoby (1971) referem pesquisas que encontraram um aumento da confiabilidade dos instrumentos com o aumento do número de pontos da escala, sendo que o número com maior confiabilidade encontrado foi para escalas de nove pontos. Por outro lado, estes autores relatam sobre estudos que não encontraram uma variação grande o suficiente, na confiabilidade dos instrumentos, que justifique o aumento da escala.

Além desse critério, é importante mencionar também sobre número par ou ímpar de alternativas. Günther (2003) defende que deixar um ponto médio neutro na escala pode ser prejudicial para os resultados, pois oferece ao respondente a opção de não se comprometer, podendo marcar um ponto neutro no meio de uma escala com número ímpar de alternativas. Considerando esses critérios, a escala de 1 a 10 foi escolhida por aumentar a variabilidade das respostas, por ser uma numeração que no contexto brasileiro é muito utilizada e facilitar no momento do julgamento. A escala teve início no número um e não no zero, para não ter o ponto médio neutro na escala. Após esta fase, o instrumento passou pela validação semântica dos itens, descrita a seguir, como recomendação de Pasquali (1998).

6.1.5. Validação semântica do instrumento

As mesmas orientações de Pasquali (1998) para validação do instrumento NTES no Estudo 1 foram utilizadas nesta fase da adaptação transcultural. O objetivo desta validação foi aferir se os conteúdos da versão traduzida e adaptada do SABS são inteligíveis para os membros da população à qual ele se destina.

6.1.5.1. Amostra

Da mesma maneira, buscou-se para que profissionais dos mais variados níveis de escolaridade participassem desta fase e também aqueles que trabalham tanto em ambulatorios como em enfermaria, independente do departamento. A amostra final de profissionais foi feita por conveniência, e o número de seis participantes se deu pelo critério de saturação da amostra: a coleta foi interrompida quando as alterações no instrumento sugeridas pelos profissionais se tornaram repetitivas em relação àquelas relativas às entrevistas anteriores. No total, foram convidados dez profissionais para participar desta fase da pesquisa e apenas seis aceitaram. O motivo citado para recusa foi falta de tempo.

Dentre os que aceitaram participar, a maioria é do sexo feminino, auxiliar de enfermagem, idade média 39 anos, tempo de profissão de 18 anos e tempo de trabalho na função de oito anos. O departamento de dermatologia e reumatologia foi o de maior contribuição nesta fase da pesquisa. A Tabela 12 mostra as características dos participantes da validação semântica do CAES.

Tabela 12

Descrição da amostra da validação semântica do CAES

VARIÁVEL	F	%	VARIÁVEL	F	%
Sexo			Departamento		
Feminino	4	66,7	Dermatologia e Reumatologia	2	33
Masculino	2	33,3	Radiologia e Tomografia	1	17
Cargo			UETDI	1	17
Auxiliar de enfermagem	4	66,7	Psiquiatria	1	17
Enfermeiro	2	33,3	Ambulatório de Clínica Médica	1	17
Formação *			Local		
Ensino médio incompleto	1	7,1	Enfermaria	3	
Ensino médio completo	1	7,1	Ambulatório	2	
Auxiliar de enfermagem	4	28,6	Hospital-Dia	1	
Técnico em enfermagem	3	21,4	Tempo que trabalha nesta função (anos)		
Ensino superior incompleto em Teologia	1	7,1	Média	8	
Ensino superior incompleto em Enfermagem	1	7,1	Desvio-padrão	5,9	
Ensino superior completo em Enfermagem	2	14,3	Moda	-	
Pós-graduação completa	1	7,1	Mínimo	2	
Idade (anos)			Máximo	18	
Média	39		Tempo de profissão (anos)		
Desvio-padrão	6,3		Média	18	
Moda	-		Desvio-padrão	7,4	
Mínimo	28		Moda	-	
Máximo	45		Mínimo	6	
			Máximo	25	

F=Freqüência absoluta e %=Porcentagem

* Alguns profissionais têm mais de uma formação dentre as listadas

6.1.5.2. Procedimentos de coleta e análise dos dados

Foram realizadas entrevistas individuais estruturadas com apoio de roteiro (Apêndice G) e registro simultâneo de informações, com duração média de 20 minutos. Nestas entrevistas foi apresentada a tarefa para o participante avaliar se o item apresenta clareza, se está redigido corretamente, e se gostaria de fazer alguma sugestão para alteração. As sugestões dos participantes foram acatadas integralmente e, quando houve mais de uma sugestão para o mesmo item, optou-se pelo formato mais frequente entre os participantes.

6.1.6. Validação por juízes do instrumento

Este tipo de validação foi realizado seguindo as mesmas orientações de Pasquali (1998) mencionadas no Estudo 1. Para retomar, o objetivo desta análise é verificar a adequação da representação comportamental do(s) atributo(s) latente(s) por especialistas da área pesquisada, diferentes da população-alvo do estudo. A tarefa dos juízes foi avaliar a clareza da redação dos itens e das instruções da escala, bem como analisar se os itens são suficientes (necessidade de incluir ou excluir itens). Para isso, o questionário foi enviado por e-mail para seis especialistas nas áreas de enfermagem e sexualidade (Apêndice J). Dentre esses, dois retornaram o parecer sobre o instrumento. As sugestões dos juízes foram acatadas integralmente.

6.2. RESULTADOS

A Tabela 13 mostra as modificações realizadas neste instrumento, em cada uma das fases descritas.

Tabela 13
Mudanças nos itens do CAES

Item traduzido e adaptado		Mudanças na validação semântica		Mudanças na validação por juízes	
1	Discutir sobre questões de sexualidade é essencial para saúde dos pacientes.	1a	Falar com os pacientes sobre suas questões de sexualidade é essencial para a saúde deles.	1a	-
		1b	Falar com a equipe de profissionais sobre questões de sexualidade dos pacientes é essencial para a saúde deles.	1b	Discutir com a equipe profissional sobre questões de sexualidade dos pacientes é essencial para a saúde deles.
2	Dar a permissão para o paciente falar sobre questões sexuais é uma responsabilidade dos profissionais de enfermagem.	2	Dar abertura para o paciente falar sobre questões de sexualidade é também uma responsabilidade dos profissionais de enfermagem.	2	-
3	Eu fico mais confortável falando sobre questões de sexualidade com os meus pacientes do que a maioria dos profissionais de enfermagem com quem trabalho.	3	Eu fico mais confortável falando com os pacientes sobre suas questões de sexualidade do que a maioria dos profissionais de enfermagem com quem trabalho.	3	-
4	Eu fico desconfortável ao falar sobre questões relacionadas à sexualidade do paciente.	4	-	4	-
5	Eu me sinto confiante na minha habilidade em abordar preocupações sexuais dos pacientes.	5	Eu me sinto preparado em abordar preocupações sexuais dos pacientes.	5	Eu me sinto preparado para abordar preocupações sexuais dos pacientes.
6	Eu reservo um tempo para discutir questões de sexualidade com os meus pacientes.	6	Eu reservo um tempo no horário de trabalho para discutir questões de sexualidade com os meus pacientes.	6	-
7	Eu entendo como as doenças do meu paciente e seus tratamentos podem afetar a sua sexualidade.	7	-	7	-
8	A maioria dos pacientes hospitalizados está muito doente para se interessarem em sexualidade.	8	-	8	-
9	Os pacientes esperam que os profissionais de enfermagem perguntem sobre suas preocupações sexuais.	9	-	9	-
10	Sexualidade é uma questão muito privada para ser discutida com os pacientes.	10	-	10	-
11	Questões de sexualidade devem ser discutidas apenas se iniciadas pelo paciente.	11	-	11	-
12	Sempre que os pacientes me perguntam sobre questões de sexualidade, aconselho-os a discutir o assunto com o seu médico.	12	-	12	-

Como dito anteriormente, as sugestões dos participantes na validação semântica foram acatadas integralmente e, quando houve mais de uma sugestão para o mesmo item, optou-se pelo formato mais frequentemente sugerido. Como pode ser observado na Tabela 13, houve a separação do item 1 original “Discutir sobre questões de sexualidade é essencial para a saúde dos pacientes” em dois outros itens: “Falar com os pacientes sobre suas questões de sexualidade é essencial para a saúde deles” e “Falar com a equipe de profissionais sobre questões de sexualidade dos pacientes é essencial para a saúde deles”. O objetivo desta separação foi especificar melhor a ação, diferenciando o ato de falar com os pacientes e com a equipe profissional sobre questões de sexualidade.

No item 2, foi modificado o termo “dar permissão” para “dar abertura”, pois na visão dos participantes fica mais clara a ação que devem realizar e que não necessariamente necessita-se dar uma permissão verbal para todos os pacientes, para que esse assunto seja discutido com ele. No item 3, além da inversão na frase, os participantes pediram para especificar de que questões de sexualidade que estariam conversando (do paciente).

A mudança no item 5 visou a simplificar e deixar mais claro o significado da expressão “Eu me sinto confiante na minha habilidade de...” utilizando a expressão “eu me sinto preparado...”. No item 6, foi necessária a inclusão do termo “no horário de trabalho”, pois os participantes ficaram na dúvida se a afirmação inicial mencionava que eles deveriam fazer isso após o horário de expediente.

As sugestões dos juízes foram acatadas integralmente. No item 1b, foi sugerida a modificação para o verbo de ação “discutir”, visto que é mais amplo do que apenas “falar”. Além disso, foi trocada a expressão “equipe de profissionais” para “equipe profissional” com o objetivo de impedir a possível ambiguidade na frase em relação ao termo “saúde deles” (deles pacientes ou profissionais?). No item 5, apenas uma mudança de preposição para adequar a afirmativa. A versão final deste instrumento, com as instruções, pode ser vista no Apêndice K.

6.3. DISCUSSÕES

O objetivo da adaptação transcultural do SABS é instrumentar os hospitais brasileiros com uma ferramenta para identificação das crenças e atitudes dos profissionais de enfermagem frente à sexualidade no contexto hospitalar. Sua aplicação em conjunto com o instrumento desenvolvido no Estudo 1 poderá auxiliar na identificação de qual domínio

(cognitivo ou afetivo) deve ser a prioridade do treinamento oferecido. Tudo isso para o objetivo de oferecer atenção integral ao paciente hospitalizado.

A necessidade de instrumentos destinados à identificação e avaliação das crenças e atitudes acerca da sexualidade no contexto profissional da enfermagem é grande, visto que não existem escalas ou questionários adaptados ou construídos para a população brasileira com este fim. Assim, este trabalho contribui de maneira significativa para esta lacuna da literatura da área.

A partir da observação das mudanças realizadas no instrumento nas etapas de validação semântica e por juízes, pode-se perceber a importância destes procedimentos sugeridos por Pasquali (1998) no caso de adaptação de instrumentos de outros países. Muitos estudos de adaptação transcultural de instrumentos não mencionam este processo como, por exemplo, aqueles citados sobre a adaptação do *Sexuality Attitudes and Beliefs Survey* (SABS) (Ayhan et al., 2010; Dias & Sim-Sim, 2015; Saunamäki et al., 2010). Assim, perde-se a possibilidade de adequar o instrumento à população real a quem será destinado e, com isso, prejudicar em consistência, fidedignidade e validade de conteúdo.

Devido à crescente necessidade de globalização da pesquisa científica, é importante a realização de adaptações e padronizações de instrumentos para aplicação em outras populações, a fim de melhorar a possibilidade de generalização dos dados e comparação dos resultados em escala mundial. O processo, contudo, engloba mais que a simples tradução dos itens. É necessário um rigoroso processo de adaptação cultural do instrumento, para que ele possa ao mesmo tempo manter sua essência e se adequar a uma cultura diferente.

Embora as propriedades psicométricas do instrumento original já tenham sido apresentadas na versão original em língua inglesa, faz-se necessária a aplicação deste instrumento em população brasileira com o objetivo de obter as novas propriedades psicométricas da escala. Vale ressaltar que essas propriedades se referem a um determinado instrumento com uma determinada amostra e não características da escala em si. Desse modo, além da aplicação e busca das evidências de validação estatística que serão apresentadas no Estudo 3 desta tese, faz-se necessária a utilização desta versão brasileira do SABS em outras amostras, para que sejam garantidas a validade, confiabilidade e fidedignidade dos itens.

CAPÍTULO 7.
ESTUDO 3: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE
DOS INSTRUMENTOS,
ANÁLISE DESCRITIVA E
TESTAGEM DO MODELO DE INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO 7. ESTUDO 3: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DOS INSTRUMENTOS, ANÁLISE DESCRITIVA E TESTAGEM DO MODELO DE INVESTIGAÇÃO

OBJETIVO DO CAPÍTULO 7

Este capítulo visa a apresentar o processo de análises exploratórias das estruturas empíricas dos instrumentos criados nos Estudos 1 e 2 e a testagem do modelo de investigação. Serão apresentados características metodológicas, resultados e discussão desta etapa da pesquisa. Com isso, espera-se que o leitor possa acompanhar passo a passo as decisões que foram tomadas, a fim de testar o modelo de investigação proposto.

7.1. METODOLOGIA

Este é um estudo quantitativo, exploratório e descritivo, com três objetivos: 1) Analisar descritivamente os resultados obtidos; 2) Apresentar as evidências de validade estatística dos instrumentos criados nos Estudos 1 e 2; 3) Testar o modelo de investigação proposto.

7.1.1. Instrumentos

Foram utilizadas as versões finais dos instrumentos Necessidades de Treinamento de profissionais de Enfermagem na área da Sexualidade (NTES) e Crenças e Atitudes de Profissionais de Enfermagem frente à Sexualidade (CAES), apresentadas respectivamente nos Apêndices I e K, bem como questionário com informações de características da clientela (Apêndice L).

7.1.2. Amostra

7.1.2.1. Amostra – versão do questionário *online*

A coleta de dados desta fase da pesquisa deu início em 10/04/2013. No total, 96 pessoas visualizaram o questionário *online* e 67 concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dentre as que aceitaram, 20 não responderam a nenhuma questão e outras 22 responderam de 1 a 5 questões (foram excluídas do banco de dados). No final, apenas 25 questionários *online* foram incluídos na amostra deste estudo.

7.1.2.2. Amostra – versão do questionário impressa

A coleta de dados desta fase da pesquisa deu início em 08/05/2014 e foi realizada no HC-FMRP-USP *Campus*. Este é dividido da seguinte forma: Enfermarias (3º ao 12º andar), ambulatórios (2º andar) e UETDI (2º andar enfermaria e ambulatório). No total, foram disponibilizados 539 envelopes impressos dentre os quais 204 foram devolvidos preenchidos, dentre eles 138 são da enfermaria, 58 ambulatórios e 8 UETDI.

7.1.2.3. Amostra total – versão do questionário *online* e impressa

Somando os questionários respondidos nas versões *online* e impressa, no total são 229 participantes deste estudo. Alguns questionários apresentam dados omissos no preenchimento e por isso os números exibidos nas tabelas sobre características da amostra podem não ser equivalentes com o número total de participantes. Dentre esses participantes, nove não responderam a nenhuma questão relativa ao instrumento NTES e outras três não responderam a nenhuma questão do CAES. Como o objetivo final deste estudo é a análise do relacionamento das variáveis, optou-se por excluir os casos que não apresentavam nenhuma resposta em um dos instrumentos do estudo. Sendo assim, foram excluídos 12 participantes, e a amostra final permaneceu com 217 casos para análise. A Tabela 14 e Tabela 15 mostram as características da amostra do Estudo 3.

Tabela 14

Dados demográficos da amostra total do Estudo 3

VARIÁVEL	F	%	VARIÁVEL	F	%
Sexo			Idade (anos)		
Feminino	167	78%	Média	41	
Masculino	48	22%	Desvio-padrão	9,9	
Estado Civil			Moda	36	
Solteiro (a)	49	23%	Mínimo	19	
Casado (a)	122	57%	Máximo	65	
Separado (a)	17	8%	Classe Econômica*		
Divorciado (a)	11	5%	A1	1	0,5%
Viúvo (a)	7	3%	A2	23	10,6%
União Estável	9	4%	B1	61	28,1%
Religião			B2	88	40,6%
Católica	118	56,5%	C1	30	13,8%
Espírita	39	18,7%	C2	2	0,9%
Evangélica	27	12,9%	D	1	0,5%
Não se aplica	13	6,2%	E	0	0,0%
Outra Religião					
Cristã	5	2,4%			
"Crê em Deus"	4	1,9%			
Testemunha de Jeová	3	1,4%			

F=Freqüência absoluta e %=Porcentagem

*De acordo com o Critério Brasil de Classificação Econômica

Tabela 15

Dados funcionais da amostra total do Estudo 3

VARIÁVEL	F	%	VARIÁVEL	F	%
Escolaridade			Tempo de profissão (anos)		
Ensino médio incompleto	11	5,1%	Média	15	
Ensino médio completo	99	46,3%	Desvio-padrão	8,2	
Ensino superior incompleto	21	9,8%	Moda	10	
Ensino superior completo	41	19,2%	Mínimo	0,3	
Pós-graduação completa	35	16,4%	Máximo	40	
Pós-graduação incompleta	7	3,3%	Tempo que trabalha neste hospital (anos)		
Formação*			Média	13	
Técnico em enfermagem	114	53%	Desvio-padrão	9,4	
Auxiliar de enfermagem	125	58%	Moda	15	
Ensino superior em enfermagem	74	34%	Mínimo	0,1	
Ensino superior em outra área	11	5%	Máximo	41	
Mestrado	16	7%	Tempo que trabalha nesta função (anos)		
Doutorado	4	2%	Média	12	
Especialização na área da enfermagem	65	30%	Desvio-padrão	9,0	
Especialização em outra área	7	3%	Moda	15	
Cargo			Mínimo	0,1	
Técnico em enfermagem	54	25,6%	Máximo	40	
Auxiliar de enfermagem	86	40,8%	População com quem trabalha **		
Enfermeiro	49	23,2%	Bebês	72	33%
Encarregado de turno	4	1,9%	Crianças	87	40%
Enfermeiro-chefe	13	6,2%	Adolescentes	115	53%
Diretor de serviço	3	1,4%	Adultos	199	92%
Outro	2	0,9%	Idosos	156	72%

F=Freqüência absoluta e %=Porcentagem

* Alguns profissionais têm mais de uma formação dentre as listadas.

** Alguns profissionais trabalham com mais de uma população.

A maioria dos participantes do Estudo 3 é do sexo feminino, do cargo auxiliar de enfermagem, idade média 41 anos, tempo de profissão de 15 anos e tempo de trabalho na função de 12 anos. Dentre as formações mais citadas pelos participantes, *auxiliar de enfermagem* foi o mais frequente. Nesta amostra há um maior número de profissionais de nível técnico em relação ao nível superior, mantendo uma proporção compatível com a população de profissionais de enfermagem do HC-FMRP-USP.

7.1.3. Procedimentos de coleta de dados

7.1.3.1. Procedimentos de coleta de dados – versão *online*

A coleta de dados desta fase da pesquisa foi realizada a partir da versão final do NTES (Apêndice I), versão final do CAES (Apêndice K) e dados demográficos (Apêndice L). Este processo foi realizado a partir de várias estratégias de disseminação diferentes. Segue a Figura 16 com as estratégias de disseminação do convite para a pesquisa na versão *online*.

Figura 16. Estratégias de disseminação do convite de pesquisa na versão online

Para cada um dos setores de disseminação do convite, foi realizado contato presencial, a fim de solicitar ao responsável pela lista de e-mails que fosse enviado um e-mail de convite com o *link* do questionário. No caso do Setor de Imprensa após o primeiro contato e o envio do e-mail ao responsável, realizado no dia 10/04/13, observou-se que não houve resultado, de modo que nenhum acesso ao questionário foi realizado nesse período. Após duas semanas, foi realizado novo contato presencial para comunicar o ocorrido, e o responsável informou que o e-mail não tinha sido enviado para a lista como combinado e solicitou um reenvio para que pudesse encaminhar. Neste dia foi enviado novamente o e-mail com convite para a pesquisa e nenhum resultado foi obtido nas duas semanas subsequentes. O texto enviado no e-mail com convite se encontra no Apêndice M.

De acordo com o método apresentado por Dillman (2007), uma melhora na taxa de resposta é encontrada após o envio de dois e-mails de lembrete para a pesquisa, após o envio inicial. Seguindo essas recomendações, foi enviado em 17/05/13 um e-mail lembrete a partir do Setor de Imprensa do HC, a fim de maximizar a taxa de resposta. Após aproximadamente 20 dias, foi obtida a primeira resposta ao questionário a partir desta estratégia de disseminação.

Diferentemente do setor anterior, a resposta da disseminação do convite de pesquisa através da Divisão de Enfermagem e do Centro de Educação Continuada em Enfermagem (CECEn) foi imediata. Após o contato presencial com os responsáveis por esses setores, o e-mail convite foi enviado e em menos de dois dias a primeira resposta ao questionário, a partir destas estratégias, foi recebida. Vale ressaltar que a lista de e-mails da Divisão de Enfermagem envolve apenas chefes de enfermagem e por isso o caráter do e-mail foi buscando a resposta deste profissional bem como o incentivo à pesquisa para sua equipe de enfermagem. O texto do e-mail enviado para esses setores se encontra nos Apêndices N e O. Outra ressalva importante é que a lista de e-mails do CECEn é de apenas enfermeiros de nível superior, não incluindo técnicos e auxiliares.

Paralelamente ao envio dos e-mails com convite para a pesquisa, foi adotada a estratégia de divulgação através de fôlderes e cartazes espalhados nos postos de enfermagem das enfermarias da organização-alvo e nos corredores profissionais dos ambulatorios. Em razão de o *link* do questionário ser de difícil digitação, optou-se por montar um blog com o *link* para a pesquisa, de modo que o endereço deste blog fosse divulgado através desses folhetos de divulgação. Buscou-se com isso facilitar o acesso à pesquisa, possibilitando maximizar a taxa de resposta. A imagem utilizada na impressão destes folhetos encontra-se no Apêndice P e o blog criado no Apêndice Q. No dia seguinte após a divulgação dos fôlderes e

cartazes, foi recebida a primeira resposta ao questionário a partir desta estratégia de disseminação do convite.

Mesmo após realização de estratégias que buscam a amplificação dos índices de retorno descritos na literatura (Carswell & Venkatesh, 2002; Dillman, 2007; Zerbini & Abbad, 2010), apenas 25 questionários *online* foram respondidos. Assim, optou-se por fazer uma versão impressa do questionário que será descrita na próxima seção.

7.1.3.2. Procedimentos de coleta de dados – versão impressa

A fim de aumentar o número de participantes do Estudo 3, foi implementada nova estratégia para coleta desses dados, incluindo participantes da pesquisa que não têm acesso à internet ou aqueles sem a devida familiarização com o ambiente *online*, a fim de enriquecer a análise e os resultados da pesquisa.

Nesta fase da pesquisa, mais de uma estratégia de coleta de dados foi implementada com o objetivo de aumentar a amostra do estudo. Vale ressaltar que todas as estratégias utilizadas consideraram a importância de se manter a autoaplicação do questionário, de modo que o pesquisador não estivesse acompanhando presencialmente o preenchimento. Esta decisão foi feita a fim de minimizar o Efeito Hawthorne (esforços dos indivíduos a fim de melhorarem seu rendimento devido à consciência de testagem) e aumentar a confiabilidade nos resultados obtidos. A Tabela 16 mostra um resumo das estratégias de coleta de dados utilizadas, a quantidade de envelopes entregues, devolvidos em branco, devolvidos preenchidos e perdidos na enfermaria. A Tabela 17 mostra um resumo da coleta de dados realizada nos ambulatorios, e a Tabela 18 mostra a efetividade de cada estratégia de coleta de dados.

Os questionários foram impressos e colocados em um envelope, contendo instruções para os profissionais de enfermagem da organização-alvo, a fim de que eles respondam e retornem a pesquisa em um local e data combinados (Apêndice R). Dentro do envelope foi colocado o questionário e TCLE idênticos ao da versão *online* para manter a padronização do material de coleta de dados.

A fim de obter controle na distribuição dos envelopes, a coleta de dados desta fase teve início no último andar do HC-FMRP-USP (12º), a fim de deixar os ambulatorios do segundo andar por último, já que são mais amplos e com um número de responsáveis maior que nas enfermarias. O planejamento inicial era entregar os envelopes aos responsáveis de cada setor para que eles distribuíssem para seus supervisionados e combinar que a

pesquisadora buscava uma semana depois, conforme foi requisitado em carta de encaminhamento ao responsável (Apêndice S). Esse procedimento foi realizado apenas no 12º, 11º e 6º andar (ala C), pois os demais responsáveis dos andares preferiram não se responsabilizar pela entrega dos envelopes, pedindo para deixar a pilha de questionários no balcão da enfermagem com um aviso para os profissionais participarem da pesquisa espontaneamente (Apêndice T).

Após deixar os envelopes no balcão e obter uma taxa de retorno preenchido (4%) desfavorável para continuidade da pesquisa (dentre 247 envelopes disponibilizados, 11 voltaram preenchidos e 35 foram perdidos), uma das responsáveis da enfermagem sugeriu a entrega do envelope em mãos aos profissionais de enfermagem para devolução no balcão de enfermagem, dentro de uma semana. Esta estratégia foi melhor que as anteriores, visto que atingiu uma taxa de efetividade maior (23%), apesar de ainda desfavorável para o andamento deste estudo. Nesse momento da pesquisa, apesar da taxa de retorno preenchido ser baixa, a versão impressa já se mostrou mais eficiente que a versão *online*, o que indica que deve ser mais bem explorada para conseguir amostras mais robustas para a validação estatística dos instrumentos e análise do relacionamento das variáveis.

A última estratégia de coleta de dados testada foi a mudança no momento da devolução do questionário. Os novos envelopes (Apêndice U) foram entregues em mãos para os profissionais, e a pesquisadora permaneceu de plantão no setor em um local combinado, durante um período, para receber de volta os questionários no mesmo dia (seja em branco ou preenchido). Vale ressaltar que apesar da permanência no setor, a pesquisadora não acompanhava presencialmente o preenchimento dos questionários, que eram feitos a distância, conforme planejado desde o início da pesquisa. Esta nova maneira de conduzir a coleta de dados na versão impressa aumentou a taxa de devolução dos questionários preenchidos (68% enfermarias e 69% ambulatoriais) e diminuiu o número de envelopes perdidos.

Tabela 16

Resultados dos procedimentos de coleta de dados versão impressa nas enfermarias do HC-FMRP-USP

Entregues	Local	Procedimento de entrega	Procedimento de devolução	Devolveu em branco	Devolveu preenchido	Envelopes "Perdidos"	
30	12º andar	balcão enfermagem	Volta a buscar após 1 semana	27	1	2	17
27		distribuído pelo responsável	Volta a buscar após 1 semana	17	5	5	
10		em mãos aos profissionais	Volta a buscar após 1 semana	8	2	0	
16		em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	2	9	5	
37	11º andar	balcão enfermagem	Volta a buscar após 1 semana	33	4	0	12
30		distribuído pelo responsável	Volta a buscar após 1 semana	22	4	4	
9		em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	4	4	1	
41	10º andar	balcão enfermagem	Volta a buscar após 1 semana	28	0	13	12
10		em mãos aos profissionais	Volta a buscar após 1 semana	5	0	5	
16		em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	4	12	0	
30	9º andar	balcão enfermagem	Volta a buscar após 1 semana	30	0	0	12
9		em mãos aos profissionais	Volta a buscar após 1 semana	7	1	1	
16		em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	4	11	1	
69	8º andar	balcão enfermagem	Volta a buscar após 1 semana	64	4	1	17
13		em mãos aos profissionais	Volta a buscar após 1 semana	9	3	1	
15		em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	4	10	1	
29	7º andar*	em mãos aos profissionais	Volta a buscar após 1 semana	5	11	13	11
40	6º andar	balcão enfermagem	Volta a buscar após 1 semana	19	2	19	16
8		distribuído pelo responsável	Volta a buscar após 1 semana	0	0	8	
9		em mãos aos profissionais	Volta a buscar após 1 semana	3	1	5	
18		em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	3	13	2	
22	5º andar	em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	8	11	3	11
23	4º andar	em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	4	19	0	19
12	3º andar	em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	0	11	1	11
539	-	-	-	310	138	91	

Tabela 17

Resultados dos procedimentos de coleta de dados versão impressa nos ambulatorios do HC-FMRP-USP

Entregues	Local	Procedimento de entrega	Procedimento de devolução	Devolveu em branco	Devolveu preenchido	Envelopes "Perdidos"
12	Amb.1	em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	3	9	0
11	Amb.2	em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	1	7	3
8	Amb.3	em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	2	6	0
-	Amb.4*	-	-	-	-	-
-	Amb.5*	-	-	-	-	-
14	Amb.6	em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	3	9	2
5	Amb.7	em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	1	4	0
14	Amb.8	em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	7	7	0
14	Amb.9	em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	3	11	0
-	Amb.10**	-	-	-	-	-
-	Amb.11**	-	-	-	-	-
6	Amb. Cardio	em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	1	5	0
11	UETDI	em mãos aos profissionais	Plantão no mesmo período	3	8	0
95	-	-	-	24	66	5

* Os ambulatorios 4 e 5 estavam em reforma durante o período de coleta de dados, e os profissionais bem como pacientes estavam alocados nos outros ambulatorios.

** Os ambulatorios 10 e 11 são de Raios-x e ressonância magnética, e os profissionais mencionaram não lidar com questões de sexualidade dos pacientes.

Tabela 18

Procedimentos de coleta de dados da versão impressa

Procedimento de entrega: Distribuído pelo responsável do setor.

Procedimento de devolução: Volta a buscar após 1 semana.

Entregues	Local de entrega	Dev. em branco	Dev. preenchido	"Perdidos"	Efetividade
27	12º andar	17	5	5	-
30	11º andar	22	4	4	-
8	6º andar (ala C)	0	0	8	-
65	-	39	9	17	14%

Procedimento de entrega: Coloca a pilha de questionários no balcão de enfermagem.

Procedimento de devolução: Volta a buscar após 1 semana.

Entregues	Local de entrega	Dev. em branco	Dev. preenchido	"Perdidos"	Efetividade
30	12º andar	27	1	2	-
37	11º andar	33	4	0	-
41	10º andar	28	0	13	-
30	9º andar	30	0	0	-
69	8º andar	64	4	1	-
40	6º andar	19	2	19	-
247	-	201	11	35	4%

Procedimento de entrega: Entregue em mãos aos profissionais de enfermagem.

Procedimento de devolução: Volta a buscar após 1 semana.

Entregues	Local de entrega	Dev. em branco	Dev. preenchido	"Perdidos"	Efetividade
10	12º andar	8	2	0	-
10	10º andar	5	0	5	-
9	9º andar	7	1	1	-
13	8º andar	9	3	1	-
29	7º andar	5	11	13	-
9	6º andar	3	1	5	-
80	-	37	18	25	23%

Procedimento de entrega: Entregue em mãos aos profissionais de enfermagem.

Procedimento de devolução: Fica de plantão no setor no mesmo período da entrega.

Entregues	Local de entrega	Dev. em branco	Dev. preenchido	"Perdidos"	Efetividade
16	12º andar	2	9	5	-
9	11º andar	4	4	1	-
16	10º andar	4	12	0	-
16	9º andar	4	11	1	-
15	8º andar	4	10	1	-
18	6º andar	3	13	2	-
22	5º andar	8	11	3	-
23	4º andar	4	19	0	-
12	3º andar	0	11	1	-
12	Amb.1	3	9	0	-
11	Amb.2	1	7	3	-
8	Amb.3	2	6	0	-
14	Amb.6	3	9	2	-
5	Amb.7	1	4	0	-
14	Amb.8	7	7	0	-
14	Amb.9	3	11	0	-
6	Amb.Cardio	1	5	0	-
11	UETDI	3	8	0	-
242	-	57	166	19	68%

7.1.4. Procedimentos de análise dos dados

As análises estatísticas dos dados foram realizadas mediante o uso do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 23. Inicialmente foram realizadas análises descritivas (média, desvio-padrão, moda, mínimo e máximo) e exploratórias dos dados para investigar a exatidão da entrada dos dados, a presença de casos extremos, a distribuição dos casos omissos, a distribuição de frequência e o tamanho das amostras. Em seguida, foram realizadas análises diretamente ligadas aos objetivos desta pesquisa (analisar evidências de validade estatística dos instrumentos criados nos estudos 1 e 2; testar o modelo de investigação proposto). A seguir, apresentam-se os procedimentos das análises feitas na presente pesquisa.¹

7.1.4.1. Procedimentos de análises exploratórias das estruturas empíricas dos instrumentos

Seguindo orientações de Tabachnick e Fidell (2007), foram realizadas análises exploratórias para identificar casos omissos; casos extremos univariados e multivariados, multicolinearidade, singularidade e linearidade. Os testes de normalidade das distribuições de frequência não foram realizados, visto que este parâmetro não é um problema grave na análise fatorial exploratória que suporta desvios da normalidade (Pasquali, 2004).

Caso sejam identificados casos omissos, os mesmos podem ser tratados de três maneiras: 1) substituir casos omissos pela média; 2) eliminar casos omissos em uma ou duas variáveis, quando os mesmos são tomados aos pares (*pairwise*); 3) considerar apenas os casos que contêm dados válidos em todos os indicadores/variáveis (*listwise*) (Tabachnick & Fidell, 2007). Ao optar-se por um desses procedimentos, é importante considerar a quantidade e a aleatoriedade de dados ausentes, em função da possível identificação de subgrupos amostrais, caso o percentual de dados omissos seja superior a 5% dos casos. Sendo assim, ao se verificar os casos omissos da presente pesquisa, notou-se que nenhuma variável apresentava mais do que 5% dos casos omissos e optou-se pela utilização do método *pairwise*.

Posteriormente, iniciaram-se as análises fatoriais exploratórias dos dois instrumentos, seguindo as orientações de Pasquali (2004): a) coleta da informação através de pesquisa empírica; b) elaboração e análise da matriz de covariância; c) análise da matriz de covariância

¹ Os procedimentos de análises de dados e as referências utilizadas são baseados em Zerbini (2007) que descreve todas as etapas de maneira detalhada e direcionou a análise dos dados da presente pesquisa.

em termos de fatorabilidade e do número de fatores; d) extração inicial dos fatores; e) rotação dos fatores para uma estrutura final; f) interpretação dos fatores; g) construção dos escores fatoriais para uso em análises futuras.

A coleta de informação foi realizada como demonstrado em detalhes na seção 7.1.3. Para elaborar a matriz de covariância, foram adotados os seguintes parâmetros:

a) Tipos de coeficientes de correlação: utilizaram-se as correlações bivariadas paramétricas de Pearson, pois é o tipo mais adequado de matriz de covariâncias para análise fatorial;

b) Tamanho da amostra: considerou-se o recomendado de mínimo de cinco casos para cada variável observável;

c) Normalidade e linearidade: não foi realizado teste de normalidade, pois, como dito anteriormente, não é um problema grave na análise fatorial exploratória. Já a linearidade afeta a análise fatorial, visto que as correlações consistem em medidas de relações lineares. A linearidade foi analisada através de correlações bivariadas, considerando o coeficiente de correlação produto-momento de Pearson (valores diferentes de 0 (zero) e significativos indicam a presença de uma relação linear, considerada forte quanto mais próxima de 1 (um) for o coeficiente obtido);

d) Multicolinearidade e singularidade: as variáveis possuem multicolinearidade quando são tão correlacionadas que parecem sinônimos. A orientação, para esse caso, é que uma das variáveis deve ser eliminada da análise. Já as variáveis com singularidade são redundantes, ou seja, uma variável é a combinação de duas ou mais variáveis. Para analisar a multicolinearidade e singularidade, verificou-se a existência de correlações superiores a 0,90, tal como sugerido por Pasquali (2004).

A análise da matriz de covariância em termos de fatorabilidade e do número de fatores foi realizada de acordo com os seguintes passos:

a) Análise do tamanho das correlações: considerou-se uma correlação importante quando o valor obtido estava acima de 0,30, positivo ou negativo. Quando os valores de correlações acima de 0,30 ultrapassavam 50% dos casos, a matriz podia ser fatorizável;

b) Teste de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO): analisaram-se as correlações parciais das variáveis. Quanto mais próximo do valor 1 for esta estatística, mais a matriz é fatorável, porque isto indica que as variáveis têm muita variância em comum.

A extração inicial dos fatores foi realizada através da análise dos componentes principais (*Principal Components - PC*). A PC pretende reduzir o número de variáveis em componentes que expliquem a maior parte da variância original das variáveis. Para isso,

analisa os componentes mais importantes e é considerada uma técnica de simplificação e ortogonalização apenas. Entretanto, a análise fatorial (AF) analisa as covariâncias e possui um modelo teórico que subsidia as suas análises, ou seja, a AF assume que a covariância entre as variáveis é produto de uma causa comum entre elas: os fatores comuns. A PC preocupa-se apenas em reduzir o tamanho de uma matriz (*rank reduction*). Para definir o número de componentes na PC, foram utilizados os seguintes critérios:

a) Critérios convencionais: foram considerados apenas os valores próprios (*eigenvalues*) superiores a 1 (um); foi analisada a distribuição visual dos valores próprios, o *scree plot* (os pontos que representam os componentes passam de uma inclinação acentuada para uma inclinação quase horizontal; esse ponto de mudança considera-se indicativo do número máximo de fatores a serem extraídos);

b) Critérios estatísticos (testes de significância): através da análise paralela de Horn, foram comparados valores próprios empíricos, obtidos pela análise da PC, com valores próprios aleatórios, obtidos com o auxílio do *software RanEign*, em função da quantidade de variáveis e do tamanho da amostra. Os fatores são retirados da estrutura, quando apresentam valor próprio empírico igual ou menor que os valores aleatórios. Segundo Laros (2004), tal análise apresenta índice de precisão de 92% de indicação correta do número de fatores, sendo o melhor método para definição de número de fatores de uma matriz de respostas a questionários;

c) Critérios de relevância do fator: foram feitas análises de interpretabilidade, importância e consistência dos fatores, após a rotação dos fatores. A importância do fator é definida pela variância que consegue explicar após a rotação da matriz fatorial. O critério de Harman considera um fator irrelevante aquele que explica menos do que 3% da variância total das variáveis. A validade do fator é expressa pelo tamanho das cargas fatoriais, ou seja, quanto maiores elas forem, mais a variável é representativa do fator. Entretanto, um fator pode ser válido, porém, pode não ser consistente, por isso, também foram feitas análises de consistência dos fatores, por meio da análise de alfa de Cronbach.

Para confirmar as estruturas fatoriais identificadas na PC, foram realizadas análises fatoriais utilizando o método de fatoração dos eixos principais (*Principal Axis Factoring - PAF*). Tal método, embora utilize os mesmos procedimentos da PC, substitui o valor 1 da PC por uma estimativa das comunalidades na diagonal da matriz, uma vez que a variabilidade que interessa na PAF é a variabilidade que as variáveis têm em comum, isto é, a covariância entre elas (modelo causal). A vantagem de realizar a PC antes da PAF, com todos os seus critérios, é definir os números mínimos de fatores a serem inicialmente extraídos.

Os métodos da PC e PAF citados anteriormente apresentam algo em comum: consideram os fatores como sendo ortogonais, ou seja, como sendo totalmente independentes um do outro. Na área de ciências sociais, é muito comum haver certa relação comum entre os fatores de um mesmo fenômeno estudado. Desta maneira, indica-se o método de rotação oblíqua (*direct oblimin*), o qual permite que apareçam fatores não ortogonais e, ao mesmo tempo, não força a dependência entre os fatores. Por fim, após a extração dos fatores, verificaram-se a estabilidade e a interpretabilidade dos mesmos, bem como, foram produzidos escores fatoriais.

Para analisar a estabilidade, foi verificado o quanto os itens eram bons representantes do fator, pelo tamanho da carga fatorial, que é a correlação entre o item com o conjunto dos outros itens do fator (quanto mais próxima de 1 for esta carga, melhor representa o fator). Para analisar a interpretabilidade, identificou-se o traço latente que é considerado a causa do agrupamento das variáveis, por meio da análise da literatura da área. Os escores fatoriais foram produzidos pela média dos escores das variáveis originais que pertencem ao fator.

7.1.4.2. Procedimentos de análise dos testes de Regressão múltipla, Test t e ANOVA

Após as análises fatoriais exploratórias, foram produzidos os escores fatoriais a partir da média das variáveis originais dos fatores. Foram realizadas análises de regressão múltipla padrão e *stepwise*, com o objetivo de investigar e identificar os principais preditores da variável “Necessidades de Treinamento”, medida em termos de Índice de Prioridade Geral (IPG) de Treinamento dos CHAs listados. As ANOVAS e Testes t foram feitos para complementar as informações obtidas no processo de validação estatística das escalas utilizadas.

Além da regressão linear múltipla padrão, destacam-se outros três métodos de entrada dos dados: No método *forward*, a equação começa vazia e cada preditor entra, um por um, na equação. No método *backward*, todos os preditores são incluídos de uma só vez na equação, e depois são retirados, um a um, até que se identifiquem os melhores preditores. O método *stepwise* é a junção dos dois métodos (a cada entrada de um preditor (*forward*), o modelo completo é testado em busca de variáveis insignificantes (*backward*)).

Para esta etapa, foi utilizado o arquivo de dados completo, contendo o modelo multivariado com variáveis demográficas, funcionais, crenças e atitudes de profissionais de enfermagem frente à sexualidade e, por fim, as necessidades de treinamento de profissionais

de enfermagem na área da sexualidade. Para o Test t, o número de integrantes de cada grupo precisa ser igual, desta maneira foi retirada amostra aleatória para realizar este teste. A regressão múltipla e a ANOVA foram realizadas a partir da amostra total existente.

Antes de dar início aos testes de ANOVA, Test t e regressão múltipla, foram realizadas análises exploratórias no arquivo completo para identificação de casos omissos, extremos univariados, extremos multivariados, normalidade univariada, multicolinearidade, singularidade e linearidade, baseados nas orientações de Hair, Black, Babin, Anderson e Tatham (2005), Miles e Shevlin (2001) e Tabachnick e Fidell (2007). Os critérios usados nas análises exploratórias para regressão múltipla, ANOVA e Test t foram similares aos utilizados nas análises fatoriais exploratórias.

De acordo com Tabachnick e Fidell (2007), casos extremos univariados são definidos como respostas que destoam do conjunto de respostas em uma única variável. Para identificação dos casos extremos univariados, as variáveis foram transformadas em escores Z. Todas as respostas cujos escores padronizados são iguais ou superiores a 3,29 ($p < 0,001$, *two-tailed*) devem ser excluídas. Foram identificados 12 casos extremos univariados referentes à escala NTES e um referente ao CAES. Todos eles se referem a pessoas com alto índice de prioridade de treinamento e por esta razão foi definido que esses casos não seriam excluídos do banco de dados por se tratarem de pessoas que mais necessitam de treinamento. Parece ser contraditória uma avaliação das prioridades de treinamento excluir pessoas que apresentam uma lacuna de competência maior, mesmo que este caso seja destoante da maioria dos outros respondentes e que possa interferir nos resultados agrupados. Desse modo, todas as análises de relacionamento das variáveis foram realizadas sem a exclusão dos casos extremos univariados.

Casos extremos multivariados são definidos como valores resultantes de uma combinação anormal de escores em duas ou mais variáveis. Segundo esses autores, os casos são identificados a partir da distância *Mahalanobis* (distância entre o caso e o ponto central criado pelas médias de todas as variáveis) com $\alpha = 0,001$ e, posteriormente, excluídos. Após a realização deste procedimento, mais de 30% da amostra seria excluída. Isso acontece em amostras demasiadamente heterogêneas e que não é indicada a exclusão. Desse modo não foi realizada a exclusão de casos extremos multivariados da amostra deste Estudo 3. Dessa maneira a amostra final permaneceu com 217 casos.

A linearidade foi avaliada através do coeficiente de correlação produto-momento de Pearson (correlações bivariadas). Valores diferentes de zero e significativos indicam a presença de uma relação linear, considerada forte quanto mais próxima de 1 for o coeficiente

obtido. Foram identificadas relações lineares entre as variáveis utilizadas nas regressões. Para analisar a multicolinearidade e a singularidade, verificou-se a existência de correlações superiores a 0,90 e 0,80 (Pasquali, 2004; Tabachnick & Fidell, 2007). Não foram identificados casos de multicolinearidade e singularidade entre as variáveis.

Para a ANOVA e Test t, as médias das respostas dos participantes aos instrumentos NTES e CAES foram transformadas na variável critério dos modelos. As variáveis inseridas separadamente nos modelos foram: sexo, idade, religião, estado civil, escolaridade, formações realizadas, classificação econômica, cargo, tempo de profissão, tempo de trabalho no hospital, tempo de trabalho na função e população atendida. Para regressão múltipla, as variáveis critério são os escores dos fatores do instrumento NTES.

Conforme critérios de Tabachnick e Fidell (2007), as análises de regressão devem respeitar os seguintes critérios de inclusão para análise: amostra maior ou igual a 50 casos mais oito vezes o número de variáveis antecedentes ($N \geq 50 + 8m$), para testar correlações múltiplas e $N \geq 104 + m$, para testar preditores individuais. Na análise *stepwise*, uma amostra maior é necessária (razão de 40 casos para cada variável antecedente). A partir da análise-padrão, serão identificadas e excluídas as variáveis que não contribuem para nenhum dos três fatores de NTES para posteriormente realizar o teste pelo método *stepwise*. Assim, para que fosse possível realizar esses testes com amostra de 217 casos, um modelo de, no máximo, 20 variáveis preditoras poderia ser utilizado para regressão-padrão ($217 \geq 50 + 8 \times 20$) e no máximo cinco variáveis no modelo *stepwise* ($217 \geq 40 \times 5$). Vale ressaltar que, antes de serem incluídas no modelo de teste as variáveis com alta correlação entre si (maior que 0,5), foram analisadas para não serem incluídas ao mesmo tempo no modelo de investigação.

Nesse raciocínio, as variáveis “Idade”, “Tempo de profissão”, “Tempo de função” e “Tempo de hospital” não foram testadas ao mesmo tempo no modelo, por serem altamente correlacionadas. Dentre elas a variável que mais se correlaciona com um dos fatores do instrumento NTES é “Tempo de hospital” e por isso os testes de regressão múltipla padrão foram realizados com ela. O mesmo ocorre em relação às variáveis “Cargo” e “Formação realizada” (ensino superior e especialização em enfermagem) que são altamente correlacionadas com “Escolaridade” que apresenta correlação significativa com a variável critério. Outra correlação significativa identificada foi com as variáveis que envolvem população atendida (“Atendimento a bebês”, “Atendimento a crianças” e “Atendimento a adolescentes”), sendo que a última possui correlação mais alta com um dos fatores do NTES que as demais. As variáveis “Sexo” e “Estado Civil” não foram incluídas no modelo, por apresentarem correlações muito baixas com os três fatores do NTES (menores que 0,07).

Assim, as variáveis independentes que entram no modelo para ser testado através das regressões múltiplas são: Dados demográficos (Classificação Econômica); Dados funcionais (Escolaridade; Tempo de hospital; Atendimento a adolescentes) e Crenças e Atitudes frente à sexualidade (Fator 1 CAES; Fator 2 CAES). A Tabela 19 mostra as variáveis correlacionadas entre si e sua inclusão ou não no modelo de investigação do teste de regressão múltipla padrão.

Tabela 19

Exclusão de variáveis correlacionadas na análise de regressão múltipla padrão

Variáveis correlacionadas entre si	Variáveis com maior correlação com NTES
Idade	
Tempo de profissão	
Tempo de hospital	Tempo de hospital
Tempo de função	
Cargo	
Realizou ensino superior em enfermagem	
Realizou especialização em enfermagem	
Escolaridade	Escolaridade
Atendimento a bebês	
Atendimento a crianças	
Atendimento a adolescentes	Atendimento a adolescentes

Após análise de regressão múltipla padrão, os dados foram verificados a fim de incluir no modelo de investigação de regressão múltipla *stepwise* apenas variáveis que tenham alguma contribuição com o modelo de predição. Após esta etapa, os testes de regressão múltipla *stepwise* foram realizados com as variáveis listadas bem como substituindo pelas variáveis correlacionadas uma a uma, a fim de testar se as variáveis correlacionadas também fazem parte do modelo de predição.

A avaliação da normalidade é extremamente importante, ao se trabalhar com análises multivariadas. Esta pode ser medida por índices estatísticos ou métodos gráficos (frequências com histogramas e curva normal), sendo os dois componentes de análise, a assimetria e a curtose. Quando a distribuição da variável é normal, os valores de assimetria e curtose são zero, assim variáveis com assimetria e curtose precisam ser transformadas com o objetivo de se aproximar de uma distribuição normal (Hair et al., 2005; Tabachnick & Fidell, 2007). Por outro lado, há pesquisas que mencionam que a violação da normalidade não inviabiliza a análise multivariada, embora a enfraqueça. Esses estudos não notaram diferença nas análises com e sem transformação das variáveis (Carvalho & Abbad, 2006; Lacerda & Abbad, 2003;

Meneses & Abbad, 2003; Sant'Anna, 2002; Tamayo, 2002; Zerbini & Abbad, 2005). Dessa maneira, as variáveis deste estudo não foram transformadas para as análises em questão.

Apesar da decisão de usar os dados originais nas regressões múltiplas, é importante realizar a análise de normalidade no arquivo de dados completo, a fim de explorar os dados existentes. A Tabela 20 mostra os resultados de assimetria e curtose das variáveis incluídas nos modelos de testagem por regressão múltipla.

Tabela 20
Análise da normalidade das variáveis

Variável	Assimetria	DP Assimetria	Curtose	DP Curtose
1NTES	0,79	0,17	0,05	0,33
2NTES	1,20	0,17	1,27	0,33
3NTES	1,35	0,17	2,03	0,33
1CAES	-0,23	0,17	-0,46	0,33
2CAES	0,23	0,17	-0,63	0,33
ClasEcon	0,15	0,17	0,16	0,34
Escol	0,62	0,17	-1,10	0,33
Thosp	0,90	0,17	0,40	0,33
Adoles	0,16	0,17	-1,99	0,33

Para realizar a leitura da Tabela 20, é necessário observar as orientações realizadas por Miles e Shevlin (2001). Esses autores sugerem que uma das maneiras de avaliar os valores de assimetria e curtose é mediante a comparação com o desvio-padrão associado a tais valores. Se o valor da assimetria ou curtose é maior do que duas vezes o valor do desvio-padrão associado (em módulo), avalia-se a distribuição como diferente significativamente de uma distribuição normal. Outra maneira de avaliar os valores é em relação aos valores absolutos que mostram se a distribuição é tão assimétrica ou achatada que pode ser preocupante para as análises inferenciais. Dessa forma, Miles e Shevlin (2001) sugerem que: se o valor da assimetria ou curtose (em módulo) é menor do que 1,0, então o problema é tão pequeno que não chega a ser preocupante; se estiver entre 1,0 e 2,0 é um pouco preocupante, mas provavelmente a distribuição está bem próxima da normalidade; se é maior do que 2,0, o caso é preocupante. Esses valores dependem do tamanho da amostra: quanto maior a amostra, menor deve ser a preocupação com a normalidade.

A partir do critério de comparação do valor com seu desvio-padrão, pode-se afirmar que a maioria das variáveis não apresenta distribuição normal. Porém, a partir da avaliação dos valores absolutos, apenas duas variáveis apresentam valor entre 1,0 e 2,0 na assimetria (não apresentam grande preocupação); apenas três variáveis apresentam valor entre 1,0 e 2,0

na curtose (não apresentam grande preocupação); e uma apresenta curtose em nível preocupante (2,03). Vale ressaltar que Miles e Shevlin (2001) alegam que a curtose causa menos problema na estimação dos modelos de regressão do que a assimetria. Assim, manteve-se a decisão anterior de não transformação das variáveis e por isso foram utilizados os valores originais.

7.2. RESULTADOS

7.2.1. Análise descritiva dos resultados

Nesta seção, serão apresentados os resultados descritivos de cada variável do modelo de investigação como o valor das médias, desvios-padrão, modas, mínimo, máximo e concentração das respostas dos participantes às variáveis pesquisadas.

7.2.1.1. Avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade

Na Tabela 21, é possível examinar os resultados descritivos dos itens do questionário de Avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade que medem quais são as prioridades de treinamento das competências que os profissionais de enfermagem têm no tema da sexualidade, no contexto hospitalar. O instrumento apresenta 34 itens cuja avaliação se deu a partir de duas escalas *Likert* de 5 pontos. 1) Importância: avalia a importância de cada atividade descrita para o bom desempenho no trabalho. A escala varia de 1 (Nada importante) a 5 (Totalmente importante); 2) Domínio: avalia a opinião em relação ao quanto o profissional domina as atividades descritas em cada item. A escala varia de 1 (Não domino) a 5 (Domino completamente).

A partir das duas escalas, é calculado o Índice de Prioridade Geral (IPG). Este parâmetro é calculado da seguinte maneira:

$$\text{IPG} = [\text{Importância} \times \text{Domínio invertido}]$$

Este cálculo é realizado para cada competência listada no instrumento de ANT. O índice pode variar entre 1 e 25, e, segundo Borges-Andrade e Lima (1983), os valores superiores a 16 podem ser considerados necessidades de ações educacionais de primeira grandeza, ou seja, precisam ser treinados.

Com exceção do item 1 da escala que apresentou IPG mínimo de 2, todos os outros itens apresentam valor mínimo de 1. Com exceção dos itens 12 e 17 que apresentaram valor máximo de IPG em 20, todos os outros apresentaram valor máximo de 25.

Tabela 21
Resultados descritivos do IPG avaliado no NTES

Item	Casos Omissos	Média	Desvio-Padrão	Moda	Concentração das Respostas % *		
					1 a 5	6 a 15	16 a 25
IPG34-Orientar a família quanto à sexualidade de paciente que não responde pela sua sexualidade (crianças ou pacientes com necessidades especiais).	6	12,91	6,59	10	20,7%	51,6%	24,9%
IPG1-Explicar ao paciente as consequências da doença e do tratamento na sua vida sexual.	2	12,48	5,94	10	16,6%	59,0%	23,5%
IPG33-Discutir junto à equipe interdisciplinar, formas de abordar o adolescente em relação à sexualidade.	4	12,43	6,46	5	22,6%	53,9%	21,7%
IPG24-Verificar se o paciente tem comprometimento psiquiátrico que possa explicar a hipersexualização.	4	12,37	5,89	15	19,4%	58,5%	20,3%
IPG27-Explicar para o parceiro sexual do paciente as dificuldades relacionadas à sexualidade do paciente, consequentes da doença e tratamento.	4	12,05	5,95	10	21,7%	55,3%	21,2%
IPG23-Verificar se o paciente faz uso de alguma medicação que possa ter efeitos colaterais que interferem na sexualidade.	5	12,00	5,76	15	21,2%	58,1%	18,4%
IPG28-Auxiliar o médico a avaliar a melhor opção de anticoncepcional para cada caso.	5	11,89	6,12	5	20,7%	53,9%	23,0%
IPG20-Explicar ao paciente criança ou adolescente sobre o significado de sexualidade.	1	11,49	6,01	5	27,6%	53,9%	18,0%
IPG32-Encaminhar o paciente e/ou o parceiro sexual para psicólogos, em casos de problemas de relacionamento amoroso/sexual decorrentes da doença ou tratamento.	4	10,95	6,06	5	33,6%	48,4%	16,1%
IPG15-Orientar paciente a preservar a privacidade, ao se masturbar.	2	10,76	6,45	5	36,9%	43,3%	18,9%
IPG14-Orientar o uso de lubrificante íntimo para pacientes mulheres com secura vaginal conforme prescrição médica.	0	10,75	6,19	5	35,5%	47,5%	17,1%
IPG3-Explicar ao paciente que não existe risco de perda do desejo sexual, ao fazer a laqueadura.	0	10,71	6,48	5	40,6%	40,6%	18,9%
IPG30-Discutir em equipe condutas adequadas em relação às situações ocorridas no hospital envolvendo a sexualidade dos pacientes.	5	10,69	5,61	5	31,3%	53,5%	12,9%
IPG8-Demonstrar como utilizar preservativos femininos e masculinos aos pacientes.	2	10,68	6,06	5	33,6%	49,3%	16,1%
IPG2-Explicar ao paciente que não existe relação entre vasectomia e impotência sexual.	1	10,61	6,62	5	41,9%	41,0%	16,6%
IPG25-Orientar o paciente sobre a utilização do método anticoncepcional escolhido.	6	10,59	5,89	5	34,6%	46,5%	16,1%
IPG11-Avaliar o tipo de lesão existente nas áreas genitais do paciente.	0	10,53	5,29	5	29,5%	59,0%	11,5%
IPG7-Explicar ao paciente sobre métodos anticoncepcionais existentes e procedimentos de utilização.	2	10,40	5,33	5	32,3%	56,7%	10,1%

Continua

Tabela 21. Conclusão.

Item	Casos Omissos	Média	Desvio-Padrão	Moda	Concentração das Respostas % *		
					1 a 5	6 a 15	16 a 25
IPG31-Encaminhar o paciente para o médico, quando suas dúvidas sobre sexualidade forem mais complexas.	4	9,78	5,74	5	44,2%	42,9%	11,1%
IPG22-Construir uma relação confiável com o paciente para deixá-lo à vontade para falar de questões de sexualidade.	6	9,63	4,75	5	34,6%	53,9%	8,8%
IPG4-Explicar ao paciente sobre sintomas, formas de contágio, formas de prevenção e tratamentos de DST.	0	9,48	5,30	5	43,8%	45,6%	10,6%
IPG21-Ouvir queixas e/ou relatos dos pacientes quanto a sua opção sexual.	4	9,38	4,85	5	37,8%	52,1%	8,3%
IPG18-Lidar de maneira adequada com a ereção do paciente durante o banho ou outro procedimento.	1	9,26	5,72	5	46,5%	41,9%	11,1%
IPG13-Orientar pacientes sobre repouso sexual pós-cirúrgico.	0	9,02	5,25	5	47,9%	42,4%	9,7%
IPG5-Orientar o paciente sobre o uso de preservativos para prevenção de DST e de infecções em casos de baixa imunidade.	1	8,81	5,20	5	51,6%	38,7%	9,2%
IPG26-Orientar pacientes, acompanhantes e familiares sobre proibição em ter relações sexuais dentro do hospital (enfermaria ou outro local).	5	8,68	5,38	5	56,2%	31,8%	9,7%
IPG29-Interromper tentativas de assédio sexual do paciente ao profissional de enfermagem, durante o banho ou outro procedimento.	5	8,57	5,05	5	54,8%	36,4%	6,5%
IPG6-Orientar pacientes portadores de DST sobre os riscos de ter relações sexuais sem proteção.	1	8,26	5,11	5	59,9%	32,3%	7,4%
IPG9-Explicar detalhadamente os procedimentos a serem realizados quando envolver toque ou exposição de partes íntimas do paciente.	0	8,00	4,55	5	57,1%	37,3%	5,5%
IPG10-Inspecionar a presença de lesões e assaduras nas áreas genitais do paciente.	2	7,57	4,12	5	60,4%	34,1%	4,6%
IPG19-Evitar críticas aos hábitos e opções sexuais do paciente.	1	7,02	4,04	5	70,5%	25,3%	3,7%
IPG16-Preservar a privacidade dos pacientes durante os procedimentos que envolvem exposição do corpo e/ou toque.	0	6,44	3,23	5	77,9%	19,8%	2,3%
IPG12-Orientar pacientes sobre higiene corporal e íntima.	0	6,36	3,21	5	76,5%	22,1%	1,4%
IPG17-Evitar comentários desnecessários, durante exposição do corpo do paciente.	0	6,13	3,06	5	82,0%	14,7%	3,2%

N=217 casos.

* 1-5: baixa prioridade de treinamento; 6-15: média prioridade de treinamento; 16-25: alta prioridade de treinamento.

A concentração das respostas foi dividida de modo a agrupar os IPGs que indicam baixa (1, 2, 3, 4, 5), média (6, 8, 9, 10, 12, 15) e alta prioridade de treinamento (16, 20 e 25). No primeiro grupo (baixa), existem todas as combinações possíveis que envolvem o número 1 como multiplicado, pois indica nenhuma importância ou domínio completo e em ambos os casos não há prioridade de treinamento. No terceiro grupo (alta), foram incluídas respostas que envolviam apenas os números 4 e 5 na multiplicação que, segundo Borges-Andrade e Lima (1983), são considerados altas prioridades de treinamento. As demais combinações de IPG foram agrupadas na categoria média.

Levando em consideração as médias de cada item, todos apresentam média prioridade de treinamento em geral. Porém, observando a concentração das respostas, há itens em que a maior parte da amostra avaliou como baixa prioridade e outros itens cuja maioria avaliou como média. Não houve nenhum item que apresentasse avaliação da maioria da amostra em alta prioridade de treinamento.

Em todos os itens, pode-se observar que a moda do IPG foi um valor obtido da multiplicação do número 5, sendo que 85% dos casos a moda foi 5 (5x1 ou 1x5), o que indica uma resposta repetida de máxima importância e máximo domínio ou de mínima importância e mínimo domínio (visto que o cálculo do IPG utiliza o valor do inverso do domínio). As Tabelas 22 e 23 apresentam os resultados descritivos das avaliações de importância e domínio respectivamente, a fim de observar o quanto cada uma das escalas contribuiu pela variância do IPG. Os valores mínimos e máximos não foram incluídos, pois em todos os casos o mínimo foi 1 e o máximo foi 5.

A Tabela 22 mostra que a maioria dos participantes avalia os itens como sendo de máxima importância em seu trabalho. Isso é confirmado através do parâmetro “média” cujo menor número é 3,91 (que poderia ser arredondado para 4 que é uma importância razoavelmente alta). Em contrapartida, a Tabela 23 mostra uma variabilidade maior nas respostas de alguns itens (aqueles com médias menores), conforme pode ser observado na concentração das respostas e no desvio-padrão elevado. Observando a média desses itens, todos os valores giram em torno de 3, que seria um domínio mediano da competência. Nesse caso pode-se perceber como o parâmetro “média” não pode ser utilizado unicamente para análise dos resultados, pois seria incompleto.

Tabela 22

Resultados descritivos da importância avaliada no NTES

Item	Casos Omissos	Média	Desvio-Padrão	Moda	Concentração das Respostas %*				
					1	2	3	4	5
I16-Preservar a privacidade dos pacientes durante os procedimentos que envolvem exposição do corpo e/ou toque.	0	4,85	0,52	5	0,5%	0,9%	1,8%	6,5%	90,3%
I17-Evitar comentários desnecessários durante exposição do corpo do paciente.	0	4,85	0,57	5	0,9%	1,4%	0,0%	6,9%	90,8%
I19-Evitar críticas aos hábitos e opções sexuais do paciente.	1	4,83	0,55	5	0,9%	0,5%	1,4%	8,8%	88,0%
I12-Orientar pacientes sobre higiene corporal e íntima.	0	4,76	0,70	5	1,8%	0,9%	1,8%	9,7%	85,7%
I5-Orientar o paciente sobre o uso de preservativos para prevenção de DST e de infecções em casos de baixa imunidade.	0	4,76	0,81	5	3,2%	0,9%	0,9%	6,9%	88,0%
I6-Orientar pacientes portadores de DST sobre os riscos de ter relações sexuais sem proteção.	1	4,75	0,83	5	3,2%	1,4%	1,4%	5,1%	88,5%
I29-Interromper tentativas de assédio sexual do paciente ao profissional de enfermagem, durante o banho ou outro procedimento.	5	4,72	0,87	5	3,7%	0,9%	2,3%	5,1%	85,7%
I4-Explicar ao paciente sobre sintomas, formas de contágio, formas de prevenção e tratamentos de DST.	0	4,71	0,84	5	2,8%	1,8%	2,8%	6,9%	85,7%
I10-Inspecionar a presença de lesões e assaduras nas áreas genitais do paciente.	1	4,69	0,75	5	1,8%	1,4%	2,3%	14,3%	79,7%
I13-Orientar pacientes sobre repouso sexual pós-cirúrgico.	0	4,69	0,71	5	1,4%	0,9%	3,7%	15,2%	78,8%
I31-Encaminhar o paciente para o médico, quando suas dúvidas sobre sexualidade forem mais complexas.	4	4,65	0,83	5	2,8%	0,9%	3,2%	13,8%	77,4%
I26-Orientar pacientes, acompanhantes e familiares sobre proibição em ter relações sexuais dentro do hospital (enfermaria ou outro local).	5	4,65	0,93	5	4,1%	1,4%	1,8%	9,7%	80,6%
I9-Explicar detalhadamente os procedimentos a serem realizados, quando envolver toque ou exposição de partes íntimas do paciente.	0	4,62	0,93	5	3,7%	1,4%	4,6%	9,7%	80,6%
I11-Avaliar o tipo de lesão existente nas áreas genitais do paciente.	0	4,61	0,92	5	3,2%	2,3%	4,1%	11,1%	79,3%
I7-Explicar ao paciente sobre métodos anticoncepcionais existentes e procedimentos de utilização.	2	4,58	0,89	5	2,8%	0,9%	7,8%	12,0%	75,6%
I2-Explicar ao paciente que não existe relação entre vasectomia e impotência sexual.	0	4,58	1,02	5	5,1%	1,4%	5,1%	7,4%	81,1%
I25-Orientar o paciente sobre a utilização do método anticoncepcional escolhido.	5	4,58	0,84	5	1,8%	1,4%	6,9%	16,1%	71,4%
I3-Explicar ao paciente que não existe risco de perda do desejo sexual, ao fazer a laqueadura.	0	4,57	0,91	5	3,2%	1,4%	5,5%	14,7%	75,1%

Continua

Tabela 22. Conclusão.

Item	Casos Omissos	Média	Desvio-Padrão	Moda	Concentração das Respostas %*				
					1	2	3	4	5
I30-Discutir em equipe condutas adequadas em relação às situações ocorridas no hospital envolvendo a sexualidade dos pacientes.	5	4,52	0,91	5	2,3%	2,3%	6,9%	17,1%	69,1%
I32-Encaminhar o paciente e/ou o parceiro sexual para psicólogos em casos de problemas de relacionamento amoroso/sexual decorrentes da doença ou tratamento.	4	4,51	0,93	5	2,3%	3,2%	6,9%	15,7%	70,0%
I20-Explicar ao paciente criança ou adolescente sobre o significado de sexualidade.	1	4,50	1,02	5	4,6%	1,4%	7,4%	12,4%	73,7%
I27-Explicar para o parceiro sexual do paciente as dificuldades relacionadas à sexualidade do paciente, consequentes da doença e tratamento.	4	4,49	0,91	5	1,8%	2,3%	10,1%	15,2%	68,7%
I34-Orientar a família quanto à sexualidade de paciente que não responde pela sua sexualidade (crianças ou pacientes com necessidades especiais).	6	4,49	1,03	5	4,6%	2,8%	3,7%	15,2%	71,0%
I18-Lidar de maneira adequada com a ereção do paciente, durante o banho ou outro procedimento.	1	4,49	1,00	5	3,7%	2,3%	7,8%	13,4%	72,4%
I33-Discutir junto à equipe interdisciplinar, formas de abordar o adolescente em relação à sexualidade.	4	4,48	0,96	5	3,2%	2,8%	5,5%	18,4%	68,2%
I1-Explicar ao paciente as consequências da doença e do tratamento na sua vida sexual.	1	4,47	0,92	5	1,8%	2,8%	10,1%	16,6%	68,2%
I8-Demonstrar como utilizar preservativos femininos e masculinos aos pacientes.	2	4,45	1,02	5	4,1%	1,8%	8,3%	16,1%	68,7%
I24-Verificar se o paciente tem comprometimento psiquiátrico que possa explicar a hipersexualização.	4	4,41	1,02	5	3,7%	2,3%	9,7%	17,1%	65,4%
I14-Orientar o uso de lubrificante íntimo para pacientes mulheres com secura vaginal conforme prescrição médica.	0	4,38	1,03	5	4,1%	2,3%	8,8%	20,7%	64,1%
I23-Verificar se o paciente faz uso de alguma medicação que possa ter efeitos colaterais que interferem na sexualidade.	5	4,34	1,06	5	3,2%	4,1%	11,5%	15,7%	63,1%
I22-Construir uma relação confiável com o paciente para deixá-lo à vontade para falar de questões de sexualidade.	4	4,32	1,13	5	4,6%	5,5%	7,8%	15,7%	64,5%
I21-Ouvir queixas e/ou relatos dos pacientes quanto a sua opção sexual.	4	4,32	1,10	5	4,1%	4,6%	9,2%	18,0%	62,2%
I15-Orientar paciente a preservar a privacidade, ao se masturbar.	2	3,95	1,41	5	12,0%	5,1%	12,9%	14,7%	54,4%
I28-Auxiliar o médico a avaliar a melhor opção de anticoncepcional para cada caso.	5	3,91	1,27	5	8,3%	6,5%	14,7%	24,9%	43,3%

N=217 casos.

* 1: nenhuma importância | 5: importância total

Tabela 23

Resultados descritivos do domínio avaliado no NTES

Item	Casos Omissos	Média	Desvio-Padrão	Moda	Concentração das Respostas %*				
					1	2	3	4	5
D28-Auxiliar o médico a avaliar a melhor opção de anticoncepcional para cada caso.	5	2,76	1,37	1	24,9%	18,9%	21,2%	20,3%	12,4%
D34-Orientar a família quanto à sexualidade de paciente que não responde pela sua sexualidade (crianças ou pacientes com necessidades especiais).	6	3,01	1,39	4	21,7%	11,5%	24,0%	24,0%	16,1%
D15-Orientar paciente a preservar a privacidade, ao se masturbar.	2	3,02	1,49	5	23,0%	14,3%	23,5%	13,8%	24,4%
D24-Verificar se o paciente tem comprometimento psiquiátrico que possa explicar a hipersexualização.	4	3,09	1,28	3	15,7%	13,4%	31,3%	22,1%	15,7%
D23-Verificar se o paciente faz uso de alguma medicação que possa ter efeitos colaterais que interferem na sexualidade.	5	3,11	1,29	3	14,3%	15,2%	31,3%	18,9%	18,0%
D33-Discutir junto à equipe interdisciplinar, formas de abordar o adolescente em relação à sexualidade.	4	3,13	1,37	3	18,9%	11,1%	25,3%	24,0%	18,9%
D1-Explicar ao paciente as consequências da doença e do tratamento na sua vida sexual.	1	3,14	1,26	4	14,3%	15,7%	26,3%	28,6%	14,7%
D27-Explicar para o parceiro sexual do paciente as dificuldades relacionadas à sexualidade do paciente, consequências da doença e tratamento.	4	3,24	1,28	3	11,5%	16,6%	26,3%	24,4%	19,4%
D20-Explicar ao paciente criança ou adolescente sobre o significado de sexualidade.	0	3,32	1,33	4	13,8%	12,0%	25,3%	25,8%	23,0%
D14-Orientar o uso de lubrificante íntimo para pacientes mulheres com secura vaginal conforme prescrição médica.	0	3,42	1,41	5	14,7%	11,5%	22,1%	20,3%	31,3%
D32-Encaminhar o paciente e/ou o parceiro sexual para psicólogos em casos de problemas de relacionamento amoroso/sexual decorrentes da doença ou tratamento.	4	3,46	1,38	5	12,9%	10,6%	24,4%	19,4%	30,9%
D8-Demonstrar como utilizar preservativos femininos e masculinos aos pacientes.	2	3,52	1,32	5	11,1%	11,1%	22,6%	24,4%	30,0%
D30-Discutir em equipe condutas adequadas em relação às situações ocorridas no hospital envolvendo a sexualidade dos pacientes.	5	3,54	1,27	5	9,7%	8,3%	28,6%	21,7%	29,5%
D3-Explicar ao paciente que não existe risco de perda do desejo sexual, ao fazer a laqueadura.	0	3,57	1,41	5	12,4%	12,0%	18,9%	19,4%	37,3%
D22-Construir uma relação confiável com o paciente para deixá-lo à vontade para falar de questões de sexualidade.	6	3,57	1,29	5	9,7%	10,1%	22,1%	25,3%	30,0%
D25-Orientar o paciente sobre a utilização do método anticoncepcional escolhido.	6	3,60	1,33	5	9,7%	11,5%	19,8%	23,5%	32,7%
D2-Explicar ao paciente que não existe relação entre vasectomia e impotência sexual.	1	3,60	1,42	5	14,3%	8,3%	18,0%	21,7%	37,3%

Continua

Tabela 23. Conclusão.

Item	Casos Omissos	Média	Desvio-Padrão	Moda	Concentração das Respostas %*				
					1	2	3	4	5
D21-Ouvir queixas e/ou relatos dos pacientes quanto a sua opção sexual.	4	3,63	1,31	5	9,7%	10,1%	20,3%	24,9%	33,2%
D11-Avaliar o tipo de lesão existente nas áreas genitais do paciente.	0	3,63	1,16	4	6,9%	8,8%	24,9%	33,2%	26,3%
D7-Explicar ao paciente sobre métodos anticoncepcionais existentes e procedimentos de utilização.	2	3,65	1,20	5	7,4%	7,8%	26,3%	28,1%	29,5%
D31-Encaminhar o paciente para o médico, quando suas dúvidas sobre sexualidade forem mais complexas.	4	3,80	1,31	5	9,2%	6,9%	19,4%	21,7%	41,0%
D18-Lidar de maneira adequada com a ereção do paciente, durante o banho ou outro procedimento.	0	3,82	1,32	5	10,1%	6,5%	18,0%	22,6%	42,9%
D4-Explicar ao paciente sobre sintomas, formas de contágio, formas de prevenção e tratamentos de DST.	0	3,92	1,17	5	5,1%	8,3%	17,1%	28,6%	41,0%
D26-Orientar pacientes, acompanhantes e familiares sobre proibição em ter relações sexuais dentro do hospital (enfermaria ou outro local).	5	4,00	1,32	5	8,8%	6,0%	14,7%	15,7%	52,5%
D13-Orientar pacientes sobre repouso sexual pós-cirúrgico.	0	4,03	1,14	5	4,1%	7,4%	16,6%	25,3%	46,5%
D29-Interromper tentativas de assédio sexual do paciente ao profissional de enfermagem, durante o banho ou outro procedimento.	5	4,07	1,24	5	7,4%	4,6%	13,8%	20,3%	51,6%
D5-Orientar o paciente sobre o uso de preservativos para prevenção de DST e de infecções em casos de baixa imunidade.	1	4,09	1,15	5	4,6%	6,9%	12,9%	25,8%	49,3%
D9-Explicar detalhadamente os procedimentos a serem realizados, quando envolver toque ou exposição de partes íntimas do paciente.	0	4,15	1,16	5	5,1%	6,0%	12,4%	22,1%	54,4%
D6-Orientar pacientes portadores de DST sobre os riscos de ter relações sexuais sem proteção.	1	4,19	1,16	5	5,1%	5,1%	13,4%	18,9%	57,1%
D10-Inspecionar a presença de lesões e assaduras nas áreas genitais do paciente.	2	4,30	1,04	5	2,8%	5,1%	10,6%	21,7%	59,0%
D19-Evitar críticas aos hábitos e opções sexuais do paciente.	1	4,52	0,89	5	1,8%	2,8%	7,8%	16,6%	70,5%
D16-Preservar a privacidade dos pacientes, durante os procedimentos que envolvem exposição do corpo e/ou toque.	0	4,62	0,84	5	1,8%	2,3%	5,5%	12,4%	77,9%
D12-Orientar pacientes sobre higiene corporal e íntima.	0	4,63	0,75	5	0,5%	2,3%	6,9%	14,3%	76,0%
D17-Evitar comentários desnecessários, durante exposição do corpo do paciente.	0	4,70	0,76	5	0,9%	3,2%	2,8%	11,5%	81,6%

N=217 casos.

* 1: nenhum domínio | 5: domínio total

Os itens que receberam as médias mais altas de prioridade de treinamento (IPG) foram os seguintes: IPG34-Orientar a família quanto à sexualidade de paciente que não responde pela sua sexualidade (crianças ou pacientes com necessidades especiais) (M=12,91, DP=6,59); IPG1-Explicar ao paciente as consequências da doença e do tratamento na sua vida sexual (M=12,48, DP=5,94); IPG33-Discutir, junto à equipe interdisciplinar, formas de abordar o adolescente em relação à sexualidade (M=12,43, DP=6,46); IPG24-Verificar se o paciente tem comprometimento psiquiátrico que possa explicar a hipersexualização (M=12,37, DP=5,89); IPG27-Explicar para o parceiro sexual do paciente as dificuldades relacionadas à sexualidade do paciente, consequentes da doença e tratamento (M=12,05, DP=5,95).

Os itens que receberam as médias mais baixas de prioridade de treinamento (IPG) foram os seguintes: IPG10-Inspecionar a presença de lesões e assaduras nas áreas genitais do paciente (M=7,57, DP=4,12); IPG19-Evitar críticas aos hábitos e opções sexuais do paciente (M=7,02, DP=4,04); IPG16-Preservar a privacidade dos pacientes durante os procedimentos que envolvem exposição do corpo e/ou toque (M=6,44, DP=3,23); IPG12-Orientar pacientes sobre higiene corporal e íntima (M=6,36, DP=3,21); IPG17-Evitar comentários desnecessários, durante exposição do corpo do paciente (M=6,13, DP=3,06).

Os itens com médias menores apresentam em sua maioria competências ligadas à atitude do profissional durante os procedimentos, enquanto as competências que receberam médias maiores apresentam em sua maioria atividades de esclarecimento e discussão sobre o tema da sexualidade com outra pessoa (paciente, familiar, equipe multidisciplinar). Esses resultados indicam que a dificuldade maior dos profissionais de enfermagem engloba falar sobre sexualidade com outras pessoas, no contexto hospitalar.

7.2.1.2. Crenças e atitudes de profissionais de enfermagem frente à sexualidade

Na Tabela 24, é possível examinar os resultados descritivos dos itens do questionário CAES que apresenta afirmativas que representam crenças e atitudes de profissionais de enfermagem frente à sexualidade, no contexto hospitalar. O instrumento apresenta 13 itens cuja avaliação se deu a partir da escala *Likert* de 10 pontos de concordância: avalia a concordância ou discordância em relação a cada afirmação apresentada. A escala varia de 1 (Discordo Completamente) a 10 (Concordo Completamente). Todos os itens apresentam valor mínimo de 1 e valor máximo de 10.

Levando em consideração os parâmetros de média, concentração das respostas, moda e desvio-padrão, pode-se notar uma variabilidade alta de respostas. A heterogeneidade da amostra

pode ter contribuído para este resultado. Em geral, as médias apresentam valores próximos ao ponto médio da escala (valor mínimo 4,00, DP=2,63 e valor máximo 6,83, DP=2,87), com exceção do item 7 que apresentou média baixa (2,59, DP=2,21). Com exceção do item mencionado, as afirmativas envolvem crenças e atitudes que mostram maiores ou menores barreiras do profissional de enfermagem para lidar com a sexualidade do paciente. Já o item 7 (eu reservo um tempo no horário de trabalho para discutir questões de sexualidade com os meus pacientes) indica uma atitude que não depende apenas da pessoa, mas principalmente da demanda e rotina do hospital. Mesmo que um profissional apresente crenças e atitudes menos conservadoras, este pode não ter tempo hábil para reservar especificamente para discussão de temas da sexualidade devido a outras emergências no hospital.

Observando o conteúdo dos itens, há uma ambivalência nos resultados encontrados. Ao mesmo tempo em que os itens de maiores médias indicam uma postura com menor barreira para lidar com questões de sexualidade (CAES3-Dar abertura para o paciente falar sobre questões de sexualidade é também uma responsabilidade dos profissionais de enfermagem 6,83, DP=2,87; CAES8-Eu entendo como as doenças do meu paciente e seus tratamentos podem afetar a sua sexualidade 6,48, DP=2,84; CAES1-Falar com os pacientes sobre suas questões de sexualidade é essencial para a saúde deles 6,44, DP=2,81), há também item de conteúdo semelhante com menor concordância (CAES10-Os pacientes esperam que os profissionais de enfermagem perguntem sobre suas preocupações sexuais 4,00, DP=2,63). Nesta ambivalência apresentada, o profissional entende a interferência da doença e tratamento na sexualidade, acredita que é essencial para a saúde dos pacientes falar sobre o assunto e que é sua responsabilidade dar abertura para o paciente falar sobre o tema, porém, não concorda que os pacientes esperem que os profissionais de enfermagem perguntem sobre preocupações sexuais.

Observando apenas o parâmetro do desvio-padrão, nota-se que os maiores valores obtidos referem-se aos itens com afirmativas que apresentam maior barreira no atendimento às questões de sexualidade: CAES12-Questões de sexualidade devem ser discutidas apenas se iniciadas pelo paciente (5,73, DP=3,12); CAES9-A maioria dos pacientes hospitalizados está muito doente para se interessar em sexualidade (5,08, DP=3,07); CAES13-Sempre que os pacientes me perguntam sobre questões de sexualidade, aconselho-os a discutir o assunto com o seu médico (5,04, DP=3,06); CAES5-Eu fico desconfortável ao falar sobre questões relacionadas à sexualidade do paciente (5,22, DP=3,00); CAES11-Sexualidade é uma questão muito privada para ser discutida com os pacientes (4,68, DP=2,90). Desse modo, há uma variabilidade maior de respostas, quando a afirmativa indica maior barreira nesta temática.

Tabela 24

Resultados descritivos de concordância do CAES

Item	Casos Omissos	Média	Desvio-Padrão	Moda	Concentração das Respostas %		
					1 a 3	4 a 7	8 a 10
CAES3-Dar abertura para o paciente falar sobre questões de sexualidade é também uma responsabilidade dos profissionais de enfermagem.	0	6,83	2,87	10	15,2%	35,0%	49,8%
CAES8-Eu entendo como as doenças do meu paciente e seus tratamentos podem afetar a sua sexualidade.	0	6,48	2,84	10	18,4%	34,1%	47,5%
CAES1-Falar com os pacientes sobre suas questões de sexualidade é essencial para a saúde deles.	2	6,44	2,81	10	17,5%	40,6%	41,0%
CAES2-Discutir com a equipe profissional sobre questões de sexualidade dos pacientes é essencial para a saúde deles.	1	6,12	2,86	10	21,2%	41,0%	37,3%
CAES12-Questões de sexualidade devem ser discutidas apenas se iniciadas pelo paciente.	0	5,73	3,12	10	28,1%	34,1%	37,8%
CAES6-Eu me sinto preparado para abordar preocupações sexuais dos pacientes.	0	5,30	2,86	5	28,1%	44,7%	27,2%
CAES5-Eu fico desconfortável, ao falar sobre questões relacionadas à sexualidade do paciente.	1	5,22	3,00	5	30,9%	41,0%	27,6%
CAES9-A maioria dos pacientes hospitalizados está muito doente para se interessar em sexualidade.	0	5,08	3,07	1	33,6%	39,2%	27,2%
CAES13-Sempre que os pacientes me perguntam sobre questões de sexualidade, aconselho-os a discutir o assunto com o seu médico.	1	5,04	3,06	5	34,1%	41,0%	24,4%
CAES4-Eu fico mais confortável falando com os pacientes sobre suas questões de sexualidade do que a maioria dos profissionais de enfermagem com quem trabalho.	0	4,79	2,88	1	34,6%	44,2%	21,2%
CAES11-Sexualidade é uma questão muito privada para ser discutida com os pacientes.	0	4,68	2,90	5	39,2%	39,6%	21,2%
CAES10-Os pacientes esperam que os profissionais de enfermagem perguntem sobre suas preocupações sexuais.	2	4,00	2,63	1	47,0%	41,0%	11,1%
CAES7-Eu reservo um tempo no horário de trabalho para discutir questões de sexualidade com os meus pacientes.	1	2,59	2,21	1	71,9%	22,6%	5,1%

N=217 casos.

* 1: discordo completamente | 10: concordo completamente

7.2.2. Análise exploratória da estrutura empírica do NTES

As respostas dos 217 participantes aos 34 itens do NTES, submetidas às análises exploratórias, apresentaram 12 casos extremos univariados que foram mantidos, conforme explicado no item 7.1.4. Foram identificados valores omissos entre 0,0 e 2,8%, não sendo necessário estimar valores para substituir os dados omissos.

Antes de realizar a análise de componentes principais, observaram-se algumas características desejáveis, segundo Pasquali (2004), sobre a elaboração da matriz de covariância: foi realizada a correlação bivariada de Pearson; há mais de 6 casos para cada variável do instrumento; identificou-se a presença de relações lineares entre variáveis; não foi identificado nenhum par de itens altamente correlacionados ($r > 0,8$) e foram identificados apenas três pares de variáveis com baixa correlação entre elas a saber: IPG1-Explicar ao paciente as consequências da doença e do tratamento na sua vida sexual e IPG16-Preservar a privacidade dos pacientes durante os procedimentos que envolvem exposição do corpo e/ou toque ($r = 0,91$); IPG3-Explicar ao paciente que não existe risco de perda do desejo sexual, ao fazer a laqueadura e IPG10-Inspecionar a presença de lesões e assaduras nas áreas genitais do paciente ($r = 0,68$); IPG11-Avaliar o tipo de lesão existente nas áreas genitais do paciente e IPG21-Ouvir queixas e/ou relatos dos pacientes quanto a sua opção sexual ($r = 0,96$).

Para realizar a análise da matriz de covariância em termos de fatorabilidade, foram analisados o tamanho das correlações e a adequação da amostra. Apesar de a matriz apresentar valores de correlação inferiores a 0,30, foram encontrados, em mais de 50% dos casos, valores de correlação superiores a 0,30, indicando que a matriz é fatorizável. Quanto ao teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), obteve-se um valor de 0,92, considerado, por Pasquali (2004), um excelente índice de adequação da amostra.

A extração inicial de fatores foi feita mediante análise dos componentes principais, seguindo os critérios convencionais de análise dos valores próprios e sua distribuição; os critérios estatísticos da análise paralela de Horn; e os critérios de importância do fator. Os critérios de interpretabilidade e consistência foram feitos após a rotação dos fatores, na próxima etapa de análises.

A análise dos componentes principais, com tratamento *pairwise* para os casos omissos, sugere uma estrutura empírica com sete componentes que explicam, em conjunto, 66,82% da variância total das respostas dos participantes aos itens do questionário. Tal análise seguiu o critério dos *eigenvalues* (valores próprios) maiores ou iguais a um. Quanto à importância do fator, o critério de Harman (Pasquali, 2004) indica que cada componente deveria explicar no

mínimo 3% da variância total. Assim, poderiam ser extraídos seis fatores, no máximo. A análise do *scree plot* confirmou a existência de, no máximo, quatro componentes, com maior destaque para os três primeiros, como pode ser observado na Figura 17.

Figura 17. Distribuição dos valores próprios (*scree plot*) do instrumento NTES

Pela análise paralela de Horn, entretanto, observaram-se apenas três fatores para este instrumento. A Tabela 25 apresenta os valores próprios empíricos e os valores aleatórios, de acordo com a análise paralela de Horn.

Tabela 25

Valores próprios empíricos e aleatórios dos primeiros dez componentes do NTES

Valores próprios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Empírico	13,371	2,671	1,837	1,370	1,316	1,151	1,001	,894	,860	,808
Aleatório	1,836	1,72	1,64	1,57	1,51	1,45	1,39	1,34	1,29	1,25

Na análise paralela, um fator é considerado apenas se este explica maior variância do que o fator correspondente nos dados aleatórios. Como apresentado na Tabela 25, os três primeiros componentes da estrutura apresentam valor próprio empírico maior que o obtido pela análise paralela, indicando uma estrutura composta por apenas três fatores. Na análise dos valores próprios e variância explicada, obteve-se uma indicação da existência de um número maior de componentes, porém a análise paralela apresenta 92% de precisão de acordo

com Laros (2004), e por isso a indicação foi de uma estrutura com três fatores. Todavia, a comparação do tamanho do valor próprio do fator 1 (e sua consequente % de variância explicada) é muito maior que os demais, o que indica que existe um fator que se sobressai aos outros. Portanto, a extração final dos fatores foi realizada com 1, 2 e 3 fatores para análise de ambas as soluções.

A extração final dos fatores do NTES foi realizada por meio da *PAF*, com método de rotação oblíqua (*Oblimin*) e tratamento *pairwise* para casos omissos. Foram incluídos na escala apenas os itens com conteúdos semânticos similares e cargas fatoriais superiores ou iguais a 0,30. Na *PAF* com três fatores, oito itens compartilhavam variância em dois fatores, sendo que sete itens compartilhavam cargas fatoriais entre o primeiro e terceiro fator. Já na *PAF* com dois fatores, o número de itens com carga compartilhada em dois fatores cai para três. Na *PAF* com apenas um fator, todos os itens apresentam carga fatorial, sendo que a menor carga fatorial encontrada foi de 0,38.

Para analisar a estabilidade, verificou-se o quanto os itens eram bons representantes do fator, pelo tamanho das cargas fatoriais. Fatores com valores de cargas fatoriais acima de 0,40 podem ser considerados como estáveis. Na *PAF* com 1 fator, existem quatro itens com carga fatorial abaixo deste valor: IPG9 (0,398), IPG10 (0,380), IPG11 (0,389) e IPG16 (0,386). A *PAF* com dois fatores apresenta cinco itens com carga fatorial menor: IPG6 (0,380), IPG13 (0,396), IPG18 (0,347), IPG26 (0,397) e IPG29 (0,329). Por fim, a *PAF* com três fatores apresenta quatro itens com carga fatorial baixa: IPG13 (0,318), IPG14 (0,371), IPG22 (0,388) e IPG29 (0,377). Sendo assim independente da solução fatorial escolhida, a estabilidade dos itens permanece semelhante.

Analisando o conteúdo dos itens, observou-se uma adequação melhor na extração de três fatores, sendo que seis itens de cargas compartilhadas que permaneceram no primeiro fator, na verdade, pertenceriam aos outros dois, se o critério de conteúdo dos itens fosse considerado.

Outra opção de rotação oblíqua existente e que, de acordo com Costello e Osborne (2005), não apresenta diferença de qualidade no método de extração, é aquela nomeada de *Promax*. Deste modo, foi realizada a extração dos fatores deste instrumento utilizando *PAF* com esta rotação. Na extração com três fatores, apenas cinco itens compartilhavam variância em dois fatores e apenas dois permaneceram no fator diferente do inicialmente pensado, quando considerado o critério de conteúdo dos itens. A estabilidade dos fatores também melhora com esta rotação, visto que apenas dois itens apresentam carga fatorial abaixo de 0,4: IPG22 (0,342) e IPG18 (0,360).

Portanto, optou-se pela estrutura com três fatores (extraídos através do método *PAF* com rotação *Promax*) assim como indicado na análise paralela de Horn. Desta análise foram extraídos três fatores que explicam, respectivamente: 39,33% (1º. fator), 7,86% (2º. fator) e 5,40% (3º. fator) da variância total das respostas aos itens do instrumento. A correlação entre os fatores 1 e 2 é de 0,67; 1 e 3 é 0,45, e entre os fatores 2 e 3 é 0,49, o que, apesar de descartar a possibilidade de existir um fator único (já que as correlações entre os fatores não foram altas), mostra uma relação média entre os conteúdos. A Tabela 26 apresenta a estrutura empírica da escala, as cargas fatoriais, as comunalidades (h^2) dos itens, as médias e desvios-padrão, os índices de consistência interna das escalas (*alfas de Cronbach*), bem como os valores próprios e percentuais de variância explicada de cada fator.

Tabela 26
Estrutura empírica do NTES

Item	Cargas Fatoriais			h ²	X	DP
	Fator 1	Fator 2	Fator 3			
IPG1-Explicar ao paciente as consequências da doença e do tratamento na sua vida sexual.		0,472		0,484	4,48	0,96
IPG2-Explicar ao paciente que não existe relação entre vasectomia e impotência sexual.		0,492		0,479	4,49	1,03
IPG3-Explicar ao paciente que não existe risco de perda do desejo sexual, ao fazer a laqueadura.		0,625		0,432	12,48	5,94
IPG4-Explicar ao paciente sobre sintomas, formas de contágio, formas de prevenção e tratamentos de DST.		0,630		0,485	10,61	6,62
IPG5-Orientar o paciente sobre o uso de preservativos para prevenção de DST e de infecções em casos de baixa imunidade.		0,799		0,508	10,71	6,48
IPG6-Orientar pacientes portadores de DST sobre os riscos de ter relações sexuais sem proteção.		0,777		0,411	9,48	5,30
IPG7-Explicar ao paciente sobre métodos anticoncepcionais existentes e procedimentos de utilização.		0,759		0,465	8,81	5,20
IPG8-Demonstrar como utilizar preservativos femininos e masculinos aos pacientes.		0,446		0,466	8,26	5,11
IPG9-Explicar detalhadamente os procedimentos a serem realizados, quando envolver toque ou exposição de partes íntimas do paciente.			0,562	0,270	10,40	5,33
IPG10-Inspecionar a presença de lesões e assaduras nas áreas genitais do paciente.			0,773	0,373	10,68	6,06
IPG11-Avaliar o tipo de lesão existente nas áreas genitais do paciente.			0,429	0,235	8,00	4,55
IPG12-Orientar pacientes sobre higiene corporal e íntima.			0,627	0,484	7,57	4,12
IPG13-Orientar pacientes sobre repouso sexual pós-cirúrgico.		0,416		0,436	10,53	5,29
IPG14-Orientar o uso de lubrificante íntimo para pacientes mulheres com secura vaginal conforme prescrição médica.		0,464		0,501	6,36	3,21
IPG15-Orientar paciente a preservar a privacidade, ao se masturbar.	0,422			0,316	9,02	5,25
IPG16-Preservar a privacidade dos pacientes, durante os procedimentos que envolvem exposição do corpo e/ou toque.			0,603	0,424	10,75	6,19
IPG17-Evitar comentários desnecessários, durante exposição do corpo do paciente.			0,527	0,388	10,76	6,45
IPG18-Lidar de maneira adequada com a ereção do paciente, durante o banho ou outro procedimento.			0,360	0,278	6,44	3,23
IPG19-Evitar críticas aos hábitos e opções sexuais do paciente.			0,497	0,357	6,13	3,06
IPG20-Explicar ao paciente criança ou adolescente sobre o significado de sexualidade.	0,683			0,442	9,26	5,72
IPG21-Ouvir queixas e/ou relatos dos pacientes quanto a sua opção sexual.	0,557			0,253	7,02	4,04
IPG22-Construir uma relação confiável com o paciente para deixá-lo à vontade para falar de questões de sexualidade.	0,342			0,337	11,49	6,01
IPG23-Verificar se o paciente faz uso de alguma medicação que possa ter efeitos colaterais que interferem na sexualidade.	0,738			0,516	9,38	4,85
IPG24-Verificar se o paciente tem comprometimento psiquiátrico que possa explicar a hipersexualização.	0,772			0,526	9,63	4,75
IPG25-Orientar o paciente sobre a utilização do método anticoncepcional escolhido.		0,404		0,586	12,00	5,76

Continua

Tabela 26. Conclusão.

Item	Cargas Fatoriais			h ²	X	DP
	Fator 1	Fator 2	Fator 3			
IPG26-Orientar pacientes, acompanhantes e familiares sobre proibição em ter relações sexuais, dentro do hospital (enfermaria ou outro local).			0,401	0,327	12,37	5,89
IPG27-Explicar para o parceiro sexual do paciente as dificuldades relacionadas à sexualidade do paciente, consequentes da doença e tratamento.	0,759			0,621	10,59	5,89
IPG28-Auxiliar o médico a avaliar a melhor opção de anticoncepcional para cada caso.	0,657			0,452	8,68	5,38
IPG29-Interromper tentativas de assédio sexual do paciente ao profissional de enfermagem, durante o banho ou outro procedimento.			0,402	0,233	12,05	5,95
IPG30-Discutir em equipe condutas adequadas em relação às situações ocorridas no hospital envolvendo a sexualidade dos pacientes.	0,557			0,493	11,89	6,12
IPG31-Encaminhar o paciente para o médico, quando suas dúvidas sobre sexualidade forem mais complexas.	0,543			0,567	8,57	5,05
IPG32-Encaminhar o paciente e/ou o parceiro sexual para psicólogos em casos de problemas de relacionamento amoroso/sexual decorrentes da doença ou tratamento.	0,654			0,536	10,69	5,61
IPG33-Discutir junto à equipe interdisciplinar, formas de abordar o adolescente em relação à sexualidade.	0,817			0,657	9,78	5,74
IPG34-Orientar a família quanto à sexualidade de paciente que não responde pela sua sexualidade (crianças ou pacientes com necessidades especiais).	0,820			0,605	10,95	6,06
	<i>Eigenvalue</i> (Valor próprio)	13,37	2,67	1,84		
	% da Variância Explicada	39,33	7,86	5,40		
	No. de itens	13	11	10		
	Alfa (α)	0,93	0,92	0,82		
	Média	11,19	10,18	7,85		
	Desvio-padrão	4,28	4,34	2,73		

Para analisar a interpretabilidade, ao denominar os fatores e associá-los ao agrupamento de itens, recorreu-se à análise da literatura da área. Também foram realizadas análises de consistência interna. Por último, foram produzidos os escores fatoriais pela média dos escores das variáveis originais que pertencem ao fator. Não foi excluído item algum nas estruturas finais obtidas.

O Fator 1, denominado “*Discussão geral sobre sexualidade*”, é composto por 13 itens (15, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 30, 31, 32, 33 e 34) que avaliam as discussões que são realizadas sobre temas gerais de sexualidade com o paciente, familiar ou equipe multidisciplinar. Este fator apresentou um excelente índice de consistência interna ($\alpha=0,93$), com itens cujas cargas fatoriais variaram entre 0,33 e 0,82.

O Fator 2, “*Prevenções e complicações clínicas na sexualidade*”, composto por 11 itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14 e 25), avalia competências relacionadas à prevenção de gravidez, prevenção de DST e de como possíveis complicações clínicas podem interferir na sexualidade do paciente. Vale ressaltar que todas essas atividades referem interação e orientação apenas com o paciente. Este fator apresentou um excelente índice de confiabilidade de 0,92 e itens com cargas fatoriais, variando entre 0,40 e 0,80.

O Fator 3, denominado “*Exposição íntima do paciente*”, é composto por 10 itens (9, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 26 e 29) que medem lacunas de competências em atividades ligadas à exposição e ao toque do corpo do paciente e também à exposição de opções sexuais deste. Neste caso todos os itens se referem à interação apenas com o paciente. O fator apresentou um bom índice de consistência interna ($\alpha = 0,82$), com itens cujas cargas fatoriais variaram entre 0,36 e 0,77.

7.2.3. Análise exploratória da estrutura empírica do CAES

As respostas dos 217 participantes aos 13 itens do CAES, submetidas às análises exploratórias, apresentaram apenas um caso extremo univariado, e este não foi excluído. Foram identificados valores omissos entre 0,0 e 0,9%, não sendo necessário estimar valores para substituir os dados omissos.

Tal como no instrumento anterior, algumas características foram analisadas: há mais de 16 casos para cada variável do instrumento; identificou-se a presença de relações lineares entre algumas variáveis; não foi identificado nenhum par de itens altamente correlacionados ($r>0,8$) e foram identificados 38% dos pares com baixa correlação ($r<0,1$) entre elas.

Para realizar a análise da matriz de covariância em termos de fatorabilidade, foram analisados o tamanho das correlações e a adequação da amostra. Foram encontrados mais de 60% dos casos com valores de correlação inferiores a 0,30, indicando que a matriz não é fatorizável, visto que existe baixa correlação entre os itens de um modo geral. Entretanto no teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), obteve-se um valor de 0,80, considerado por Pasquali (2004), um ótimo índice de adequação da amostra para análise fatorial.

Tal como no NTES, a extração inicial de fatores foi feita mediante análise dos componentes principais, seguindo os critérios convencionais de análise dos valores próprios e sua distribuição; os critérios estatísticos da análise paralela de Horn; e os critérios de importância do fator. Os critérios de interpretabilidade e consistência foram feitos após a rotação dos fatores, na próxima etapa de análises.

A análise dos componentes principais, com tratamento *pairwise* para os casos omissos, sugere uma estrutura empírica com três componentes que explicam, em conjunto, 57,88% da variância total das respostas dos participantes aos itens do questionário. Tal análise seguiu o critério dos *eigenvalues* (valores próprios) maiores ou iguais a um. Quanto ao critério de Harman (Pasquali, 2004), cada componente deveria explicar, no mínimo, 3% da variância total, assim, poderiam ser extraídos dez fatores, no máximo. A análise do *scree plot* confirmou a existência de três componentes, como pode ser observado na Figura 18.

Figura 18. Distribuição dos valores próprios (*scree plot*) do instrumento CAES

Pela análise paralela de Horn, observaram-se três fatores para este instrumento. A Tabela 27 apresenta os valores próprios empíricos e os valores aleatórios, de acordo com a análise paralela de Horn.

Tabela 27

Valores próprios empíricos e aleatórios dos primeiros dez componentes do CAES

Valores próprios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Empírico	3,893	2,351	1,281	,898	,774	,719	,651	,542	,513	,485
Aleatório	1,427	1,318	1,235	1,164	1,100	1,040	0,983	0,927	0,872	0,816

Como apresentado na Tabela 27, os três primeiros componentes da estrutura apresentaram valores próprios empíricos maiores do que os fornecidos pela análise paralela, indicando uma estrutura composta por apenas três fatores.

A extração final dos fatores do CAES foi realizada por meio da *PAF*, com método de rotação oblíqua (*Oblimin*) e tratamento *pairwise* para casos omissos. Foram incluídos na escala apenas os itens com conteúdos semânticos similares e cargas fatoriais superiores ou iguais a 0,30. Na solução de três fatores, o terceiro apresenta três itens com carga fatorial maior que 0,3, sendo que dois deles têm carga compartilhada com o primeiro fator. Apesar de apresentar carga fatorial maior que o limite estipulado, o item 5 se adapta ao terceiro fator com uma carga fatorial de apenas 0,310. Desse modo foram feitas análises de extração final também com dois fatores para comparação dos resultados. Na *PAF* com dois fatores, o número de itens com carga compartilhada em dois fatores não existe, e o item 5 apresenta carga fatorial abaixo de 0,3, o que o exclui de ambos os fatores.

Para analisar a estabilidade, verificou-se o quanto os itens eram bons representantes do fator, pelo tamanho das cargas fatoriais. Com exceção do item 5, todos os outros itens apresentaram cargas fatoriais maiores que o valor de referência (0,40) em ambas soluções fatoriais testadas. Sendo assim, independente da solução fatorial escolhida, a estabilidade dos itens permanece semelhante e adequada.

Foi realizada nova extração dos fatores sem o item 5 da escala (que apresentou carga fatorial baixa em ambas soluções encontradas). A análise dos componentes principais, com tratamento *pairwise* para os casos omissos, sugere uma estrutura empírica com três componentes que explicam, em conjunto, 60,19% da variância total das respostas dos participantes aos itens do questionário. Tal análise seguiu o critério dos *eigenvalues* (valores próprios) maiores ou iguais a um. Quanto ao critério de Harman (Pasquali, 2004), cada componente deveria explicar no mínimo 3% da variância total, assim, poderiam ser extraídos

dez fatores, no máximo. A análise do *scree plot* confirmou a existência de três componentes, como pode ser observado na Figura 19.

Figura 19. Distribuição dos valores próprios (*scree plot*) do instrumento CAES sem o item 5

Pela análise paralela de Horn, observaram-se dois fatores para este instrumento. A Tabela 27 apresenta os valores próprios empíricos e os valores aleatórios, de acordo com a análise paralela de Horn.

Tabela 28

Valores próprios empíricos e aleatórios dos primeiros dez componentes do CAES sem o item 5

Valores próprios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Empírico	3,891	2,256	1,076	,895	,759	,671	,546	,513	,493	,360
Aleatório	1,427	1,318	1,235	1,164	1,100	1,040	0,983	0,927	0,872	0,816

Como apresentado na Tabela 28, os dois primeiros componentes da estrutura apresentaram valores próprios empíricos maiores do que os fornecidos pela análise paralela, indicando uma estrutura composta por apenas dois fatores. Como a análise do *scree plot* indicou maior ênfase para uma estrutura com três fatores, foram feitas análises de extração final com dois e três fatores para comparação.

A extração final dos fatores do CAES foi realizada por meio da *PAF*, com método de rotação oblíqua (*Oblimin*) e tratamento *pairwise* para casos omissos. Foram incluídos na

escala apenas os itens com conteúdos semânticos similares e cargas fatoriais superiores ou iguais a 0,30. Na solução de três fatores, o terceiro apresenta três itens com carga fatorial maior que 0,3, sendo que um deles tem carga compartilhada com o primeiro fator. Além disso, a menor carga fatorial encontrada refere-se ao item 10 (0,402). Na *PAF* com 2 fatores, o número de itens com carga compartilhada em dois fatores não existe, e a menor carga fatorial existente é a do item 8 (0,454).

Em relação à estabilidade dos itens, ambas as soluções fatoriais se mostram adequadas. Portanto, optou-se pela estrutura com dois fatores, visto que apresenta melhor solução fatorial diante dos critérios de compartilhamento de carga fatorial, estabilidade dos itens e por ser indicada pela análise da paralela de Horn. As mesmas análises foram feitas através da rotação *Promax*, para testar a diferença das soluções encontradas, e não houve diferença em todos os critérios já descritos anteriormente. Deste modo optou-se por manter os resultados obtidos pela extração por *PAF* e rotação *Oblimin*.

Dessa análise foram extraídos dois fatores que explicam, respectivamente: 32,42% (1º. fator) e 18,80% (2º. fator) da variância total das respostas aos itens do instrumento. A correlação entre os fatores 1 e 2 é de -0,052, o que descarta a possibilidade de existir um fator geral, já que a correlação entre os fatores foi baixa. Nota-se, através desse resultado, que não existe praticamente nenhuma relação entre os fatores, o que indica que esses itens não pertencem ao mesmo constructo, diferente do esperado. A Tabela 29 apresenta a estrutura empírica da escala, as cargas fatoriais, as comunalidades (h^2) dos itens, as médias e desvios-padrão, os índices de consistência interna da escala (*alfas de Cronbach*), bem como os valores próprios e percentuais de variância explicada de cada fator.

Tabela 29

Estrutura empírica do CAES

Item	Cargas Fatoriais		h ²	X	DP
	Fator 1	Fator 2			
CAES1-Falar com os pacientes sobre suas questões de sexualidade é essencial para a saúde deles.	0,643		0,412	6,44	2,81
CAES2-Discutir com a equipe profissional sobre questões de sexualidade dos pacientes é essencial para a saúde deles.	0,776		0,606	6,12	2,86
CAES3-Dar abertura para o paciente falar sobre questões de sexualidade é também uma responsabilidade dos profissionais de enfermagem.	0,827		0,704	6,83	2,87
CAES4-Eu fico mais confortável falando com os pacientes sobre suas questões de sexualidade do que a maioria dos profissionais de enfermagem com quem trabalho.	0,644		0,417	4,79	2,88
CAES6-Eu me sinto preparado para abordar preocupações sexuais dos pacientes.	0,629		0,396	5,30	2,86
CAES7-Eu reservo um tempo no horário de trabalho para discutir questões de sexualidade com os meus pacientes.	0,513		0,278	2,59	2,21
CAES8-Eu entendo como as doenças do meu paciente e seus tratamentos podem afetar a sua sexualidade.	0,454		0,212	6,48	2,84
CAES9-A maioria dos pacientes hospitalizados está muito doente para se interessar em sexualidade.		0,515	0,297	5,08	3,07
CAES10-Os pacientes esperam que os profissionais de enfermagem perguntem sobre suas preocupações sexuais.	0,592		0,359	4,00	2,63
CAES11-Sexualidade é uma questão muito privada para ser discutida com os pacientes.		0,827	0,683	4,68	2,90
CAES12-Questões de sexualidade devem ser discutidas apenas se iniciadas pelo paciente.		0,594	0,352	5,73	3,12
CAES13-Sempre que os pacientes me perguntam sobre questões de sexualidade, aconselho-os a discutir o assunto com o seu médico.			0,365	5,04	3,06
		0,598			
	N	217	217		
	<i>Eigenvalue</i> (Valor próprio)	3,8907	2,25621		
	% da Variância Explicada	32,42	18,80		
	No. de itens	8	4		
	Alfa (α)	0,85	0,72		
	Média	5,31	5,13		
	Desvio-padrão	1,73	2,24		

Para analisar a interpretabilidade, ao denominar os fatores e associá-los ao agrupamento de itens, recorreu-se à análise da literatura da área, inicialmente dos artigos que relatam a adaptação e validação do instrumento original. Também foram realizadas análises de consistência interna. Por último, foram produzidos os escores fatoriais pela média dos escores das variáveis originais que pertencem ao fator. O item 5 foi excluído para obter as estruturas finais do CAES.

O Fator 1, denominado “*Importância em abordar questões sexuais*”, é composto por 8 itens (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 e 10) que avaliam a concordância em relação a afirmativas que incentivam os profissionais de enfermagem a tomarem iniciativa de falar sobre sexualidade,

ou com o paciente ou com a equipe multidisciplinar. Este fator apresentou um bom índice de consistência interna ($\alpha=0,85$), com itens cujas cargas fatoriais variaram entre 0,45 e 0,83.

O Fator 2, “*Evitação em abordar questões sexuais*”, é composto por 4 itens (9, 11, 12 e 13) e avalia afirmações que revelam uma crença que incentiva a não interação do profissional com o paciente no assunto da sexualidade. Este fator apresentou um índice de confiabilidade de 0,72, e itens com cargas fatoriais variando entre 0,51 e 0,83.

O instrumento original *Sexuality Attitudes and Beliefs Survey* (SABS) foi desenvolvido por Reynolds e Magnan (2005) para amostra de enfermeiros e não profissionais de enfermagem do nível técnico. Dessa maneira as mesmas análises descritas anteriormente foram realizadas apenas com a amostra de enfermeiros, encarregados de turno e enfermeiros-chefe, para que os resultados possam ser comparados. Apesar de diferenças de amostra e de cargas fatoriais encontradas através da extração por *PAF* e rotação *Oblimin*, não houve diferença na estrutura fatorial do instrumento que teria dois fatores com os mesmos itens agrupados. Os índices de consistência interna dos fatores mudaram, sendo que o fator 1 apresentou um aumento em relação à amostra total ($\alpha=0,86$), enquanto o fator 2 apresentou uma diminuição ($\alpha=0,59$). A correlação entre os fatores continua baixa (-0,159), indicando a independência entre os constructos.

Uma análise qualitativa dos itens do SABS se faz necessária, visto que a estrutura de construção dos itens não é homogênea. Existem itens que representam crenças, outros que representam atitudes. Existem itens que representam comportamentos observáveis, e outros que representam conceitos mais abstratos. Alguns que referem percepção extrema, e outros que indicam uma postura mais flexível. Na construção de questionários e instrumentos, existem diversas orientações que são feitas, e o objetivo da análise a seguir é refletir sobre a adequação do SABS a esses postulados. Além disso, cabe a seguinte pergunta: O que os itens têm em comum e o que têm de diferente?

De acordo com os desenvolvedores do SABS (Reynolds & Magnan, 2005), alguns itens foram construídos a fim de representar barreiras para incorporar a avaliação/aconselhamento da sexualidade humana na prática de enfermagem, enquanto outros itens para representar a atitude ou crença oposta (teoricamente com alta correlação negativa). O objetivo deste tipo de construção foi evitar o efeito BIAS (respostas socialmente aceitas) descrito por Polit e Beck (2004). Esta configuração está de acordo com as orientações feitas por Günther (2003) que recomenda que parte dos itens seja invertida com o objetivo de balancear as respostas obtidas. Por outro lado, há diversos estudos nacionais e internacionais (DiStefano & Motl, 2006; V.V. Gouveia, Lima, R.S.V. Gouveia, Freires, & Barbosa, 2012;

Roszkowski & Soven, 2010) que avaliaram as propriedades psicométricas de instrumentos com itens negativos e positivos e que relataram que esse tipo de construção dos itens pode introduzir erros sistemáticos de medida que afetam as análises dos resultados.

Caso a estrutura escolhida seja a de ambos os tipos de itens, é preciso considerar alguns aspectos, como por exemplo o critério do equilíbrio definido por Pasquali (1998): os itens do mesmo contínuo devem cobrir igual ou proporcionalmente todos os segmentos do contínuo, devendo haver, portanto, fracos, moderados e extremos (no caso das atitudes). Além disso, deve-se prestar atenção ao critério da modalidade que orienta os autores a evitarem expressões extremadas, para que a intensidade da reação da pessoa seja dada na escala de resposta. Se o próprio item já vem apresentado em forma extremada, a resposta na escala de respostas já está viciada. Este fenômeno é também mencionado por Günther (2003) como viés ou ênfase. Nota-se pela estrutura do SABS que esses cuidados não foram tomados, conforme pode ser visto na Tabela 30. O conjunto de itens negativos mostra-se estruturalmente mais extremo do que o positivo, com o maior uso de advérbios e afirmativas extremadas.

Tabela 30

Itens positivos e negativos do CAES de acordo com os desenvolvedores (Reynolds & Magnan, 2005).

Itens com conteúdos positivos	Avaliação
CAES1- Falar com os pacientes sobre suas questões de sexualidade é essencial para a saúde deles.	Inicia com uma ação (verbo). É passível de representação comportamental.
CAES2- Discutir com a equipe profissional sobre questões de sexualidade dos pacientes é essencial para a saúde deles.	Inicia com uma ação (verbo). É passível de representação comportamental.
CAES3- Dar abertura para o paciente falar sobre questões de sexualidade é também uma responsabilidade dos profissionais de enfermagem.	Inicia com uma ação (verbo). Flexibiliza a ação utilizando o termo "também".
CAES4- Eu fico mais confortável falando com os pacientes sobre suas questões de sexualidade do que a maioria dos profissionais de enfermagem com quem trabalho.	Inicia com uma pessoa (pronomes). Flexibiliza a ação por representar um estado interno do respondente.
CAES6- Eu me sinto preparado para abordar preocupações sexuais dos pacientes.	Inicia com uma pessoa (pronomes). Flexibiliza a ação por representar um estado interno do respondente.
CAES7- Eu reservo um tempo no horário de trabalho para discutir questões de sexualidade com os meus pacientes.	Inicia com uma pessoa (pronomes). É passível de representação comportamental.
CAES8- Eu entendo como as doenças do meu paciente e seus tratamentos podem afetar a sua sexualidade.	Inicia com uma pessoa (pronomes). Flexibiliza a ação por representar um estado interno do respondente.
CAES10- Os pacientes esperam que os profissionais de enfermagem perguntem sobre suas preocupações sexuais.	Inicia com um artigo seguido da pessoa (paciente). É passível de representação comportamental.
Itens com conteúdos negativos	Avaliação
CAES5- Eu fico desconfortável ao falar sobre questões relacionadas à sexualidade do paciente.	Único item que utiliza negação na construção do item (desconfortável). Frases negativas incorrem facilmente na falta de clareza.
CAES9-A maioria dos pacientes hospitalizados está muito doente para se interessar em sexualidade.	Inicia com um artigo seguido de advérbio e utiliza termos extremos (muito doente).
CAES11-Sexualidade é uma questão muito privada para ser discutida com os pacientes.	Inicia com um conceito (substantivo) e utiliza termos extremos (muito privada).
CAES12-Questões de sexualidade devem ser discutidas apenas se iniciadas pelo paciente.	Inicia com um conceito (substantivo) e utiliza termos extremos (devem ser / apenas).
CAES13- Sempre que os pacientes me perguntam sobre questões de sexualidade, aconselho-os a discutir o assunto com o seu médico.	Inicia com um advérbio e utiliza termos extremos (sempre).

Uma orientação importante diz respeito à clareza da representação comportamental do item. Pasquali (2009) argumenta que conceitos e construtos só são cientificamente pesquisáveis se forem, pelo menos, passíveis de representação comportamental adequada. Caso contrário, seriam conceitos metafísicos e não científicos. Isso indica uma necessidade de reescrever alguns itens. Na Tabela 33, uma sugestão de reescrita dos itens da versão brasileira do SABS é feita levando em consideração a discussão realizada. Os itens foram reescritos buscando uma representação de comportamento observável, sem alterar a essência do conteúdo e levando em consideração as orientações psicométricas de Pasquali (1998) para construção de itens de um instrumento: 1) Critério comportamental; 2) Critério de objetividade ou de desejabilidade; 3) Critério da simplicidade; 4) Critério da clareza; 5) Critério da relevância; 6) Critério da precisão; 7) Critério da variedade; 8) Critério da modalidade; 9) Critério da tipicidade; 10) Critério da credibilidade; 11) Critério da amplitude; 12) Critério do equilíbrio. Todas essas orientações foram utilizadas mantendo coerência com o conteúdo mencionado no item original.

Tabela 31

Sugestão de reescrita dos itens da versão brasileira do SABS

Itens da versão brasileira do SABS	Sugestão de reescrita dos itens
CAES1-Falar com os pacientes sobre suas questões de sexualidade é essencial para a saúde deles.	1-Falar com o paciente sobre suas questões de sexualidade é essencial para a saúde deles.
CAES2-Discutir com a equipe profissional sobre questões de sexualidade dos pacientes é essencial para a saúde deles.	2-Discutir com a equipe profissional sobre questões de sexualidade do paciente é essencial para a saúde deles.
CAES3-Dar abertura para o paciente falar sobre questões de sexualidade é também uma responsabilidade dos profissionais de enfermagem.	3-Iniciar conversa com o paciente sobre questões sexuais é de responsabilidade dos profissionais de enfermagem.
CAES4-Eu fico mais confortável falando com os pacientes sobre suas questões de sexualidade do que a maioria dos profissionais de enfermagem com quem trabalho.	4a-Falar com o paciente sobre suas questões de sexualidade é confortável. 4b-Falar com os familiares sobre questões de sexualidade do paciente é confortável.
CAES5-Eu fico desconfortável, ao falar sobre questões relacionadas à sexualidade do paciente.	5a-Discutir com equipe profissional sobre questões de sexualidade do paciente é confortável. 5b-Discutir questões de sexualidade do paciente com alguém do sexo oposto é confortável.
CAES6-Eu me sinto preparado para abordar preocupações sexuais dos pacientes.	6-Abordar preocupações sexuais do paciente é uma das funções para a qual estou preparado(a).
CAES7-Eu reservo um tempo no horário de trabalho para discutir questões de sexualidade com os meus pacientes.	7-Reservar um tempo no horário de trabalho para discutir questões de sexualidade com o paciente faz parte da minha rotina.
CAES8-Eu entendo como as doenças do meu paciente e seus tratamentos podem afetar a sua sexualidade.	8-Descrever como as doenças e tratamentos podem afetar a sexualidade do paciente faz parte da minha rotina.
CAES9-A maioria dos pacientes hospitalizados está muito doente para se interessar em sexualidade.	9-Assumir que o paciente está muito doente para se interessar por sexualidade faz parte da minha rotina.
CAES10-Os pacientes esperam que os profissionais de enfermagem perguntem sobre suas preocupações sexuais.	<i>O assunto iniciativa da conversa sobre sexualidade será contemplado nos itens 3 e 12.</i>
CAES11-Sexualidade é uma questão muito privada para ser discutida com os pacientes.	11-Perguntar para o paciente sobre assuntos ligados à sexualidade é invadir sua privacidade.
CAES12-Questões de sexualidade devem ser discutidas apenas se iniciadas pelo paciente.	12-Iniciar conversa sobre questões sexuais é de responsabilidade do paciente.
CAES13-Sempre que os pacientes me perguntam sobre questões de sexualidade, aconselho-os a discutir o assunto com o seu médico.	13a-Aconselhar o paciente a discutir questões de sexualidade com seu médico é mais adequado. 13b-Aconselhar o paciente a discutir questões de sexualidade com um psicólogo é mais adequado.

Alguns itens foram divididos em dois para aumentar ainda mais a clareza e especificidade do comportamento representado. Esta sugestão é um ponto de partida para futuros estudos que deverão realizar ainda a validação na população a ser estudada (validação semântica) bem como a validação por juízes especialistas da área, antes da coleta de dados. Por fim, devem ser avaliadas a fidedignidade e a validade estatística da nova escala em cada população estudada, a fim de ampliar as evidências de validade desta versão. A seguir, serão apresentadas as análises complementares de comparação entre as médias dos fatores dos instrumentos e as variáveis demográficas e funcionais utilizadas neste estudo.

7.2.4. Análises complementares sobre as escalas: ANOVAS e Testes T

Para o instrumento de necessidades de treinamento (NTES), não foram encontradas diferenças significativas nas médias, considerando as variáveis idade, religião, estado civil, escolaridade, classificação econômica, cargo, tempo de profissão, tempo de trabalho no hospital e tempo de trabalho na função. Em relação às variáveis sexo e formações realizadas, os resultados do Test t mostraram diferenças significativas em comparação com as médias de alguns fatores. Tais resultados podem ser visualizados na Tabela 32 e na Tabela 34.

Tabela 32

Teste de diferença entre médias (Teste t) dos fatores dos instrumentos, segundo o sexo dos participantes

Sexo	N	Média	Desvio-padrão	T	gl	p*
<i>Média Discussão geral sobre sexualidade</i>						
Feminino	48	11,63	4,35	1,177	85,9	0,042
Masculino	48	10,71	3,17			
<i>Média Prevenções e complicações clínicas na sexualidade</i>						
Feminino	48	10,42	5,17	-0,26	81,1	0,016
Masculino	48	10,65	3,39			

*Considerando $p < 0,05$.

Como apresentado na Tabela 32, o resultado do teste de diferença entre médias (Teste t), considerando $p < 0,05$, mostra que o participante do sexo feminino apresenta necessidade de treinamento maior que o participante do sexo masculino, em relação ao primeiro fator do NTES (*Discussão geral sobre sexualidade*) e menor necessidade de treinamento em relação ao fator 2 (*Prevenções e complicações clínicas na sexualidade*). O grupo das mulheres apresentou média igual a 11,63 (DP= 4,35) no fator 1, ao passo que o grupo dos homens apresentou média igual a 10,71 (DP=3,17), para um valor do teste t igual a 1,177 (gl=85;

P=0,042). Já em relação ao fator 2 do NTES, a diferença de médias é menor: O grupo das mulheres apresentou média igual a 10,42 (DP= 5,17), e o grupo dos homens apresentou média igual a 10,65 (DP=3,39), para um valor do teste t igual a -0,26 (gl=81; P=0,016).

A fim de enriquecer discussões sobre gênero dentro do contexto da atual pesquisa, foi realizada comparação entre as médias de cada item do instrumento de Necessidades de Treinamento. Os resultados podem ser observados na Tabela 33. Os itens estão classificados de modo que os primeiros itens apresentam as maiores diferenças entre médias, considerando a variável gênero. Vale ressaltar que dentre os oito itens que apresentam diferença significativa, apenas em um deles a percepção dos homens é de menor necessidade de treinamento (IPG12-Orientar pacientes sobre higiene corporal e íntima). Em todos os outros, a mulher apresenta maior necessidade de treinamento do que o homem. Dentre as competências listadas, nota-se que três delas envolvem a sexualização da relação terapeuta-paciente (IPG18-Lidar de maneira adequada com a ereção do paciente durante o banho ou outro procedimento; IPG15-Orientar paciente a preservar a privacidade, ao se masturbar; IPG29-Interromper tentativas de assédio sexual do paciente ao profissional de enfermagem, durante o banho ou outro procedimento), duas delas envolvem orientações que destacam competências que diferem pelo gênero do paciente (IPG2-Explicar ao paciente que não existe relação entre vasectomia e impotência sexual; IPG8-Demonstrar como utilizar preservativos femininos e masculinos aos pacientes) e duas que representam atividades de discussão de questões de sexualidade do paciente com terceiros (IPG27-Explicar para o parceiro sexual do paciente as dificuldades relacionadas à sexualidade do paciente, consequentes da doença e tratamento; IPG30-Discutir em equipe condutas adequadas em relação às situações ocorridas no hospital, envolvendo a sexualidade dos pacientes).

Tabela 33

Teste de diferença entre médias (Teste t) dos itens, segundo o sexo dos participantes

Fator	Item	Sexo	Média	DP	F	p*	t	gl
3	IPG18-Lidar de maneira adequada com a ereção do paciente, durante o banho ou outro procedimento.	F	10,58	6,42	8,83	0,00	2,42	83,79
		M	7,85	4,46				
1	IPG27-Explicar para o parceiro sexual do paciente as dificuldades relacionadas à sexualidade do paciente, consequentes da doença e tratamento.	F	12,88	6,61	5,10	0,03	1,84	87,85
		M	10,66	5,05				
1	IPG15-Orientar paciente a preservar a privacidade, ao se masturbar.	F	11,40	7,10	5,01	0,03	1,48	83,81
		M	9,52	5,15				
3	IPG29-Interromper tentativas de assédio sexual do paciente ao profissional de enfermagem, durante o banho ou outro procedimento.	F	9,27	5,50	8,62	0,00	1,82	80,28
		M	7,55	3,53				
2	IPG8-Demonstrar como utilizar preservativos femininos e masculinos aos pacientes.	F	11,77	7,65	16,33	0,00	0,83	74,99
		M	10,69	4,59				
2	IPG2-Explicar ao paciente que não existe relação entre vasectomia e impotência sexual.	F	11,54	7,33	7,02	0,01	0,81	86,66
		M	10,47	5,43				
1	IPG30-Discutir em equipe condutas adequadas em relação às situações ocorridas no hospital envolvendo a sexualidade dos pacientes.	F	10,79	5,90	5,22	0,02	0,78	86,78
		M	9,96	4,38				
3	IPG12-Orientar pacientes sobre higiene corporal e íntima.	F	5,83	2,64	5,45	0,02	-1,54	91,11
		M	6,75	3,17				

*Considerando $p < 0,05$.

Na Tabela 34, são apresentados os resultados do teste de diferença entre médias (Teste t), segundo as formações realizadas, considerando $p < 0,05$. O resultado indica que os participantes que realizaram especialização na área da enfermagem apresentam menor necessidade de treinamento no fator *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade* do que os respondentes que não realizaram. O grupo dos que fizeram a especialização apresentou média igual a 9,42 (DP=3,50), enquanto aqueles que não fizeram obteve média de 11,30 (DP=4,63).

Tabela 34

Teste de diferença entre médias (Teste t) dos fatores dos instrumentos, segundo as formações realizadas pelos participantes

Especialização em Enfermagem	N	Média	Desvio-padrão	t	gl	p*
Média <i>Prevenções e complicações clínicas na sexualidade</i>						
Sim	65	9,42	3,50	-2,61	119,2	0,031
Não	65	11,30	4,63			

*Considerando $p < 0,05$.

Na Tabela 35, são apresentados os resultados do teste de diferença entre médias (Teste t), segundo a população atendida, considerando $p < 0,05$. O resultado indica que há diferença significativa entre as médias dos resultados dos participantes que referem atender bebês, crianças, adolescentes do que aqueles que dizem não trabalhar com essa população.

Tabela 35

Teste de diferença entre médias (Teste t), segundo a população atendida

População atendida	N	Média	Desvio-padrão	t	gl	p*
<i>Média Discussão geral sobre sexualidade</i>						
Atende bebês	72	10,37	3,83	-1,755	136	0,042
Não atende bebês	72	11,63	4,72			
Atende crianças	87	10,45	3,52	-1,342	164	0,027
Não atende crianças	87	11,26	4,41			
Atende adolescentes	98	10,46	3,71	-2,533	183	0,027
Não atende adolescentes	98	12,01	4,77			
<i>Média Prevenções e complicações clínicas na sexualidade</i>						
Atende bebês	72	9,56	3,66	-1,802	134	0,026
Não atende bebês	72	10,83	4,73			
Atende crianças	87	9,45	3,49	-1,206	165	0,029
Não atende crianças	87	10,16	4,29			
Atende adolescentes	98	9,62	3,95	-1,721	189	0,045
Não atende adolescentes	98	10,68	4,69			

*Considerando $p < 0,05$.

Os participantes que atendem bebês apresentam menor necessidade de treinamento no fator *Discussão geral sobre sexualidade* do que aqueles que não atendem. O mesmo pode ser observado para aqueles que referem atender crianças e aqueles que relatam atender adolescentes. O grupo dos que atendem bebês apresenta média de *Discussão geral sobre sexualidade* igual a 10,37 (DP=3,83), enquanto aquele que não atende apresenta média igual a 11,63 (DP=4,72). Em relação ao mesmo fator, o grupo dos que atendem crianças apresenta média igual a 10,45 (DP=3,52), enquanto aqueles que não atendem apresentam média igual a 11,26 (DP=4,41). No mesmo sentido, o grupo que atende adolescentes apresenta média igual a 10,46 (DP=3,71) enquanto aqueles que não atendem apresentam média igual a 12,01 (DP=4,77). Em relação ao fator *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade*, o grupo de participantes que atendem bebês (média 9,56 e DP 3,66) apresenta menor necessidade de treinamento do que aqueles que não atendem (média 10,83 e DP 4,73), o grupo que atende crianças (média 9,45 e DP 3,49) tem menor necessidade de treinamento que aquele que não atende (média 10,16 e DP 4,29), e o grupo que atende adolescentes (média 9,62 e DP 3,95)

também apresenta menor necessidade de treinamento do que o que não atende (média 10,68 e DP 4,69). Vale ressaltar que existe correlação entre as pessoas que atendem bebês e crianças (0,557), crianças e adolescentes (0,614) e bebês e adolescentes (0,500).

A fim de testar se existe diferença nas médias de importância das competências entre pessoas de cargos diferentes para definir se as competências listadas pertencem à categoria de enfermagem como um todo ou a um cargo específico, foi realizado teste ANOVA. Neste teste, não foi encontrada diferença significativa entre as médias de importância, considerando os grupos “auxiliar de enfermagem”, “técnico em enfermagem” e “enfermeiro+” (enfermeiro, enfermeiro-chefe e encarregado do turno).

Para o instrumento de crenças e atitudes frente à sexualidade (CAES), não foram encontradas diferenças significativas nas médias, considerando as variáveis sexo, idade, religião, classificação econômica e população atendida. As demais variáveis que mostraram diferença significativa nas médias entre grupos serão explicadas a seguir.

Para realizar a comparação dos grupos de níveis de escolaridade e médias dos escores das escalas, foi realizado o teste de diferença entre médias ANOVA. Na Tabela 36, são apresentados os resultados, segundo a escolaridade dos participantes, considerando $p < 0,05$.

Tabela 36

Teste de diferença entre médias (ANOVA), segundo a escolaridade dos participantes

Escolaridade	N	Média	Desvio-padrão	F	gl	p*
Média <i>Evitação em abordar questões sexuais</i>						
Pós-graduação incompleto	7	3,43	1,48	4,18	5	0,02
Pós-graduação completo	35	4,06	1,96			
Ensino superior incompleto	21	4,93	2,24			
Ensino superior completo	41	5,04	2,00			
Ensino médio incompleto	11	5,55	2,72			
Ensino médio completo	99	5,70	2,19			

*Considerando $p < 0,05$.

Considerando $p < 0,05$, verificou-se que existem diferenças significativas entre as médias dos grupos definidos, a partir do nível de escolaridade em comparação com as médias obtidas da percepção dos participantes quanto ao fator *Evitação em abordar questões sexuais*. As médias variaram de 3,43 a 5,71 nesta ordem: Pós-graduação incompleta - 3,43 (DP=1,48); Pós-graduação completa - 4,06 (DP=1,96); Ensino superior incompleto - 4,93 (DP=2,24); Ensino superior completo - 5,04 (DP=2,00); Ensino médio incompleto - 5,55 (DP=2,72); Ensino médio completo - 5,70 (DP=2,19). É possível afirmar, a partir da análise do teste *Post*

Hoc, que o grupo de participantes com pós-graduação completa apresenta menos crenças de *Evitação em abordar questões sexuais* que aqueles com ensino médio completo ($p=0,02$).

Para realizar a comparação dos grupos por cargos exercidos na organização e médias dos escores das escalas, foi realizado o teste de diferença entre médias ANOVA. Na Tabela 37, são apresentados os resultados, segundo o cargo dos participantes, considerando $p<0,05$.

Tabela 37

Teste de diferença entre médias (ANOVA), segundo o cargo dos participantes

Cargo**	N	Média	Desvio-padrão	F	gl	p*
<i>Média Importância em abordar questões sexuais</i>						
Técnico em enfermagem	54	4,96	1,62	3,34	2	0,037
Auxiliar em enfermagem	86	5,16	1,84			
Enfermeiro+	66	5,72	1,63			
<i>Média Evitação em abordar questões sexuais</i>						
Enfermeiro+	66	4,35	1,87	6,30	2	0,002
Técnico em enfermagem	54	5,43	2,30			
Auxiliar em enfermagem	86	5,53	2,28			

*Considerando $p<0,05$.

** A categoria enfermeiro+ compreende os cargos de enfermeiro, encarregado do turno e enfermeiro-chefe.

Considerando $p<0,05$, verificou-se que existem diferenças significativas entre as médias dos grupos definidos a partir do cargo, em comparação com as médias obtidas da percepção dos participantes quanto aos dois fatores do CAES. Em relação ao fator *Importância em abordar questões sexuais*, as médias variaram de 4,96 a 5,72 nesta ordem: técnico em enfermagem - 4,96 (DP=1,62); auxiliar em enfermagem - 5,16 (DP=1,84); enfermeiro+ - 5,72 (DP=1,63). É possível afirmar, a partir da análise do teste *Post Hoc*, que o grupo de participantes com cargo de técnico de enfermagem apresenta menos crenças de *Importância em abordar questões sexuais* que aqueles com cargo de enfermeiro+ ($p=0,043$). Em relação ao fator *Evitação em abordar questões sexuais*, as médias variaram de 4,35 a 5,53 nesta ordem: enfermeiro+ - 4,35 (DP=1,87); técnico em enfermagem - 5,43 (DP=2,30); auxiliar em enfermagem - 5,53 (DP=2,28). É possível afirmar, a partir da análise do teste *Post Hoc*, que o grupo de participantes com cargo de enfermeiro+ apresenta menos crenças de *Evitação em abordar questões sexuais* que aqueles com cargo de técnico em enfermagem ($p=0,019$) e auxiliar em enfermagem ($p=0,003$).

Para realizar a comparação dos grupos de estado civil e médias dos escores das escalas, foi realizado o teste de diferença entre médias ANOVA. Na Tabela 38, são apresentados os resultados, segundo o estado civil dos participantes, considerando $p<0,05$.

Tabela 38

Teste de diferença entre médias (ANOVA), segundo o estado civil dos participantes

Estado Civil	N	Média	Desvio-padrão	F	gl	p*
Média Evitação em abordar questões sexuais						
Divorciado(a)	11	3,89	1,53	3,81	5	0,03
Solteiro(a)	49	4,22	1,94			
União estável	9	4,94	2,31			
Separado(a)	17	5,19	2,35			
Casado(a)	122	5,45	2,22			
Viúvo(a)	7	6,71	2,18			

*Considerando $p < 0,05$.

Considerando $p < 0,05$, verificou-se que existem diferenças significativas entre as médias dos grupos definidos, a partir do estado civil dos participantes, quanto ao fator *Evitação em abordar questões sexuais*. As médias variaram de 3,89 a 6,71 nesta ordem: Divorciado(a) - 3,89 (DP=1,53); Solteiro(a) - 4,22 (DP=1,94); União estável - 4,94 (DP=2,31); Separado(a) - 5,19 (DP=2,35); Casado(a) - 5,45 (DP=2,22); Viúvo(a) - 6,71 (DP=2,18). É possível afirmar, a partir da análise do teste *Post Hoc*, que o grupo de participantes solteiros apresenta menos crenças de *Evitação em abordar questões sexuais* que aqueles que são casados ($p=0,011$) e viúvos ($p=0,050$).

Foi realizado o teste de diferença entre médias ANOVA, segundo a faixa do tempo de profissão dos participantes. Na Tabela 39, são apresentados os resultados, considerando $p < 0,05$.

Tabela 39

Teste de diferença entre médias (ANOVA), segundo o tempo de profissão dos participantes

Tempo de Profissão	N	Média	Desvio-padrão	F	gl	p*
Média Evitação em abordar questões sexuais						
Menos de 10 anos	74	4,80	2,18	3,10	2	0,047
Entre 10 e 17 anos	69	4,94	2,24			
Mais de 17 anos	65	5,68	2,23			

*Considerando $p < 0,05$.

Considerando $p < 0,05$, verificou-se que existem diferenças significativas entre as médias dos grupos definidos, a partir do tempo de profissão dos participantes quanto ao fator *Evitação em abordar questões sexuais*. As médias variaram de 4,80 a 5,68. A princípio, pode-se afirmar que quanto maior o tempo de profissão, maior a pontuação no fator *Evitação em*

abordar questões sexuais. Entretanto, a análise do teste *Post Hoc* não apresentou diferença significativa entre os diferentes grupos.

Foi realizado o teste de diferença entre médias ANOVA, segundo a faixa do tempo em que o participante trabalha no hospital onde foi realizada a coleta de dados. Na Tabela 40, são apresentados os resultados, considerando $p < 0,05$.

Tabela 40

Teste de diferença entre médias (ANOVA), segundo o tempo de hospital dos participantes

Tempo de Hospital	N	Média	Desvio-padrão	F	gl	p*
<i>Média Evitação em abordar questões sexuais</i>						
7 anos ou menos	74	4,92	2,23	3,82	2	0,023
Entre 10 e 16 anos	67	4,72	2,01			
Mais de 16 anos	68	5,71	2,39			

*Considerando $p < 0,05$.

Considerando $p < 0,05$, verificou-se que existem diferenças significativas entre as médias dos grupos definidos, a partir do tempo de hospital dos participantes, quanto ao fator *Evitação em abordar questões sexuais*. As médias variaram de 4,72 a 5,71 nesta ordem: Entre 10 e 16 anos - 4,72 (DP=2,01); Menos de 7 anos - 4,92 (DP=2,23); Mais de 16 anos - 5,71 (DP=2,39). É possível afirmar, a partir da análise do teste *Post Hoc*, que o grupo de participantes que trabalham na organização-alvo entre 10 e 16 anos apresenta menos crenças de *Evitação em abordar questões sexuais* que aqueles que trabalham há mais de 16 anos ($p = 0,027$).

Foi realizado o teste de diferença entre médias ANOVA, segundo a faixa do tempo em que o participante trabalha na função atual. Na Tabela 41, são apresentados os resultados, considerando $p < 0,05$.

Tabela 41

Teste de diferença entre médias (ANOVA), segundo o tempo de função dos participantes

Tempo de Função	N	Média	Desvio-padrão	F	gl	p*
<i>Média Evitação em abordar questões sexuais</i>						
6 anos ou menos	68	4,69	2,14	5,86	2	0,003
Entre 6 e 14 anos	62	4,85	2,19			
Mais de 14 anos	79	5,83	2,23			

*Considerando $p < 0,05$.

Considerando $p < 0,05$, verificou-se que existem diferenças significativas entre as médias dos grupos definidos, a partir do tempo de função dos participantes, quanto ao fator

Evitação em abordar questões sexuais. As médias variaram de 4,69 a 5,83 nesta ordem: 6 anos ou menos - 4,69 (DP=2,14); Entre 6 e 14 anos - 4,85 (DP=2,19); Mais de 14 anos - 5,83 (DP=2,23). É possível afirmar, a partir da análise do teste *Post Hoc*, que o grupo de participantes que trabalham na função atual há mais de 14 anos apresenta média maior de crenças de *Evitação em abordar questões sexuais* que aqueles que trabalham entre 6 e 14 anos ($p=0,026$) e há 6 anos ou menos ($p=0,005$).

7.2.5. Síntese dos resultados de análise exploratória dos instrumentos NTES e CAES

Na Tabela 42, apresenta-se um resumo dos dados dos instrumentos NTES e CAES, utilizados na pesquisa desta tese de doutorado.

Tabela 42
Resumo das informações sobre os instrumentos utilizados nesta pesquisa

Instrumento	Escala Obtida	No. de itens	Alfa (α)	Média	Desvio-padrão	Cargas Fatoriais	
						Mín.	Máx.
NTES	<i>Discussão geral sobre sexualidade</i>	13	0,93	11,19	4,28	0,34	0,82
	<i>Prevenções e complicações clínicas na sexualidade</i>	11	0,92	10,18	4,34	0,40	0,80
	<i>Exposição íntima do paciente</i>	10	0,82	7,85	2,73	0,36	0,77
CAES	<i>Importância em abordar questões sexuais</i>	8	0,85	5,31	1,73	0,45	0,83
	<i>Evitação em abordar questões sexuais</i>	4	0,72	5,13	2,24	0,51	0,83

Como pode ser observado na Tabela 42, os índices de confiabilidade variaram de 0,72 a 0,93, o que caracteriza que as escalas apresentam consistência. As cargas fatoriais variaram de 0,34 a 0,82, indicando que, além de consistentes, as escalas também são válidas e contemplam itens representativos do fator.

Nas análises dos Testes t e ANOVAS, foram encontrados resultados interessantes que podem ser aplicados posteriormente em um novo modelo de investigação. Foram inseridas as variáveis de dados demográficos e funcionais dos participantes bem como os escores dos fatores dos dois instrumentos citados. Os principais resultados estão listados na Tabela 43.

Tabela 43

Resultados das ANOVAS e Testes *t*

Variável	Resultado
A mulher...	1. Apresentou maior necessidade de treinamento em <i>Discussão geral sobre sexualidade</i> 2. Apresentou menor necessidade de treinamento em <i>Prevenções e complicações clínicas na sexualidade</i>
O profissional que fez Especialização na área da enfermagem...	Apresentou menor necessidade de treinamento em <i>Prevenções e complicações clínicas na sexualidade</i>
O profissional que atende bebês, crianças e/ou adolescentes...	1. Apresentou menor necessidade de treinamento em <i>Discussão geral sobre sexualidade</i> 2. Apresentou menor necessidade de treinamento em <i>Prevenções e complicações médicas na sexualidade do paciente</i>
O profissional com pós-graduação completa...	Apresentou menor <i>Evitação em abordar questões sexuais</i>
O(a) Enfermeiro(a)+...	1. Apresentou maior <i>Importância em abordar questões sexuais</i> 2. Apresentou menor <i>Evitação em abordar questões sexuais</i>
O(a) solteiro(a)...	Apresentou menor <i>Evitação em abordar questões sexuais</i>
O participante com mais de 16 anos de trabalho no hospital...	Apresentou maior <i>Evitação em abordar questões sexuais</i>
O participante com mais de 14 anos de trabalho na mesma função...	Apresentou maior <i>Evitação em abordar questões sexuais</i>

Na Tabela 43, verifica-se que a participante mulher, que fez especialização na área da enfermagem ou que atende bebês, crianças e/ou adolescentes, apresenta menor necessidade de treinamento em *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade*. Por outro lado, a participante mulher apresenta maior necessidade de treinamento em *Discussão geral sobre sexualidade*, enquanto o (a) profissional que atende bebês, crianças e/ou adolescentes apresenta menor necessidade de treinamento no mesmo fator.

Em relação ao instrumento sobre crenças e atitudes, o(a) profissional que é solteiro(a) exerce o cargo de enfermeiro (enfermeiro, enfermeiro-chefe e encarregado do turno) ou que realizou pós-graduação completa apresentou menor *Evitação em abordar questões sexuais*. Contudo, o(a) participante com mais de 16 anos de trabalho no hospital ou com mais de 14 anos de trabalho na mesma função apresentou maior concordância neste mesmo fator. Apenas o(a) profissional que exerce o cargo de enfermeiro apresentou diferença significativa em relação ao fator *Importância em abordar questões sexuais*, mostrando maior concordância que os demais profissionais. A seguir, são apresentados os resultados da análise de testagem do modelo de investigação do presente estudo.

7.2.6. Testagem do modelo de investigação

O objetivo geral da presente tese foi propor e testar um modelo de avaliação das necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade, mediante a análise do relacionamento entre as variáveis, apresentada na Figura 1, identificando as que melhor explicam a necessidade de treinamento entre características demográficas e funcionais dos participantes, bem como as crenças e atitudes dos profissionais de enfermagem frente à sexualidade.

Foram realizadas análises de regressão múltipla padrão e *stepwise*, para o alcance do objetivo geral desta pesquisa. Foram testados modelos que serão apresentados e discutidos a seguir.

7.2.6.1. Regressões múltiplas

No Modelo A (Figura 20), foram incluídas nas análises as seguintes variáveis antecedentes: Dados demográficos (Classificação Econômica); Dados funcionais (Escolaridade; Tempo de hospital; Atendimento a adolescentes) e Crenças e Atitudes frente à sexualidade (Fator 1 CAES; Fator 2 CAES). A variável critério estudada foi a média das respostas dos participantes aos itens que compõem os três fatores do instrumento de Necessidades de Treinamento (Fator 1 NTES; Fator 2 NTES; Fator 3 NTES).

Figura 20. Modelo de investigação testado nas regressões múltiplas

Foi realizada análise de regressão múltipla padrão para o Modelo A (N=217, 6 variáveis independentes). As variáveis do modelo foram submetidas a análises exploratórias, segundo os procedimentos propostos por Tabachnick e Fidell (2007). Foram encontradas porcentagens entre 0 e 5% de casos omissos para todas as variáveis do modelo. Deste modo, optou-se pelo tratamento *pairwise* para dados omissos.

A Tabela 44 expõe os coeficientes de regressão não padronizados (B), os coeficientes de regressão padronizados (β), a contribuição individual de cada variável (Sr2), as médias das variáveis (X), os desvios-padrão (DP), a constante, o R2 (correlação entre todas as variáveis antecedentes com a variável critério – variância individual e compartilhada das variáveis antecedentes em relação à variável critério), o R2 ajustado (estimativa do R2 da população) e o R (correlação entre a variável critério e as variáveis antecedentes).

Em relação ao fator 1 do NTES (*Discussão geral sobre sexualidade*, o coeficiente de regressão múltipla R foi significativamente diferente de zero, $F(6, 217) = 3,08$, $p < 0,05$, com limites de confiança de 95%. As variáveis antecedentes que contribuíram significativamente para a explicação deste fator, tendo considerado o intervalo de confiança de 95%, foram: Fator 1 do CAES (*Importância em abordar questões sexuais*) ($\beta = -0,19$), Atendimento a

adolescentes ($\beta = 0,15$) e Classificação Econômica ($\beta = -0,11$). Agrupadas, as seis variáveis iniciais explicam 9% (6% ajustado) da variabilidade do fator 1 do NTES, enquanto as três variáveis que contribuem significativamente com a explicação da variável critério explicam, somadas suas contribuições individuais (β), cerca de 4,5% da variabilidade total.

Em relação ao fator 2 do NTES (*Prevenções e complicações clínicas na sexualidade*), o coeficiente de regressão múltipla R foi significativamente diferente de zero, $F(6, 217) = 3,79$, $p < 0,01$, com limites de confiança de 95%. As variáveis antecedentes que contribuíram significativamente para a explicação deste fator, tendo considerado o intervalo de confiança de 95%, foram: Fator 1 do CAES (*Importância em abordar questões sexuais*) ($\beta = -0,26$), Fator 2 do CAES (*Evitação em abordar questões sexuais*) ($\beta = 0,12$) e Classificação Econômica ($\beta = -0,10$). Agrupadas, as seis variáveis iniciais explicam 10% (8% ajustado) da variabilidade do fator 2 do NTES, enquanto as três variáveis que contribuem significativamente com a explicação da variável critério explicam, somadas suas contribuições individuais (β), 4,8% da variabilidade total.

Em relação ao fator 3 do NTES (*Exposição íntima do paciente*), o coeficiente de regressão múltipla R foi significativamente igual a zero, $F(6, 217) = 1,57$, $p > 0,1$, o que indica que o modelo proposto neste estudo não consegue explicar os valores obtidos neste fator do instrumento. Ainda assim vale ressaltar as variáveis antecedentes que mais contribuíram para a explicação deste fator: Tempo de hospital ($\beta = 0,17$) e Fator 1 do CAES (*Importância em abordar questões sexuais*) ($\beta = -0,14$). Agrupadas, as seis variáveis iniciais explicam 5% (2% ajustado) da variabilidade do fator 3 do NTES, enquanto as duas variáveis que contribuem com a explicação da variável critério explicam, somadas suas contribuições individuais (β), cerca de 3% da variabilidade total. A Tabela 44 mostra os resultados descritos.

Tabela 44

Regressão múltipla padrão para o Modelo A

Variável	1NTES (VD)	2NTES (VD)	3NTES (VD)	1CAES	2CAES	ClasEcon	Escol	Thosp	Adoles
1CAES	-0,20**	-0,26**	-0,12*						
2CAES	0,07	0,11*	0,05	0,07					
ClasEcon	-0,15*	-0,14*	0,00	0,09	-0,02				
Escol	-0,10	-0,13*	-0,03	0,11	-0,30**	0,38**			
Thosp	0,02	0,00	0,16**	0,10	0,19**	0,09	-0,02		
Adoles	0,18**	0,11	0,02	-0,04	0,05	-0,15*	-0,11	-0,02	
X	11,19	10,18	7,85	5,31	5,13	27,69	2,36	12,52	1,46
DP	4,28	4,34	2,73	1,73	2,24	5,49	1,56	9,35	0,50
			B	-0,47	0,13	-0,09	0,00	0,02	1,30
1NTES (VD)			β	-0,19	0,07	-0,11	0,00	0,04	0,15
			Sr ²	0,04	0,00	0,01	0,00	0,00	0,02
Constante= 13,30			R ² = 0,09*	R ² ajustado= 0,06*			R= 0,295*		
			B	-0,64	0,23	-0,08	-0,02	0,01	0,67
2NTES (VD)			β	-0,26	0,12	-0,10	-0,01	0,01	0,08
			Sr ²	0,06	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01
Constante= 13,68			R ² = 0,10**	R ² ajustado= 0,08**			R= 0,324**		
			B	-0,21	0,03	0,00	-0,03	0,05	0,11
3NTES (VD)			β	-0,14	0,02	0,01	-0,02	0,17	0,02
			Sr ²	0,02	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00
Constante= 8,04			R ² = 0,05	R ² ajustado= 0,02			R= 0,216		
*p<0,05			**p<0,01						

A Figura 21 esquematiza os relacionamentos somente entre as variáveis que indicaram maior poder preditivo com a variável critério Necessidades de Treinamento.

Figura 21. Representação do modelo de regressão múltipla padrão (Modelo B) para Necessidades de Treinamento como variável critério

Em resumo, os profissionais que obtiveram maiores necessidades de treinamento em *Discussão geral sobre sexualidade* foram aqueles com menor crença de *Importância em abordar questões sexuais*, que não atendem adolescentes, e com classificação econômica mais baixa, segundo o critério Brasil. Os profissionais que obtiveram maiores necessidades de treinamento em *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade* foram aqueles com menor crença de *Importância em abordar questões sexuais*, com maior *Evitação em abordar questões sexuais* e com classificação econômica mais baixa, segundo o critério Brasil. Por fim, os profissionais que obtiveram maiores necessidades de treinamento em *Exposição íntima do paciente* foram aqueles com menor crença de *Importância em abordar questões sexuais* e com maior tempo de trabalho no hospital. Vale ressaltar que a variável antecedente

“Escolaridade” não apresentou contribuição individual para o modelo em nenhum dos três fatores, de modo que esta foi excluída da testagem pelo método *stepwise*. O mesmo modelo acima foi testado, substituindo a variável “Escolaridade” pelas variáveis correlacionadas “Cargo”, “Ensino superior em enfermagem” e “Especialização em enfermagem”. Nenhuma das variáveis apresentou contribuição individual para o modelo em nenhum dos três fatores, de modo que elas também foram excluídas da testagem pelo método *stepwise*.

Em seguida, realizou-se a análise *stepwise*, já que se obteve uma razão de 43 casos por cada variável antecedente, conforme recomendação sugerida pelas autoras Tabachnick e Fidell (2007). Os resultados são apresentados na Tabela 45. Não são apresentadas as correlações bivariadas, pois são iguais às apresentadas na Tabela 44.

Tabela 45

Regressão múltipla *stepwise* para o Modelo B (incluindo variável “Atendimento a adolescentes”)

		Variável	1CAES	Thosp	Adoles
1NTES (VD)		B	-0,47	-	1,46
		β	-0,19	-	0,17
		Sr²	0,04	-	0,03
Constante=	11,59	R ² =	0,07**	R ² ajustado=	0,06**
				R=	0,263**
2NTES (VD)		B	-0,65	-	-
		β	-0,26	-	-
		Sr²	0,07	-	-
Constante=	13,65	R ² =	0,07**	R ² ajustado=	0,06**
				R=	0,262**
3NTES (VD)		B	-	0,05	-
		β	-	0,16	-
		Sr²	-	0,03	-
Constante=	7,25	R ² =	0,03*	R ² ajustado=	0,02*
				R=	0,162*

*p<0,05 **p<0,01

Em relação às necessidades de treinamento em *Discussão geral sobre sexualidade* (fator 1 do NTES), o coeficiente de regressão múltipla R foi significativamente diferente de zero, $F(2, 217) = 7,35$, $p < 0,01$, com limites de confiança de 95%. As variáveis antecedentes que contribuíram significativamente para a explicação deste fator foram: Fator 1 do CAES (*Importância em abordar questões sexuais*) ($\beta = -0,19$) e Atendimento a adolescentes ($\beta = 0,17$). Agrupadas, as seis variáveis iniciais explicam 9% (6% ajustado) da variabilidade do fator 1 do NTES, enquanto as duas variáveis que contribuem significativamente com a explicação da variável critério explicam cerca de 3,5% da variabilidade total.

Em relação às necessidades de treinamento em *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade* (fator 2 do NTES), o coeficiente de regressão múltipla R foi significativamente diferente de zero, $F(1, 217) = 14,63$, $p < 0,01$, com limites de confiança de 95%. Apenas uma variável antecedente permaneceu no modelo como contribuição significativamente para a explicação deste fator: Fator 1 do CAES (*Importância em abordar questões sexuais*) ($\beta = -0,26$). Agrupadas, as seis variáveis iniciais explicam 11% (8% ajustado) da variabilidade do fator 2 do NTES, enquanto esta variável representa 2,6% da variabilidade total.

Em relação às necessidades de treinamento em *Exposição íntima do paciente* (fator 3 do NTES), o coeficiente de regressão múltipla R foi significativamente diferente de zero, $F(1, 217) = 5,39$, $p < 0,05$, o que indica que a variável antecedente “Tempo de hospital” ($\beta = 0,16$) explica os valores obtidos neste fator do instrumento. Agrupadas, as seis variáveis iniciais explicam 5% (2% ajustado) da variabilidade do fator 3 do NTES, enquanto esta variável contribui com a explicação de 1,6% da variabilidade total.

Em suma, os profissionais que obtiveram maiores necessidades de treinamento em *Discussão geral sobre sexualidade* foram aqueles com menor crença de *Importância em abordar questões sexuais* e que não atendem adolescentes. Os profissionais que obtiveram maiores necessidades de treinamento em *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade* foram aqueles com menor crença de *Importância em abordar questões sexuais*. Por fim, os profissionais que obtiveram maiores necessidades de treinamento em *Exposição íntima do paciente* foram aqueles com maior tempo de trabalho no hospital. Após a análise *stepwise*, um modelo de predição das Necessidades de Treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade pode ser descrito como na Figura 22.

Figura 22. Representação do modelo de regressão múltipla stepwise (Modelo Final com uso da variável “Atendimento a adolescentes”) para Necessidades de Treinamento como variável critério

A fim de testar se as variáveis correlacionadas citadas na Tabela 19 também fazem parte do modelo de predição final, os testes de regressão múltipla *stepwise* foram repetidos excluindo a variável em questão e substituindo por uma altamente correlacionada com ela, como pode ser visto na Tabela 46. Todos esses modelos foram testados separadamente em relação aos três fatores do instrumento NTES, produzindo, deste modo, mais cinco resultados de regressão para cada fator do instrumento de necessidade de treinamento.

Tabela 46

Variáveis testadas posteriormente em modelo de investigação múltipla *stepwise*

Variável original do modelo	Novos testes de regressão múltipla <i>stepwise</i>		
	Fator 1 do CAES	Fator 1 do CAES	Fator 1 do CAES
Tempo de Hospital	Fator 2 do CAES	Fator 2 do CAES	Fator 2 do CAES
	Classificação Econômica	Classificação Econômica	Classificação Econômica
	Idade	Tempo de profissão	Tempo na função
	Atendimento a adolescentes	Atendimento a adolescentes	Atendimento a adolescentes
	Fator 1 do CAES	Fator 1 do CAES	
	Fator 2 do CAES	Fator 2 do CAES	
Atendimento a adolescentes	Classificação Econômica	Classificação Econômica	
	Tempo de hospital	Tempo de hospital	
	Atendimento a bebês	Atendimento a crianças	

Em relação às variáveis “Idade”, “Tempo de profissão” e “Tempo de função”, nenhuma delas apareceu como preditora do modelo de investigação em nenhum dos três fatores do NTES. Dessa maneira, apenas o tempo em que o profissional trabalha na organização-alvo prediz necessidades de treinamento em *Exposição íntima do paciente*. Já as variáveis “Atendimento a bebês” e “Atendimento a crianças” apresentaram predição no modelo de necessidades de treinamento e por isso os resultados serão relatados nas Tabelas 47 e 48.

Tabela 47

Regressão múltipla *stepwise* para o Modelo B (incluindo variável “Atendimento a bebês”)

			Variável	1CAES	Thosp	Bebês
			B	-0,52	-	1,35
1NTES (VD)			β	-0,21	-	0,15
			Sr ²	0,04	-	0,02
Constante=	11,69	R ² = 0,06**	R ² ajustado=	0,05**		R= 0,250**
			B	-0,65	-	-
2NTES (VD)			β	-0,26	-	-
			Sr ²	0,07	-	-
Constante=	13,65	R ² = 0,07**	R ² ajustado=	0,06**		R= 0,262**
			B	-	0,05	-
3NTES (VD)			β	-	0,16	-
			Sr ²	-	0,03	-
Constante=	7,25	R ² = 0,03*	R ² ajustado=	0,02*		R= 0,162*

*p<0,05 **p<0,01

Em relação às necessidades de treinamento em *Discussão geral sobre sexualidade* (fator 1 do NTES), o coeficiente de regressão múltipla R foi significativamente diferente de zero, $F(2, 217) = 6,59$, $p < 0,01$, com limites de confiança de 95%. As variáveis antecedentes que contribuíram significativamente para a explicação deste fator foram: Fator 1 do CAES (*Importância em abordar questões sexuais*) ($\beta = -0,21$) e Atendimento a bebês ($\beta = 0,15$). As duas variáveis que contribuem significativamente com a explicação da variável critério explicam cerca de 3,5% da variabilidade total.

Em relação às necessidades de treinamento em *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade* (fator 2 do NTES) e em *Exposição íntima do paciente* (fator 3 do NTES), não houve mudanças no modelo de predição, nem nos coeficientes encontrados em relação à variável “Atendimento a adolescentes”.

Em suma, os profissionais que obtiveram maiores necessidades de treinamento em *Discussão geral sobre sexualidade* foram aqueles com menor *Importância em abordar questões sexuais* e que não atendem bebês. Os profissionais que obtiveram maiores necessidades de treinamento em *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade* foram aqueles com menor *Importância em abordar questões sexuais*. Por fim, os profissionais que obtiveram maiores necessidades de treinamento em *Exposição íntima do paciente* foram aqueles com maior tempo de trabalho no hospital. O modelo de predição pode ser descrito como na Figura 23.

Figura 23. Representação do modelo de regressão múltipla stepwise (Modelo Final com uso da variável “Atendimento a bebês”) para Necessidades de Treinamento como variável critério

A Tabela 48 mostra os resultados da regressão múltipla *stepwise*, utilizando a variável “Atendimento a crianças”.

Tabela 48

Regressão múltipla *stepwise* para o Modelo B (incluindo variável “Atendimento a crianças”)

			Variável	1CAES	Thosp	Crianç
			B	-0,49	-	1,25
1NTES (VD)			β	-0,20	-	0,14
			Sr²	0,04	-	0,02
Constante=	11,83	R ² = 0,06**	R ² ajustado=	0,05**		R= 0,246**
			B	-0,66	-	1,23
2NTES (VD)			β	-0,26	-	0,14
			Sr²	0,07	-	0,02
Constante=	11,70	R ² = 0,09**	R ² ajustado=	0,08**		R= 0,297**
			B	-	0,05	-
3NTES (VD)			β	-	0,16	-
			Sr²	-	0,03	-
Constante=	7,25	R ² = 0,03*	R ² ajustado=	0,02*		R= 0,162*

*p<0,05 **p<0,01

Em relação às necessidades de treinamento em *Discussão geral sobre sexualidade* (fator 1 do NTES), o coeficiente de regressão múltipla R foi significativamente diferente de zero, $F(2, 217) = 6,40$, $p<0,01$, com limites de confiança de 95%. As variáveis antecedentes que contribuíram significativamente para a explicação deste fator foram: Fator 1 do CAES (*Importância em abordar questões sexuais*) ($\beta = -0,20$) e Atendimento a crianças ($\beta = 0,14$). As duas variáveis que contribuem significativamente com a explicação da variável critério explicam cerca de 3,5% da variabilidade total.

Em relação às necessidades de treinamento em *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade* (fator 2 do NTES), o coeficiente de regressão múltipla R foi significativamente diferente de zero, $F(2, 217) = 9,54$, $p<0,01$, com limites de confiança de 95%. As variáveis antecedentes que contribuíram significativamente para a explicação deste fator foram: Fator 1 do CAES (*Importância em abordar questões sexuais*) ($\beta = -0,26$) e Atendimento a crianças ($\beta = 0,14$). As duas variáveis que contribuem significativamente com a explicação da variável critério explicam cerca de 3,5% da variabilidade total.

Em relação às necessidades de treinamento em *Exposição íntima do paciente* (fator 3 do NTES), não houve mudanças no modelo de predição, nem nos coeficientes encontrados em relação à variável “Atendimento a adolescentes”.

Em suma, os profissionais que obtiveram maiores necessidades de treinamento em *Discussão geral sobre sexualidade* foram aqueles com menor *Importância em abordar questões sexuais* e que não atendem crianças. Os profissionais que obtiveram maiores necessidades de treinamento em *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade* foram aqueles com menor *Importância em abordar questões sexuais* e que não atendem crianças. Por fim, os profissionais que obtiveram maiores necessidades de treinamento em *Exposição íntima do paciente* foram aqueles com maior tempo de trabalho no hospital. O modelo de predição pode ser descrito como na Figura 24.

Figura 24. Representação do modelo de regressão múltipla stepwise (Modelo Final com uso da variável “Atendimento a crianças”) para Necessidades de Treinamento como variável critério

Considerando todas as variáveis que interferem nas necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade, independente do peso que elas exercem, pode-se criar um resumo do modelo empírico obtido na presente pesquisa, conforme pode ser observado na Figura 25.

Figura 25. Representação do modelo final de predição das necessidades de treinamento do presente estudo

Na próxima seção, serão discutidos todos os resultados obtidos no Estudo 3. O texto será dividido didaticamente em: 1) análise descritiva e exploratória do instrumento NTES; 2) análise descritiva e exploratória do instrumento CAES; 3) Testagem do modelo de investigação.

7.3. DISCUSSÕES

Este estudo visou a encontrar evidências de validade estatística dos instrumentos construídos nos estudos 1 e 2 bem como realizar a análise do relacionamento das variáveis envolvidas neste estudo e descrita no Estudo 3. Antes de discutir especificamente sobre os resultados relacionados a esses objetivos, é importante refletir sobre questões relacionadas desde a coleta de dados.

Em relação à coleta de dados *online*, tão difundida na área da Psicologia Organizacional e do Trabalho, não foi possível realizá-la de maneira exclusiva devido ao seu baixo retorno. Deste modo cabe pensar sobre os fatores que podem contribuir para o grande número de desistência encontrada na coleta de dados *online*. Das 96 pessoas que visualizaram o questionário, 30% desistiram, ao ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE). Mais 42% aceitaram o TCLE e responderam a menos de seis perguntas, o que aumenta essa taxa de desistência no primeiro contato com a pesquisa para 72%.

De acordo com Günther (2003), quanto maior o questionário e a possibilidade de embaraço do respondente, maior a chance para desistência de participar durante o preenchimento. Esse autor faz uma orientação antes da construção dos questionários, para que essas características sejam evitadas. Porém, no caso da presente pesquisa, seria impossível evitar o embaraço visto que a temática da sexualidade é considerada privada (e embaraçosa) por muitos. Somado a isso, o grande número de questões utilizadas se relaciona com a proposta da pesquisa para analisar possíveis variáveis que interferem no modelo. Foram inclusas variáveis que indicavam alguma influência em pesquisas anteriores em relação à variável critério (avaliação das necessidades de treinamento). A desistência do preenchimento não foi vista tão claramente em relação a questionários impressos (não tem como saber se uma pessoa começou a preencher e interrompeu), porém ela pode ser inferida a partir dos envelopes perdidos que as pessoas levaram na intenção de preencher e não devolveram. Se os envelopes perdidos forem considerados como desistência, o número é, também, alto.

Essa discussão sobre as estratégias de coleta de dados utilizadas no presente estudo é de suma importância, visto que a literatura científica vem indicando muitas dificuldades encontradas em pesquisas realizadas a distância. Carswell e Venkatesh (2002) e Zerbini (2007) mencionam que participantes de pesquisas a distância pareceram ser mais sensíveis ao tamanho das escalas do que os presenciais, devido aos índices de retorno dos questionários apresentarem valores mais baixos do que os obtidos presencialmente. O mesmo foi verificado nesta pesquisa. Carswell e Venkatesh (2002) sugerem a redução de escalas em avaliações *online*. Deste modo, é importante pensar em como reduzir as escalas dos estudos sem perder o foco da essência do constructo e os parâmetros psicométricos dos instrumentos.

Os índices de retorno, obtidos na presente pesquisa, foram baixíssimos na versão *online* e um pouco melhores na versão impressa, porém nada que possa ser considerado bom. Quando comparada com amostras e procedimentos de coleta de dados em organizações de outra natureza, nota-se uma maior dificuldade de realizar pesquisas no ambiente hospitalar. É importante, dessa forma, discutir fatores que influenciam nesse baixo retorno, propor estratégias que facilitem o processo de pesquisa em organizações hospitalares, ou a distância ou presenciais, bem como formas de devolução desses resultados, de modo a beneficiar a prática através da pesquisa.

A seguir, são discutidos os resultados obtidos a partir da análise descritiva e exploratória do instrumento NTES.

7.3.1. Análise descritiva e exploratória do NTES

Um dos objetivos desta pesquisa foi construir e buscar evidências de validade empírica do instrumento de avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade (NTES). A construção e a validação do instrumento NTES, para avaliar as lacunas de competências de profissionais de enfermagem na área da sexualidade, justificam-se em função dos raros estudos que investigam esses aspectos no Brasil e no mundo. Conforme observado através da revisão de literatura, nenhuma escala para avaliação de necessidades de treinamento em sexualidade foi encontrada para a população brasileira.

No contexto internacional, há escalas que são utilizadas como norteadoras de ações educacionais em sexualidade, porém algumas delas foram construídas para uma população específica (idosos, lesados medulares, entre outros) e não para qualquer tipo de público (Kendall et al., 2003; White, 1982) ou instrumentos muito gerais que não foram construídos para o contexto organizacional e sim para avaliar crenças sobre sexualidade, fora do contexto de trabalho (Hudson et al., 1983). O instrumento voltado para a categoria da enfermagem sobre saúde sexual e que foi construído para levantamento das necessidades de treinamento é o LNAPSHC (*Learning Needs for Addressing Patients' Sexual Health Concerns*, $\alpha=0,97$) (Tsai et al., 2013). Apesar da alta consistência interna do instrumento, este apresenta duas limitações para ser utilizado no presente estudo: Ele foi desenvolvido através de necessidades de treinamento de estudantes do último ano de enfermagem (e que não necessariamente sabem das necessidades específicas existentes na prática e na rotina de trabalho) e apresenta itens heterogêneos para aferição das necessidades de treinamento (alguns representam áreas de conhecimento geral em sexualidade, outros são ações específicas do profissional neste contexto). Nesse aspecto, vale ressaltar as orientações de Ferreira et al. (2009) de que muitas vezes o diagnóstico focado nas lacunas que os indivíduos apresentam é pouco específico, de modo que o investimento em ações de TD&E pode estar sendo desperdiçado devido à falta de conhecimento de quais competências específicas as pessoas precisam de treinamento. Desse modo, a construção de um instrumento de aferição das necessidades de treinamento, a partir das competências ligadas à sexualidade na rotina de trabalho da enfermagem, mostra-se importante e original na literatura científica e prática profissional.

Em relação aos resultados obtidos, foram extraídos três fatores deste instrumento: 1) *Discussão geral sobre sexualidade* (13 itens, $\alpha=0,93$, cargas fatoriais entre 0,33 e 0,82): que avalia competências sobre discussões que são realizadas sobre temas gerais de sexualidade com o paciente, familiar ou equipe multidisciplinar; 2) *Prevenções e complicações clínicas na*

sexualidade (11 itens, $\alpha=0,92$, cargas fatoriais entre 0,40 e 0,80): avalia competências relacionadas à prevenção de gravidez, prevenção de DST e de como possíveis complicações clínicas podem interferir na sexualidade do paciente e 3) *Exposição íntima do paciente* (10 itens, $\alpha=0,82$, cargas fatoriais entre 0,36 e 0,77): mede lacunas de competências em atividades ligadas à exposição e toque do corpo do paciente e também à exposição de opções sexuais deste. Os índices de confiabilidade desta escala variaram de 0,82 a 0,93, o que caracteriza que a escala apresenta consistência interna. Além disso, as cargas fatoriais variaram de 0,33 a 0,82, indicando que, além de consistentes, as escalas são válidas.

O instrumento LNAPSHC (Tsai et al., 2013) também apresenta três fatores: 1) A sexualidade na saúde e na doença (6 itens); 2) Comunicação sobre relacionamentos íntimos do paciente (9 itens) e 3) Abordagens aos cuidados de saúde sexual (9 itens). Porém, assuntos relacionados à prevenção de gravidez e prevenção de DST (presentes no fator *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade* do NTES) não foram incluídos no LNAPSHC, pois, de acordo com os autores, são assuntos que já são ensinados aos enfermeiros, mesmo antes de entrar na universidade e, por isso, não representam necessidade de treinamento. Isso mostra a diferença clara entre o foco do NTES e do LNAPSHC.

Apesar de o instrumento KCAASS (*Knowledge, Comfort, Approach and Attitudes towards Sexuality Scale*), desenvolvido por Kendall et al. (2003), ter sido construído para a população específica de lesados medulares, é importante discutir sobre ele que, de acordo com os autores, é um instrumento para avaliação das necessidades de treinamento. Este questionário é dividido em Conhecimento ($\alpha=0,93$), Conforto ($\alpha=0,98$), Abordagem ($\alpha=0,80$) e Atitudes ($\alpha=0,83$). O primeiro grupo de itens apresenta as mesmas características do LNAPSHC (alguns mencionam áreas globais de conhecimento sobre sexualidade e outros definem atividades específicas dos profissionais). Já os demais grupos de itens são mais detalhados e homogêneos entre si.

No instrumento construído no presente estudo, o foco não é avaliar o conhecimento sobre um tema específico e sim a ação do profissional em relação ao tema. O profissional de enfermagem pode ter conhecimento sobre concepção e doenças sexualmente transmissíveis e mesmo assim apresentar dificuldades em orientar os pacientes nesta temática. Essa diferença entre ter o conhecimento e transferir para o ambiente de trabalho é relatada por pesquisadores nacionais e internacionais (Salas & Cannon-Bowers, 2001; Tannenbaum & Yukl, 1992; Zerbini & Abbad, 2010) e deve estruturar as ações educacionais, desde a fase de avaliação das necessidades de treinamento. O profissional responsável pela área de TD&E deve se questionar qual é a ação que o treinando precisa realizar em cada tema e por isso o instrumento baseado em lista de competências mostra-se uma estratégia eficiente neste contexto.

Outra contribuição desse estudo para o contexto de TD&E em saúde sexual é no uso do modelo APO (Análise do Papel Ocupacional), desenvolvido por Borges-Andrade e Lima (1983). Na metodologia utilizada para construir o LNAPSHC, os autores criaram uma lista de itens baseada em entrevistas semiestruturadas cuja tarefa era citar quais são as necessidades de treinamento que os estudantes apresentam na área da sexualidade. Aquilo que não foi citado como lacuna pelos participantes não foi incluído na escala. Os próprios autores (Tsai et al., 2013) referem esta metodologia como limitação para o estudo que foi conduzido. Por outro lado, na metodologia da APO, a lista de competências é baseada em todos os conhecimentos, habilidades e atitudes envolvidos na rotina de trabalho, independente de ser considerada uma necessidade de treinamento para o participante ou não. Dessa maneira, as possibilidades de atividades listadas aumentam, facilitando a generalização e o uso da escala construída em outros contextos.

Apesar de muitos estudos mencionarem a insegurança de profissionais da saúde, ao lidar com a temática da sexualidade e a necessidade de realizar capacitação profissional neste contexto (Cesnik & Santos, 2012a; Olsson et al., 2012; Quinn et al., 2011, 2013; Ressel & Gualda, 2002), as médias gerais dos itens de Necessidades de Treinamento apresentam valor de prioridade de treinamento abaixo do critério estipulado por Borges-Andrade e Lima (1983) que estipulam os valores superiores a 16, como sendo necessidades de ações educacionais de primeira grandeza. Vários aspectos podem ter interferido para este resultado, dentre eles a heterogeneidade da amostra que faz com que itens que são considerados necessidades de treinamento para parte da amostra não sejam considerados da mesma maneira por outra parcela dos participantes. Outro fator que vale a pena ressaltar é o uso de número ímpar de opções na escala *likert*. Günther (2003) defende que deixar um ponto médio neutro na escala pode ser prejudicial para os resultados, pois oferece ao respondente a opção de não se comprometer, podendo marcar um ponto neutro no meio de uma escala com número ímpar de alternativas. Observando as respostas da escala de domínio, mesmo os itens que apresentam menores médias têm como concentração de respostas o número 3 (ponto neutro da escala). Nota-se uma tendência geral de não avaliar o seu próprio domínio abaixo da média. É possível que resultados mais robustos sejam observados em uso do NTES com escala de 10 pontos (que não apresenta o ponto neutro e amplia as possibilidades de resposta).

Em relação à escala de importância, pode-se observar uma concentração de respostas no ponto máximo da escala, em todos os itens. Cabe nesse aspecto uma observação sobre a real importância de todos os itens para a maioria dos participantes. Sabe-se que cada departamento de um hospital terciário possui uma realidade diferente. Porém, esta diferença também se aplica para competências relacionadas à sexualidade? Novamente a solução

discutida no parágrafo anterior cabe como interessante neste caso. Será que com uma escala *likert* de 10 pontos existiria uma concentração tão grande no ponto máximo da escala? A hipótese é de que com uma maior possibilidade de respostas, haja também uma maior variabilidade, mais condizente possivelmente com a realidade heterogênea da amostra.

Os cinco itens com médias de necessidade de treinamento menores apresentam, em sua maioria, competências ligadas à exposição da intimidade do paciente (seja do corpo ou das opções sexuais) e todos fazem parte do fator 3 do NTES. Sehnem et al. (2013) explicam que historicamente o ensino da enfermagem se pautou na impessoalidade e assexualização do paciente, de modo a facilitar o ensino e a reprodução das técnicas de enfermagem. Desse modo, essas técnicas permitiriam a manipulação do corpo durante o cuidado, transformando o toque e a exposição íntima em um detalhe frio e repetitivo da técnica em si, concretizando a assexualização de quem cuida e de quem é cuidado. Esta postura histórica da categoria profissional pode explicar a baixa necessidade de treinamento percebida pelos profissionais participantes deste estudo nas competências citadas.

Essa hipótese pode explicar também a diferença encontrada entre as médias e desvios-padrões dos fatores do NTES. Os fatores 1 e 2 (*Discussão geral sobre sexualidade e Prevenções e complicações clínicas na sexualidade*) (média 11,19 e 10,18 | desvio-padrão 4,28 e 4,34 respectivamente) envolvem atividades de interações, orientações, discussões com pacientes, familiares e equipe multidisciplinar e que partem do pressuposto de que o paciente é sexualizado. Já os itens do fator 3 (*Exposição íntima do paciente*) (média 7,85 e desvio-padrão 2,73) envolvem competências como as descritas por Sehnem et al. (2013). Apesar da heterogeneidade da amostra, nota-se uma variabilidade de respostas bem menor em relação ao terceiro fator, indicando uma homogeneidade na categoria enfermagem como um todo.

Observando os cinco itens com maiores necessidades de treinamento apontadas, nota-se que todas apresentam atividades de esclarecimento e discussão sobre o tema da sexualidade, sendo que quatro delas envolvem outro ator diferente do paciente (parceiro, familiares, equipe multidisciplinar). Esses resultados indicam que a dificuldade maior dos profissionais de enfermagem engloba falar sobre sexualidade com outras pessoas no contexto hospitalar. Esse resultado corrobora aquele encontrado por Junqueira et al. (2013) que menciona que as enfermeiras participantes do seu estudo não encontraram, em sua prática profissional, condições específicas para promoverem a comunicação de temas relacionados à sexualidade, devido ao seu despreparo pessoal e técnico para abordar pacientes, familiares ou o casal, em assuntos dessa natureza. Elas relatam também que não conversam sobre essa temática com os demais membros da equipe de saúde, por se sentirem constrangidas.

Nos testes de diferença entre médias (ANOVA e *Testes t*), algumas variáveis mostraram diferenças significativas nas percepções. A participante do sexo feminino apresenta necessidade de treinamento maior que o do sexo masculino em relação à *Discussão geral sobre sexualidade*. Um estudo realizado na China (Zang, Chung, & Wong, 2009) mencionou que enfermeiras relataram mais dificuldade em discutir sobre sexualidade com pacientes do sexo oposto. Será que a dificuldade de discutir sobre sexualidade se refere apenas aos pacientes do sexo oposto ou inclui também familiares e membros da equipe de saúde do sexo oposto? Essa discussão se faz conveniente, pois o fator *Discussão geral sobre sexualidade* representa atividades que, em sua maioria, envolvem discussões sobre a temática da sexualidade com parceiro sexual, familiares e equipe de saúde. A diferença de gênero pode estar sendo um dos elementos que influencia na dificuldade desses itens para as mulheres.

A fim de enriquecer discussões sobre gênero dentro do contexto da atual pesquisa, foi realizada comparação entre as médias de cada item do instrumento de Necessidades de Treinamento, considerando o gênero do participante. O único item com diferença significativa onde a percepção de necessidade de treinamento é maior para o sexo masculino é o IPG12 (Orientar pacientes sobre higiene corporal e íntima). Em todos os outros itens, com diferença significativa entre gênero do profissional de enfermagem, a mulher apresenta maior necessidade de treinamento do que o homem. Dentre as competências listadas, nota-se que três delas envolvem a sexualização da relação terapeuta-paciente, principalmente situações que envolvem profissionais do sexo feminino e pacientes do sexo masculino, duas delas envolvem orientações que destacam competências que diferem pelo gênero do paciente e duas que representam atividades de discussão de questões de sexualidade do paciente com terceiros. Analisando o conjunto de competências, nota-se que carregam uma dificuldade em lidar com questões de gênero, principalmente do sexo oposto, exceto as duas últimas citadas. Esses resultados sugerem mais uma vez que pode existir uma dificuldade em discutir questões de sexualidade com familiares e equipe da parte das mulheres, devido a uma dificuldade em falar de questões sexuais com o sexo oposto. Há estudos que indicam desconforto de profissionais em lidar com questões de sexualidade com alguém do sexo oposto. (Gir, Coelho de Andrade, Hayashida, Morais Fernández, & Reis, 2003; Pupulim, & Sawada, 2005).

Por outro lado, em relação ao fator *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade*, a mulher apresenta menor necessidade de treinamento do que o homem. Uma das hipóteses que poderia ser levantada é a frequência de pessoas do sexo oposto que são atendidas nas atividades descritas neste fator. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (Ministério da Saúde, 2006), a maior taxa de contracepção do casal é realizada a partir de procedimentos realizados

pelas mulheres. Nesta pesquisa, para o total de mulheres vivendo em alguma forma de união, 81% delas usavam anticoncepcionais. Desse valor, 77% utilizavam métodos modernos e 4%, os tradicionais. A esterilização feminina manteve-se como o método mais frequentemente utilizado (29%), seguida pela pílula (25%) e pelo preservativo (12%). A vasectomia responde por 5% das práticas contraceptivas, seguida pelos hormônios injetáveis (4%). O DIU, entretanto, permanece com baixo patamar de uso (2%). Dessa forma, apesar de itens como “Explicar ao paciente sobre métodos anticoncepcionais existentes e procedimentos de utilização” não especificar gênero, a alta frequência de mulheres envolvidas nesta atividade em detrimento dos homens pode ter influenciado nas respostas do instrumento e pode indicar também uma dificuldade dos homens em falar sobre sexualidade com alguém do sexo oposto.

Vale ressaltar que existem departamentos dentro da organização-alvo em que é possível dividir a equipe, de modo que os profissionais homens realizam os cuidados íntimos e de procedimentos de exposição apenas com pacientes homens. O mesmo ocorre com profissionais e pacientes mulheres. Contudo, há departamentos em que essa divisão não ocorre. Este é um dado que não foi coletado na presente pesquisa e que possivelmente ajudaria a complementar essa discussão. Pesquisas indicam que procedimentos técnicos que envolvem a manipulação dos genitais do sexo oposto podem gerar maior constrangimento aos profissionais e acadêmicos de enfermagem (Ceroni et al., 2015; R.C.D. Lima & Brêtas, 2006) e por isso esta questão precisa ser mais bem explorada.

Em relação às formações realizadas, há diferenças significantes entre as médias apenas no parâmetro “especialização na área da enfermagem”. Aqueles que realizaram essa formação apresentam menor necessidade de treinamento em *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade* do que os respondentes que não realizaram. Este fator do instrumento trata sobre questões que envolvem orientações ao paciente sobre prevenção de DST, concepção e influências da doença e do tratamento na sua vida sexual. Apesar do relatado por pesquisas (Junqueira et al., 2013; Tsai et al., 2013) sobre os assuntos relativos à DST e à contracepção serem considerados pelos enfermeiros como pertencentes ao âmbito de atuação profissional, o presente estudo sugere que as necessidades de treinamento são menores apenas para quem realizou especialização na área da enfermagem, o que corresponde a apenas 30% da amostra deste estudo, sugerindo que a graduação de enfermagem é insuficiente para preparar os profissionais de enfermagem para as questões referentes a essa temática na rotina de trabalho.

Esses achados corroboram o estudo realizado por Alencar et al. (2010) sobre o levantamento de que temas de sexualidade são oferecidos na graduação de enfermagem. Apesar de 88,1% dos alunos entrevistados relatarem ter obtido conhecimento suficiente sobre DST antes de ingressarem

na faculdade, metade dos alunos do último ano achou insuficiente o conteúdo obtido na faculdade sobre o assunto, e a mesma quantia relatou se sentir despreparado para trabalharem com a temática da sexualidade e DST, ao se formarem. Nesse sentido, é importante novamente questionar sobre a diferença entre ter conhecimento teórico sobre o assunto e ser capaz de transferir para o ambiente de trabalho na prática (Salas & Cannon-Bowers, 2001; Tannenbaum & Yukl, 1992; Zerbini & Abbad, 2010). Se mesmo com conhecimento suficiente sobre a temática existe um despreparo para lidar com essas questões, que tipo de variável interfere de maneira mais robusta no desempenho dos profissionais de enfermagem para lidar com questões de sexualidade? Que tipo de qualificação profissional é necessária para criar profissionais de enfermagem (e de saúde em geral) a lidar com questões de sexualidade do paciente?

Outra diferença de média dos fatores do NTES encontrada foi referente à população atendida pelos profissionais participantes deste estudo. Em geral, houve menor necessidade de treinamento nos fatores *Discussão geral sobre sexualidade* e *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade* para os profissionais que atendem bebês, crianças e adolescentes. Esta diferença parece ser intuitiva, visto que esses itens representam atividades sobre discussão e orientação sobre a vida sexual geral, DST, e contracepção e que não são assuntos normalmente falados com essa população. A questão que precisa ser feita é: Esses assuntos deveriam ser discutidos com crianças e adolescentes? Foi realizada uma Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (Oliveira-Campos, Giatti, Malta, & Barreto, 2013) que avaliou o comportamento sexual de 60.973 adolescentes e demonstrou que cerca de 25% deles tiveram relação sexual, a maioria com 13 anos ou menos, e cerca de 20% não usaram proteção na última relação sexual. As autoras Lara e Abdo (2015) argumentam sobre aspectos e fatores da iniciação sexual precoce e apontam que as principais implicações do início da vida sexual precocemente são o maior risco de relações sexuais desprotegidas e uso inconsistente de métodos anticoncepcionais e, como consequência, aumento da incidência de gravidez não planejada e DSTs, além do risco de arrependimento seguido de ideação suicida. Dessa maneira esse é um assunto que, por envolver risco de saúde, envolve a equipe de enfermagem. O que precisa ser discutido é que apesar de dados que comprovem a iniciação sexual precoce, há ainda um receio de abordar assuntos sexuais com crianças e adolescentes. Ter esse cuidado pode prevenir muitas DSTs e gravidez precoce de ocorrerem. Vale ressaltar que no terceiro fator, que versa sobre questões de postura do profissional na exposição íntima do paciente, não há diferença significativa, pois esta é uma questão que, independente da idade do paciente, acontece da mesma maneira.

Apesar de o Conselho Federal de Enfermagem (1986) e Classificação Brasileira de Ocupações - CBO (Ministério do Trabalho e Emprego, 2014) relatarem sobre a diferença entre as

competências dos profissionais de nível superior e técnico, não foi encontrada diferença significativa entre a importância das competências avaliadas por profissionais do nível técnico e do nível superior neste estudo. Esse resultado sugere que as competências listadas pertencem à categoria da enfermagem como um todo, e não apenas a um dos cargos. Por outro lado, esses achados devem ser avaliados com cautela, pois nota-se que houve uma tendência de os participantes pontuarem com nota máxima de importância todas as competências. É possível que as instruções relacionadas à avaliação da escala de importância não estejam claras o suficiente para discriminar a pontuação real da importância daquela competência para a função atual do profissional. Assim, é importante que nova validação semântica seja realizada com a população-alvo do estudo para perguntar o que eles entenderam do enunciado do questionário autoaplicável e, se necessário, promover mudança para adequação. Além disso, outra estratégia que pode ser utilizada é aumentar a escala *likert* para 10 pontos, a fim de aumentar a variabilidade de respostas possíveis e deixar o instrumento mais sensível para diferenças de importância que podem surgir no contexto de trabalho.

Por fim, a escala de avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade (NTES) mostrou-se psicometricamente confiável e válida. Em estudos futuros, entretanto, esse instrumento deverá ser aplicado em outras amostras e em diferentes contextos para a realização de análises fatoriais confirmatórias.

A seguir, são discutidos os resultados obtidos a partir da análise descritiva e exploratória do instrumento CAES.

7.3.2. Análise descritiva e exploratória do CAES

Um dos objetivos desta pesquisa foi adaptar e buscar evidências de validade empírica da versão brasileira do instrumento *Sexuality Attitudes and Beliefs Survey* (SABS) que se propõe a avaliar crenças e atitudes de profissionais de enfermagem frente à sexualidade. Esta escala foi originalmente desenvolvida por Reynolds e Magnan (2005) com enfermeiros, produzindo um *alpha* de *Cronbach* de 0,75 e 0,82, em duas administrações separadas. O *alpha* de *Cronbach* produzido no presente estudo para a versão brasileira do SABS é de 0,85 e 0,72 (fator 1 e 2 respectivamente). Versões deste mesmo instrumento foram adaptadas e avaliadas em outros países (Portugal, Suíça, Turquia, Coreia), produzindo parâmetros de consistência interna média parecida, conforme pode ser visto na Tabela 49.

Tabela 49

Características das outras versões do SABS

Autor e ano	Objetivo	Amostra	Procedimentos de construção dos itens	Escala	Fidedignidade	Estabilidade temporal	Validade
Reynolds e Magnan (2005)	Construção do SABS	35 enfermeiros	Grupo focal com enfermeiros e análise da literatura científica.	12 itens, escala <i>likert</i> de 6 pontos	Escala unidimensional: Alpha de Cronbach de 0,75 e 0,82 (teste e reteste)	A correlação entre teste e reteste foi de 0,84.	Correlação significativa com a escala de atitudes SKAT ($r = -0,37$, $P < 0,05$) e correlação significativa com a subescala "sexual myths" da escala de atitudes do SKAT ($r = -0,43$, $P < 0,01$).
Ayhan et al. (2010)	Adaptação da versão do SABS (Turquia)	125 estudantes da escola militar de enfermagem	Tradução e retrotradução	12 itens, escala <i>likert</i> de 6 pontos	Escala unidimensional: Alpha de Cronbach de 0,73 (teste e reteste)	A correlação entre teste e reteste foi de 0,90.	Não menciona.
Saunamäki et al. (2010)	Adaptação da versão do SABS (Suíça)	88 enfermeiros	Tradução e retrotradução	12 itens, escala <i>likert</i> de 6 pontos	Não menciona.	Não menciona.	Não menciona.
H.W. Kim et al. (2012)	Adaptação da versão do SABS (Coreia)	567 enfermeiros	Tradução e retrotradução	10 itens, escala <i>likert</i> de 6 pontos	Escala multidimensional: Alpha de Cronbach de 0,59, 0,70 e 0,73 (fatores)	Não menciona.	Análise fatorial confirmatória separando os itens em 3 fatores. Correlações entre fatores: 1 e 2 (0,24); 1 e 3 (0,31); 2 e 3 (0,13).
Dias e Sim-Sim (2015)	Adaptação da versão do SABS (Portugal)	49 estudantes de enfermagem	Tradução, retrotradução e validação por juízes	11 itens, escala <i>likert</i> de 6 pontos	Escala unidimensional: Alpha de Cronbach de 0,72 e 0,80 (teste e reteste) e coeficiente de bipartição (<i>split-half</i>) de 0,83.	A correlação entre teste e reteste foi de 0,38.	Não menciona.
Cesnik-Geest (2016) (presente estudo)	Adaptação da versão do SABS (Brasil)	217 profissionais de enfermagem (nível técnico e superior)	Tradução, validação semântica e validação por juízes	12 itens, escala <i>likert</i> de 10 pontos	Escala multidimensional: Alpha de Cronbach de 0,72 e 0,85 (fatores)	Não foi realizado.	Análise fatorial confirmatória separando os itens em 2 fatores. Correlações entre fatores: -0,05.

O instrumento SABS foi considerado pelos seus desenvolvedores (Reynolds & Magnan, 2005) como unidimensional e por isso seu resultado final é a soma da pontuação dos itens (invertendo o valor de sete itens, conforme orientação). Valores mais altos indicariam mais barreiras para incorporar a avaliação/aconselhamento da sexualidade humana, na prática de enfermagem. A versão original do SABS e as versões da Turquia e da Suíça não mencionam ou questionam a questão da unidimensionalidade do instrumento. Porém, no estudo realizado para a população portuguesa (Dias & Sim-Sim, 2015), as autoras discutem a possibilidade de haver mais de um constructo a partir do cálculo do coeficiente de bipartição do instrumento e ressaltam a importância de estudos que aferissem esse atributo do SABS. Apenas um estudo internacional testou a presença de mais de uma dimensão nesta escala e encontrou três fatores distintos, utilizando 10 itens da escala (H.W. Kim et al., 2012). No presente estudo, a unidimensionalidade do SABS também foi questionada, visto que após análise fatorial encontraram-se dois fatores com correlação tendendo a zero (correlação de -0,05). Esses achados são importantes, pois o instrumento é amplamente utilizado na literatura internacional, e seus resultados são usados para validar outros instrumentos, como é o caso do estudo realizado por S. Kim, Kang e Kim (2011) para construção do SHCS-A *Sexual Health Care Scale-Attitude*. Desse modo, a sugestão é que na ocasião do uso desta escala, esta seja constantemente reavaliada quanto a sua dimensionalidade e consistência interna. Esta ressalva vale para todos os instrumentos utilizados, pois desta maneira estarão sendo testados e validados para diversas populações.

No entanto, pesquisas sugerem que um mesmo constructo pode extrair mais de um fator na análise fatorial, quando utiliza uma mescla de itens positivos e itens negativos (Gouveia et al., 2012; Spector, Van Katwyk, Brannick, & Chen, 1997). Os autores citados mencionam que os padrões estudados podem não corresponder a construtos diferentes, porém, produzem mais de um fator provavelmente, por causa de como os itens foram redigidos, quando mudam em relação à direção ou extremidade. As justificativas para esse fenômeno são a dificuldade de os respondentes processarem itens escritos de maneira inversa ou falta de atenção ao responder, não notando que a escala de resposta mudou. Esses achados apontam para a importância da composição de escrita de cada item, a fim de evitar estruturas linguísticas muito variadas, como é o caso do SABS. Pode-se perceber que, além da diferença na direção das respostas, há também uma mudança na extremidade das afirmativas, de modo que as respostas do fator 2 (*Evitação em abordar questões sexuais*) foram escritas de maneira mais extrema que as do fator 1 (*Importância em abordar questões sexuais*). Sugere-se, dessa

maneira, evitar heterogeneidade demasiada na construção dos itens dos instrumentos, para que a divisão de constructos da escala seja correspondente com a intenção do instrumento.

Em relação à correlação entre os itens, importante pontuar que outros estudos que utilizaram o SABS mencionaram baixa correlação interitem, assim como no presente estudo. Estudo realizado utilizando a versão original do SABS, em amostra de enfermeiros (Magnan et al., 2005), apresentou apenas quatro correlações maiores que 0,4, e estudo realizado na versão da Suíça (Saunamäki et al., 2010) mencionou apenas seis. As autoras da versão portuguesa (Dias & Sim-Sim, 2015) discutem a importância das correlações interitem e item-total, visto que, quanto maiores forem essas correlações, maior é a homogeneidade dos itens e a consistência com que se mede a mesma dimensão ou constructo teórico. Esta seria mais uma evidência de que o instrumento SABS, da forma como ele foi estruturado, não é unidimensional.

Esses resultados indicam também a importância de serem realizados vários testes de fiabilidade de uma escala e não apenas o cálculo da consistência interna. Maroco e Garcia-Marques (2013) discutem sobre esse aspecto, pontuando que a medida da consistência interna do instrumento não diz nada sobre sua dimensionalidade, ou seja, a escala pode representar diversos constructos, mesmo assim apresentar um nível de consistência interna elevado. Pasquali (2009) nesse ano ressalta que os dois parâmetros mais importantes de legitimidade de um instrumento são a validade e a precisão. A fidedignidade ou a precisão de um teste diz respeito à capacidade de medir sem erros, e dentre as várias técnicas do coeficiente alfa existentes para realizar essa mensuração, o mais conhecido é o *alfa de Cronbach*. Já a validade diz respeito à legitimidade da representação dos construtos, ou seja, se o instrumento mede aquilo que ele se propôs a medir. A verificação da hipótese de validade se faz por análises do tipo da análise fatorial (confirmatória) que procura identificar, nos dados empíricos, os construtos previamente operacionalizados no instrumento ou ainda por meio de comparação do desempenho do teste a ser estudado com outro que representa o mesmo constructo.

Em relação à análise fatorial realizada no presente estudo, os dois fatores extraídos explicam 51,22% da variância total das respostas aos itens do instrumento. O fator 1, denominado “*Importância em abordar questões sexuais*”, é composto por oito itens que avaliam afirmativas que incentivam os profissionais de enfermagem a tomarem iniciativa de falar sobre sexualidade, ou com o paciente ou com a equipe multidisciplinar. Este fator apresentou um bom índice de consistência interna ($\alpha=0,85$), com itens cujas cargas fatoriais variaram entre 0,45 e 0,83. O fator 2, “*Evitação em abordar questões sexuais*”, é composto

por quatro itens, avalia afirmações que revelam uma crença que incentiva a não interação do profissional com o paciente, no assunto da sexualidade. Este fator apresentou um índice de confiabilidade de 0,72 e itens com cargas fatoriais variando entre 0,51 e 0,83. Durante esse processo, o item “*Eu fico desconfortável ao falar sobre questões relacionadas à sexualidade do paciente*” foi excluído por apresentar baixa comunalidade e carga fatorial abaixo de 0,3, nos dois fatores extraídos.

Assim como no presente estudo, a pesquisa realizada na versão portuguesa (Dias & Sim-Sim, 2015) também excluiu o item “*Eu fico desconfortável ao falar sobre questões relacionadas à sexualidade do paciente*” por apresentar baixa correlação interitem com os demais. Esse fenômeno pode ter ocorrido por se tratar do único item estruturado de maneira negativa (uso da palavra “desconfortável”), corroborando os argumentos de Pasquali (1998) e de Schmitt e Stults (1985) de que frases negativas normalmente são mais confusas que as positivas, causando dificuldade de os respondentes processarem cognitivamente itens escritos de maneira inversa. De acordo com Schmitt e Stults (1985), essa falha introduz variação que não está associada ao construto, sendo de caráter exclusivo dos itens negativos, uma vez que afeta a medida em parte, diferentemente do erro randômico de mensuração que atinge toda a sua extensão. Esse aumento de variância foi visto no presente estudo não apenas em relação ao item 5 que foi excluído, mas também em relação a todos os outros itens cujo conteúdo pode ser considerado negativo (*Evitação em abordar questões sexuais*) e corrobora o estudo realizado por Gouveia et al. (2012) que relata maior desvio-padrão nos itens negativos.

Nos testes de diferença entre médias (ANOVA e *Testes t*), algumas variáveis mostraram diferenças significativas nas percepções. A escolaridade do participante do estudo apresentou diferença apenas no fator 2 do CAES. O grupo de participantes com pós-graduação completa apresenta menos crenças de *Evitação em abordar questões sexuais* que aqueles com ensino médio completo ($p=0,02$). Esta diferença indica que um maior nível de escolaridade está correlacionado com menos crenças extremas e de desvalorização da abordagem da sexualidade, no contexto hospitalar. Esses achados corroboram o nível de análise baseada em cargos que mostra que profissionais que atuam como enfermeiro (enfermeiro, enfermeiro-chefe e encarregado do turno) apresentam menos crenças de *Evitação em abordar questões sexuais* e mais crenças de *Importância em abordar questões sexuais*, quando comparados aos profissionais que exercem cargos do nível técnico. Esta diferença surge devido à possível formação a mais que o enfermeiro ou o profissional com pós-graduação completa apresentam ou devido às diferentes atividades a que esses profissionais estão submetidos?

Para explicar melhor esta questão, é importante pontuar alguns fatos. Por um lado, o Conselho Federal de Enfermagem (1986) e a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO (Ministério do Trabalho e Emprego, 2014) descrevem os profissionais de nível superior como tendo atividades de maior complexidade e por isso receberam mais tempo de qualificação e responsabilidade. Entretanto, o profissional técnico na área da enfermagem é aquele que mantém contato mais frequente com o paciente, principalmente em momentos de intimidade, como banho, higienização de áreas íntimas, entre outros procedimentos de exposição do usuário. Desse modo, quando o profissional responde à versão brasileira do SABS, contendo termos como “sexualidade” e “preocupações sexuais”, é da mesma sexualidade que os profissionais estão falando? É possível que as respostas estejam correlacionadas ao nível de exposição íntima que o profissional tem em sua rotina de trabalho.

Um profissional sem o contato com a nudez do paciente na sua rotina (só com competências de orientação verbal sobre o assunto) provavelmente vai responder com menor concordância à afirmativa “*Sexualidade é uma questão muito privada para ser discutida com os pacientes*”. Todavia, profissionais que estão expostos à ereção do paciente do sexo oposto e às tentativas de assédio sexual vão tender a evitar essas situações e por isso responderão à mesma questão de maneira diferente. Essa discussão se faz necessária para que as ações educacionais na área da sexualidade levem em consideração o nível de exposição do profissional a questões de sexualidade mais leves ou mais constrangedoras. Aqueles que são submetidos a uma rotina de atividades constrangedoras ligadas à sexualidade, possivelmente irão desenvolver crenças e atitudes mais extremadas contra essas questões. Assim, a diferença de médias encontrada entre cargos e níveis de escolaridade em relação aos fatores do CAES não reflete necessariamente o tempo de estudo a mais ou os conteúdos aprendidos e sim ao nível de constrangimento a que os profissionais são expostos em sua rotina. É possível que ambos os motivos (nível de constrangimento e mais treinamento) influenciem na diferença de média encontrada. Esta hipótese, porém, só poderá ser afirmada após pesquisas envolvendo o nível de constrangimento das competências mais frequentemente utilizadas na rotina de trabalho bem como o conforto e desconforto do profissional frente a essas atividades.

Em relação ao estado civil, o grupo de participantes solteiros apresenta menos crenças de *Evitação em abordar questões sexuais* que aqueles que são casados ($p=0,011$) e viúvos ($p=0,050$). O estado conjugal se confirmou como aspecto importante do contexto de crenças e atitudes sobre sexualidade, em estudo realizado com 5.040 entrevistados da população brasileira (Paiva, Aranha, Bastos, & Grupo de Estudos em População, 2008). Nesse estudo, solteiros e separados tenderam a valorizar mais o prazer e o sexo como necessidade física do

que vinculado à representação amorosa dos outros estados conjugais. Esses achados indicam que, em população geral não necessariamente vinculada à saúde ou enfermagem, as crenças e atitudes sobre sexualidade diferem quanto ao estado civil. Dessa maneira é importante levantar questões sobre como especificamente estas crenças influenciam a atuação profissional e se é necessário variar as formas de abordar a sexualidade em ações educacionais devido a essa diferença.

Um resultado significativo e que apresenta alta correlação das variáveis é sobre o tempo de trabalho na organização e tempo na função. Por ser um hospital-escola vinculado ao setor público, a contratação de profissionais ocorre via concurso público. Existe possibilidade de mobilidade na função após a entrada na organização-alvo, porém, pequena. Não há menção de plano de carreira, ou seja, o funcionário tende a entrar na organização e permanecer na mesma função. Participantes deste estudo que trabalham na mesma função há mais 14 anos ou trabalham na organização há mais de 16 anos apresentam mais crenças de *Evitação em abordar questões sexuais* que aqueles com menor tempo de função e de organização. Quanto mais experiente, neste caso, menos valoriza a abordagem de sexualidade no contexto hospitalar. Este resultado pode estar associado à falta de atualização profissional, visto que a temática da sexualidade está sendo adicionada aos currículos de enfermagem com maior amplitude de conteúdo recentemente, o que faz com que profissionais com mais experiência não tenham recebido treinamentos que despertassem para a importância ou eficiência de serem abordadas questões de sexualidade com o paciente. Esta hipótese é corroborada por um estudo realizado em Portugal (Brás et al., 2009) com 1.735 enfermeiros e que relata que Universidades particulares incluíram recentemente em seus currículos disciplinas relacionadas à sexualidade, de modo que os profissionais mais jovens e com menor tempo de profissão têm maior acesso a esse tipo de formação que os mais velhos e com mais tempo de experiência.

Observando os quatro itens com maior média de concordância entre os participantes, nota-se que todos eles fazem parte do primeiro fator da versão brasileira do SABS e são eles: CAES3-Dar abertura para o paciente falar sobre questões de sexualidade é também uma responsabilidade dos profissionais de enfermagem ($M=6,83$, $DP=2,87$); CAES8-Eu entendo como as doenças do meu paciente e seus tratamentos podem afetar a sua sexualidade ($M=6,48$, $DP=2,87$); CAES1-Falar com os pacientes sobre suas questões de sexualidade é essencial para a saúde deles ($M=6,44$, $DP=2,81$) e CAES2-Discutir com a equipe profissional sobre questões de sexualidade dos pacientes é essencial para a saúde deles ($M=6,12$, $DP=2,86$). Pode-se notar que as médias mais elevadas de uma escala de 1 a 10 foram menores

que 7, o que mostra uma concordância máxima não elevada em relação a todos os itens do instrumento.

Em contrapartida os itens menos pontuados se dividem em ambos os fatores do instrumento: CAES4-Eu fico mais confortável falando com os pacientes sobre suas questões de sexualidade do que a maioria dos profissionais de enfermagem com quem trabalho ($M=4,79$, $DP=2,88$); CAES11-Sexualidade é uma questão muito privada para ser discutida com os pacientes ($M=4,68$, $DP=2,90$); CAES10-Os pacientes esperam que os profissionais de enfermagem perguntem sobre suas preocupações sexuais ($M=4,00$, $DP=2,63$) e CAES7-Eu reservo um tempo no horário de trabalho para discutir questões de sexualidade com os meus pacientes ($M=2,59$, $DP=2,21$). A menor média encontrada não se refere a uma crença e sim a uma atividade que, no caso desta pesquisa, não é realizada pela maioria dos profissionais, independente do restante das variáveis. Isso indica que mesmo acreditando que a questão da sexualidade é importante de ser considerada na atuação, existe uma dificuldade em reservar um tempo específico para esta questão.

Um questionamento importante de ser realizado é se reservar esse tempo é uma variável que diz respeito a crenças e atitudes do profissional ou se pode ser considerada condições de trabalho. Relatos de profissionais de enfermagem de diversas áreas bem como pesquisas indicam a realidade das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem como sobrecarga e acúmulo de atividades, em diversos contextos (Daud-Gallotti et al., 2012; Montanholi, Tavares, & Oliveira, 2006; Rech & de Lima Trindade, 2015; Wisniewski, Gróss, & Bittencourt, 2014), muitas vezes comprometendo a qualidade do serviço básico prestado. Dessa maneira, a sexualidade torna-se uma necessidade secundária diante das necessidades básicas de salvar a vida de alguém. Esta discussão se faz necessária, visto que problemas relacionados a condições de trabalho não se constituem em necessidades de treinamento, de forma que precisam ser analisados para visar a outras soluções (Meneses & Zerbini, 2009).

Os resultados descritivos também podem ser comparados aos encontrados em cinco pesquisas realizadas com o SABS, em outros países. A Tabela 50 mostra os itens com maiores e menores médias obtidas nos estudos realizados. Pode-se considerar que os resultados encontrados são semelhantes apenas com o estudo suíço realizado por Saunamäki et al. (2010) com enfermeiros. Tanto os itens de maior média quanto os itens de menor média são os mesmos da amostra referida. Por outro lado, em todos os outros estudos realizados, os mesmos itens que foram pouco pontuados no presente estudo (Eu fico mais confortável falando com os pacientes sobre suas questões de sexualidade do que a maioria dos profissionais de enfermagem com quem trabalho; Os pacientes esperam que os profissionais

de enfermagem perguntem sobre suas preocupações sexuais; Eu reservo um tempo no horário de trabalho para discutir questões de sexualidade com os meus pacientes), aparecem como aqueles que receberam maior concordância com os demais (Ayhan et al., 2010; Dias & Sim-Sim, 2015; Julien, Thom, & Kline, 2010; Magnan et al., 2005). O mesmo pode ser visto inversamente, em menor proporção. Sublinhados, na Tabela 50, estão os itens que estão alocados no grupo inverso daqueles encontrados no presente estudo. Apenas um item não se mostrou invertido entre os estudos (Sexualidade é uma questão muito privada para ser discutida com os pacientes) que foi um dos menos pontuados em todos os estudos citados com exceção de um (Ayhan et al., 2010).

Tabela 50

Resultados descritivos de pesquisas utilizando SABS

Autor e ano	Amostra	Itens com maiores médias	Itens com menores médias
Magnan et al. (2005)	148 enfermeiros	<u>1. Patients expect nurses to ask about their sexual concerns</u> <u>2. I make time to discuss sexual concerns with my patients</u> <u>3. I am more comfortable talking about sexual issues with my patients than are most of the nurses I work with</u> 4. I feel confident in my ability to address patients' sexual concerns	-4. <u>Giving a patient permission to talk about sexual concerns is a nursing responsibility</u> -3. Hospitalized patients are too sick to be interested in sexuality -2. Sexuality is too private an issue to discuss with patients -1. <u>I understand how my patients' diseases and treatments might affect their sexuality</u>
Ayhan et al. (2010)	125 estudantes da escola militar de enfermagem	<u>1. I make time to discuss sexual concerns with my patients</u> <u>2. I am more comfortable talking about sexual issues with my patients than are most of the nurses I work with</u> <u>3. Patients expect nurses to ask about their sexual concerns</u> 4. I feel confident in my ability to address patients' sexual concerns	-4. <u>Giving a patient permission to talk about sexual concerns is a nursing responsibility</u> -3. Whenever patients ask me a sexually-related question, I advise them to discuss the matter with their physician -2. Sexuality should be discussed only if initiated by the patient -1. <u>Discussing sexuality is essential to patient's health outcomes</u>
Saunamäki et al. (2010)	88 enfermeiros	1. I understand how my patients' diseases and treatments might affect their sexuality 2. Giving a patient permission to talk about sexual concerns is a nursing responsibility 3. Discussing sexuality is essential to patient's health outcomes 4. Sexuality should be discussed only if initiated by the patient	-4. I make time to discuss sexual concerns with my patients -3. I am more comfortable talking about sexual issues with my patients than are most of the nurses I work with -2. Sexuality is too private an issue to discuss with patients -1. Patients expect nurses to ask about their sexual concerns
Julien et al. (2010)	576 enfermeiros	<u>1. Patients expect nurses to ask about their sexual concerns</u> <u>2. I make time to discuss sexual concerns with my patients</u> <u>3. I am more comfortable than most nurses I work with in talking about sexual issues with my patients</u> 4. I am uncomfortable talking about sexual issues	-4. When patients ask me a sexually related question, I advise them to discuss the matter with their physician -3. <u>Giving a patient permission to talk about sexual concerns is a nursing responsibility</u> -2. <u>I understand how my patients' diseases and treatments might affect their sexuality</u> -1. Sexuality is too private an issue to discuss with patients

Continua

Tabela 50. Conclusão.

Autor e ano	Amostra	Itens com maiores médias	Itens com menores médias
Dias e Sim-Sim (2015)	49 estudantes de enfermagem	<u>1. Estou mais à vontade para falar com os meus doentes sobre assuntos sexuais do que a maioria dos enfermeiros com quem trabalho</u> <u>2. Os doentes esperam que os enfermeiros os questionem sobre as suas preocupações sexuais</u> <u>3. Eu arranjo tempo para discutir com os meus doentes as suas preocupações sexuais</u> 4. Confio na minha capacidade para abordar com os doentes as suas preocupações sexuais	-4. Sempre que os doentes me fazem uma pergunta relacionada com a sexualidade, aconselho-os a discutir o assunto com o seu médico -3. <u>Compreendo como as doenças e os tratamentos dos meus doentes podem afetar a sua sexualidade</u> -2. <u>Permitir que um doente fale sobre as suas preocupações sexuais é uma responsabilidade de enfermagem</u> -1. A sexualidade é um assunto demasiado privado para discutir com os doentes
Cesnik-Geest e Zerbini (2016) (presente estudo)	217 profissionais de enfermagem (nível técnico e superior)	1. Dar abertura para o paciente falar sobre questões de sexualidade é também uma responsabilidade dos profissionais de enfermagem 2. Eu entendo como as doenças do meu paciente e seus tratamentos podem afetar a sua sexualidade 3. Falar com os pacientes sobre suas questões de sexualidade é essencial para a saúde deles 4. Discutir com a equipe profissional sobre questões de sexualidade dos pacientes é essencial para a saúde deles	-4. Eu fico mais confortável falando com os pacientes sobre suas questões de sexualidade do que a maioria dos profissionais de enfermagem com quem trabalho -3. Sexualidade é uma questão muito privada para ser discutida com os pacientes -2. Os pacientes esperam que os profissionais de enfermagem perguntem sobre suas preocupações sexuais -1. Eu reservo um tempo no horário de trabalho para discutir questões de sexualidade com os meus pacientes

Por fim, a versão brasileira do instrumento *Sexuality Attitudes and Beliefs Survey* (SABS) mostrou-se psicometricamente confiável e válida, quando dividida em dois constructos diferentes. No entanto, sugere-se testar os itens reescritos para que novos parâmetros de validação e confiabilidade sejam encontrados e, caso indiquem melhoria, esta nova versão do SABS poderá ser utilizada nas pesquisas sobre crenças e atitudes na enfermagem no Brasil. Independentemente da versão utilizada, é importante que, em estudos futuros, esse instrumento seja aplicado em outras amostras e em diferentes contextos para encontrar maiores evidências de validade.

A seguir, são discutidos os resultados obtidos a partir da análise de testagem do modelo de investigação.

7.3.3. Testagem do modelo de investigação

O objetivo geral desta fase do estudo foi alcançado: propor e testar um modelo de avaliação de necessidades de treinamento, para identificar variáveis preditoras das lacunas de competência relacionadas às características da clientela (dados demográficos e funcionais) e às crenças e atitudes que os profissionais apresentam frente à sexualidade.

O modelo de investigação proposto e testado foi composto por variáveis demográficas, funcionais e referentes às crenças e atitudes dos profissionais de enfermagem frente à sexualidade, para identificar quais variáveis apresentavam maior poder preditivo e mensurar aquelas com contribuições significativas na explicação da variável critério: Necessidade de Treinamento. As variáveis que apresentaram predição em relação aos três fatores do NTES foram:

- 1) “Fator 1 do CAES - *Importância em abordar questões sexuais*”, “Atendimento a adolescentes”, “Atendimento a crianças” e “Atendimento a bebês” para o fator 1 do NTES (*Discussão geral sobre sexualidade*);
- 2) “Fator 1 do CAES - *Importância em abordar questões sexuais*” e “Atendimento a crianças” para o fator 2 do NTES (*Prevenções e complicações clínicas na sexualidade*);
- 3) “Tempo de hospital” para Fator 3 do NTES (*Exposição íntima do paciente*).

As maiores médias de necessidades de treinamento para *Discussão geral sobre sexualidade* são de profissionais com menos crenças e atitudes de *Importância em abordar questões sexuais* e que não atendem adolescentes, bebês e crianças. Em relação às necessidades de treinamento de *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade* aqueles

que mais precisam de ações educacionais são também os participantes com menos crenças e atitudes de *Importância em abordar questões sexuais* e que não atendem crianças e, por fim, os profissionais com maior necessidade de treinamento em *Exposição íntima do paciente* são aqueles que trabalham há mais tempo no hospital.

Em relação às necessidades de treinamento sobre *Discussão geral sobre sexualidade* e *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade*, os resultados encontrados confirmam a hipótese inicial deste estudo, de que as crenças e atitudes de profissionais de enfermagem são preditoras das necessidades de treinamento. Nota-se que apesar de ter dois fatores na versão brasileira do SABS, apenas o primeiro fator (*Importância em abordar questões sexuais*) prediz necessidades de treinamento. Este resultado corrobora as discussões realizadas no presente estudo sobre a construção dos itens do SABS. Este fator apresenta itens com maior clareza, maioria passível de representação comportamental e sem utilização de termos extremos como o segundo fator (*Evitação em abordar questões sexuais*). Outra diferença entre os itens dos dois fatores é a intenção do autor original (Reynolds & Magnan, 2005) de descrever itens com conteúdo positivo e negativo em relação às crenças e atitudes. Pode ser que estas características em conjunto possam estar interferindo neste resultado final. Seria adequado, desse modo, utilizar os itens reescritos sugeridos na Tabela 31 para a versão brasileira do SABS e assim repetir os testes de predição ou, ainda, realizar pesquisas com instrumentos que tenham mais estabilidade nos constructos existentes. O objetivo é que esta discussão se torne mais rica (com a especificação de que crenças e atitudes estão interferindo nas necessidades de treinamento) e que o modelo de predição seja mais confiável.

Em relação às variáveis “Atendimento a adolescentes”, “Atendimento a bebês” e “Atendimento a crianças” que são variáveis altamente correlacionadas, os resultados mostram que todas são preditoras das necessidades de treinamento de *Discussão geral sobre sexualidade*, de modo que pessoas que atendem essas populações apresentam menor necessidade de treinamento que quem atende. Essa mesma discussão foi realizada anteriormente em relação aos resultados obtidos da comparação de diferença de médias significativas entre os grupos que atendem ou não essa população. É um resultado que é semelhante com o que se vê na prática em relação ao silenciamento que existe nas discussões do tema da sexualidade com essa população. Como já foi realizada reflexão sobre este tema, cabe aqui discutir a diferença desse resultado com o segundo fator do NTES (*Prevenções e complicações clínicas na sexualidade*). Apesar da correlação entre as variáveis, apenas “Atendimento a crianças” aparece como preditor do segundo fator do instrumento de necessidades de treinamento. Neste caso, quem não atende crianças apresenta maiores lacunas

de competências do que aqueles que trabalham com essa clientela. A hipótese que pode ser feita, neste caso, é que quem atende bebês normalmente atende também as mães deles, que muitas vezes pode buscar orientações sobre prevenção de gravidez e DST. Assim quem atende bebês não deixa de atuar com essa demanda, neste caso. O mesmo pode ocorrer para aqueles que atendem adolescentes. Por ser uma fase da vida em que muitos estão descobrindo a sexualidade, os assuntos de prevenção de DST e gravidez podem se tornar mais frequentes, causando o mesmo fenômeno dito anteriormente. Desse modo, esta pode ser uma das possibilidades da diferença encontrada nos resultados do modelo de investigação em relação ao fator de *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade*.

Contudo, em relação às necessidades de treinamento de *Exposição íntima do paciente*, o resultado encontrado é diferente daqueles presentes na literatura de ANT (Cunha et al., 2010; Magalhães & Borges-Andrade, 2001; G.G. Silva & Meneses, 2012) que quanto maior o tempo de serviço normalmente menor a necessidade de treinamento. Este é um raciocínio lógico quando são consideradas atividades que envolvam aprendizagem no nível cognitivo apenas. Porém, em atividades ligadas à sexualidade, sabe-se que o domínio afetivo (relacionado a sentimentos e posturas dos indivíduos) torna-se mais evidente. Dessa maneira, outras variáveis podem estar mediando a variável necessidades de treinamento neste caso, como, por exemplo, conforto em lidar com questões de sexualidade, corroborando o estudo realizado por Kazukauskas e Lam (2010) que mostraram que conforto em lidar com questões de sexualidade está correlacionado com conhecimento e atitude nesta área. No estudo realizado por Pupulim e Sawada (2005) sobre exposição corporal do paciente, os resultados demonstram a inquietação das enfermeiras e desconforto ante a exposição do corpo do cliente.

O questionamento que deve ser feito é o que difere este fator do instrumento de necessidades de treinamento dos demais? O que faz com que profissionais com mais tempo de trabalho na organização tenham maior necessidade de treinamento em relação à *Exposição íntima do paciente* e não em relação aos outros fatores? E os profissionais com menos tempo de trabalho na organização? Uma hipótese existente seria que pessoas com mais tempo de trabalho são aquelas com maior idade e com formação em currículos mais antigos que não abordavam a questão da sexualidade como nos últimos anos. Esta hipótese seria corroborada pelo estudo realizado por Langer-Most e Langer (2010) que notaram que 20% da variação na atitude poderia ser explicada pela idade, e pelo estudo realizado por Brás et al. (2009) que relatam que Universidades incluíram recentemente em seus currículos disciplinas relacionadas à sexualidade, de modo que os profissionais mais jovens e com menor tempo de profissão têm maior acesso a esse tipo de formação que os mais velhos e com mais tempo de experiência.

Porém, essa hipótese não parece ser satisfatória, pois nem a variável idade nem o tempo de profissão entraram no modelo de predição, bem como no estudo realizado por Carvalho e Mourão (2014). Isso leva a refletir sobre qual é o fenômeno que está causando esse resultado. Será que há algo referente às características específicas da organização? Quais fenômenos da organização fazem com que pessoas que trabalhem há mais tempo apresentem mais necessidades de treinamento em *Exposição íntima do paciente*? A cultura organizacional sobre o tema pode estar mediando este resultado? Nesse aspecto, uma análise organizacional sobre esse tema faz-se necessária para avaliar esses achados e infelizmente não foi realizada no presente estudo.

Um fator que foi citado no trabalho realizado por G.G. Silva e Meneses (2012) é sobre a resistência à mudança organizacional por parte dos trabalhadores que se sentem obrigados a mudar rotinas e procedimentos de realização de tarefas e atividades, contrariando, muitas vezes, sua experiência profissional acumulada. Essa resistência é ainda mais intensa em servidores públicos. Vivenciar o sistema burocrático da Administração Pública brasileira gera sentimentos de desestímulo, de estabilidade e de aversão a mudanças que, agrupados à isonomia salarial e à falta de preocupação com os resultados, caracterizam a maior parte das organizações, em particular as organizações públicas, como é o caso do HC-FMRP-USP (Carbone, 1995; Gondim, Bastos, Borges-Andrade, & Melo, 2006). Este pode ser um dos fatores que influenciaram esse resultado encontrado.

Como a área de necessidades de treinamento ainda não apresenta um número grande de pesquisas de construção de modelo empírico de predição, vale a pena discutir sobre as variáveis que surgiram como preditoras, a partir da análise de regressão múltipla padrão, pois, apesar de não terem sido confirmadas na análise mais robusta feita posteriormente, essas variáveis podem sinalizar importantes correlações existentes em relação às necessidades de treinamento. Além disso, pesquisas de predição de necessidades de treinamento na área da sexualidade não existem no Brasil e no mundo, a partir do modelo utilizado (Análise dos Papéis Ocupacionais). Assim é importante verificar quais são as variáveis com participação no modelo de predição.

Além das variáveis citadas no modelo final, a classificação econômica (segundo Critério Brasil) aparece contribuindo com a variação dos dois primeiros fatores do NTES (*Discussão geral sobre sexualidade e Prevenções e complicações clínicas na sexualidade*). Pessoas com classificação econômica mais elevada tendem a apresentar menores necessidades de treinamento. A hipótese inicial que poderia ser feita é que pessoas de classe social mais elevada possuem mais acesso à educação e desta maneira obtiveram mais treinamento para

lidar com essas questões, contribuindo para a correlação encontrada. Observando a correlação de classe social com escolaridade (0,41) e classe social com cargo (0,32), nota-se uma correlação média, de modo que pessoas que pertencem à classe social mais alta possuem maior escolaridade e cargos mais elevados na organização. Porém, se a correlação com o acesso à educação fosse o principal motivo deste resultado, então a variável escolaridade teria entrado para o modelo como variável antecedente e isso não foi observado no presente estudo. Desse modo é importante identificar qual fenômeno ligado à variável classificação econômica interfere realmente nas necessidades de treinamento neste caso.

O fator *Evitação em abordar questões sexuais* foi considerado preditor na análise exploratória em relação às necessidades de treinamento de *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade*. Pessoas com maiores crenças deste tipo apresentaram maiores necessidades de treinamento. A maior correlação encontrada neste estudo em relação às crenças e atitudes de *Evitação em abordar questões sexuais* foi com a variável escolaridade (-0,3). Isso indica que, neste estudo, pessoas com nível de escolaridade menor tenderam a concordar com afirmações mais extremas que desvalorizam a abordagem de questões de sexualidade, no contexto hospitalar. Outra variável que pode estar mediando esse resultado seria a Religião. Os itens de necessidades de treinamento em questão avaliam competências relacionadas à prevenção de gravidez, à prevenção de DST e de como possíveis complicações clínicas podem interferir na sexualidade do paciente. Dessa maneira, pode existir uma associação maior de crenças extremadas por se tratar de assuntos específicos que envolvem crenças religiosas dogmáticas como a questão da prevenção de gravidez e DST. Essa suposição deverá ser confirmada em estudos futuros que relacionam religião e a concordância com crenças mais extremadas ou mais flexíveis.

Vale ressaltar que os baixos coeficientes de determinação dos modelos de regressão múltipla indicam a existência de outras variáveis, não abordadas neste estudo, que podem explicar grande parcela da variabilidade das necessidades de treinamento. Desse modo, é importante retomar o modelo conceitual de avaliação de necessidades de treinamento desenvolvido por Abbad e Mourão (2012) da Figura 14. Este modelo indica quais variáveis se relacionam às necessidades de treinamento nos diversos domínios (afetivo, físico, psicomotor, cognitivo, estratégias e cognitivo conhecimentos/habilidades). Por se tratar de uma área que ainda está em construção de modelos empíricos e por envolver a temática da sexualidade, sugere-se que os primeiros caminhos a serem explorados sejam aqueles relacionados ao domínio afetivo (individual, equipe, organizacional e da sociedade) bem como ao cognitivo (conhecimentos e habilidades).

CAPÍTULO 8.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CAPÍTULO 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

OBJETIVO DO CAPÍTULO 8

Este capítulo visa a apresentar as considerações finais deste estudo, incluindo as principais limitações deste estudo, a agenda de pesquisa proposta e as implicações práticas e teóricas desta pesquisa.

8.1. LIMITAÇÕES

Nesta seção, serão apresentadas as limitações observadas no presente estudo. Inicialmente serão levadas em consideração aquelas que envolvem o estudo completo e posteriormente serão abordadas aquelas específicas a cada um dos instrumentos e às análises de relacionamento das variáveis.

Apesar da importância do nível de análise organizacional apresentada na literatura da área de ANT e ressaltada por Ferreira e Abbad (2013), esta foi desconsiderada no presente estudo por se tratar de competências muito específicas dos profissionais de enfermagem, o que torna difícil a identificação da influência desse tema no nível organizacional. A fim de equilibrar essa lacuna, buscou-se apresentar os conceitos diretamente ligados a TD&E e ANT, bem como uma análise do contexto de pesquisa em qualificação e formação profissional em políticas públicas de educação na saúde e em pesquisas relativas à área de treinamento em sexualidade, com o objetivo de englobar considerações acerca do alinhamento entre os objetivos da categoria profissional e ambiente externo da organização-alvo com as necessidades individuais de treinamento.

Considerando o nível organizacional, outra limitação é a pesquisa ser realizada em apenas uma organização-alvo. Apesar de esforços para realizar parcerias com hospitais e conselhos, apenas o HC-FMRP-USP aceitou participar deste estudo. Os resultados poderiam ser generalizados com maior segurança, caso houvesse a participação de outras instituições, oferecendo um impacto mais robusto dos resultados. Desse modo cabe refletir sobre outras estratégias para realização de parcerias que poderão enriquecer os resultados de pesquisas futuras. Para o convite destas instituições, a lista de hospitais contatados foi realizada a partir de busca nos primeiros resultados de pesquisa no Google, e não foi realizada criação de uma lista de todos os hospitais existentes em uma determinada região. O Conselho Federal e três

Conselhos Estaduais foram convidados também. O ideal seria criar um critério de convite de todos os conselhos da região Sudeste ou Sul e não aleatoriamente como foi feito.

Dois hospitais, como pode ser observado na Tabela 6, aceitaram o convite para a pesquisa (HC-UFMG e Hospital 22 de Outubro), porém, não houve retorno da divulgação *online* do *link* para a pesquisa. Após perceber que a coleta de dados presencial foi mais eficiente no HC-FMRP-USP, esta poderia ser realizada presencialmente nos hospitais citados, a fim de recolher respostas de população variada. Porém, esses dois hospitais são em cidades diferentes da moradia da pesquisadora e não houve recursos financeiros para viagem e estadia, a fim de realizar a coleta de dados. No futuro, parcerias de pesquisa com professores de outras universidades podem auxiliar nesta questão, de modo que a coleta possa ser realizada em mais de uma cidade por pesquisadores treinados, aumentando a diversidade e número de respostas.

Outra limitação importante em relação à organização-alvo é a realização da reforma do hospital. Durante todo o período de coleta de dados, o HC-FMRP-USP esteve com construção de uma nova ala para acolher as crianças (Projeto HC Criança), bem como realizou reforma em todos os andares de enfermaria e ambulatório. Esta reforma modificou a rotina de trabalho dos profissionais, causou maior sobrecarga de trabalho relatada por alguns profissionais, agrupou departamentos que normalmente não dividiam o mesmo espaço e, possivelmente, esta situação pode ter influenciado as respostas recebidas, influenciando os resultados. Um dos objetivos deste estudo seria comparar respostas obtidas em cada departamento, para identificar se esta seria uma das variáveis de predição do modelo. Porém, muitos participantes escreveram o andar em que trabalhava ao invés do nome do departamento e devido à sobreposição de departamentos no mesmo andar do prédio (por causa da reforma) não seria confiável utilizar essa informação no presente estudo.

Ao observar alguns resultados contraditórios como, por exemplo, “Classificação econômica” aparecer no modelo exploratório em detrimento de “Escolaridade”, e “Tempo de trabalho na organização” ser um preditor na análise confirmatória do modelo de investigação e não participarem as variáveis “Idade”, “Tempo de profissão” ou “Tempo de função”, é necessário refletir sobre possíveis erros de medida que possam ter ocorrido ao longo deste estudo.

Em seguida, serão apresentadas limitações específicas sobre cada instrumento e sobre o relacionamento das variáveis do presente estudo.

8.1.1. NTES

Uma das limitações referente à construção do instrumento de necessidades de treinamento (NTES) se refere à não inclusão de profissionais da área de urgência e emergência (existentes no prédio situado no centro e não no *campus*), pois é possível que existam competências ligada à percepção de sexualidade diferente de enfermarias e ambulatorios (como por exemplo a identificação de sinais de abuso sexual em crianças). Assim, este instrumento, apesar de apresentar um número grande de itens (34) ainda apresenta limitações em relação à temática da violência sexual que não foi abordada. É necessário, desse modo, que novas iniciativas de completar esse instrumento sejam realizadas, a fim de cobrir todas as competências ligadas à sexualidade da categoria da enfermagem.

Outra limitação é relacionada ao termo “opção sexual” utilizada na competência 21 do instrumento (Ouvir queixas e/ou relatos dos pacientes quanto a sua opção sexual). Este termo foi utilizado, pois foi mencionado pelos profissionais na fase de entrevista para construção dos itens. Porém, existem relatos da comunidade LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transgêneros) que referem que o termo adequado seria “orientação sexual” (Herculano-Houzel, 2013; Scerni, 2010). O termo “opção sexual” indicaria que uma pessoa teria escolhido a sua forma de desejo, o que não é uma realidade. Assim, faz-se a sugestão da substituição do termo na competência 21, para as próximas aplicações do NTES.

Outra questão importante de ser mencionada é a utilização da escala *likert* de cinco pontos (que possui ponto neutro no meio). Günther (2003) defende que deixar um ponto médio neutro na escala pode ser prejudicial para os resultados, pois oferece ao respondente a opção de não se comprometer. Deste modo, é possível que os resultados tenham sido influenciados pela existência do ponto médio neutro. Sugere-se, assim, que nova escala *likert* seja utilizada para esta escala em futuras aplicações.

Diversos estudos mencionam sobre dificuldades elevadas na área da saúde em lidar com a sexualidade de paciente do sexo oposto (Ceroni et al., 2015; R.C.D. Lima & Brêtas, 2006; Pupulim & Sawada, 2005; Zang et al., 2009). Desse modo, uma das limitações deste estudo foi não ter considerado a diferenciação de gênero nas competências listadas, ou seja, não explicita sobre dificuldades de realizar a atividade com paciente do sexo oposto. Ao ler a competência, o profissional pode ter pensado em situações envolvendo ambos os sexos ou apenas um e isso ter direcionado a resposta de importância e domínio de maneiras diferentes. Para pesquisar especificamente sobre essa dificuldade nas necessidades de treinamento, é possível pensar em duas alternativas: 1) Inclusão de novas competências mencionando o sexo

oposto (manteria a estrutura das escalas de importância e domínio da forma atual); 2) Inclusão de colunas de importância e domínio divididas por sexo (seria possível verificar em que competências a questão de gênero apresenta diferença). A primeira opção seria mais simples para o participante, de modo que incluiria mais algumas respostas apenas, enquanto a segunda opção seria um pouco mais morosa para o participante apesar de oferecer resultados mais completos sobre a questão de gênero. Assim, o pesquisador que utilizar o NTES precisa escolher qual maneira se adapta mais à sua realidade de pesquisa.

Como foi mencionado, nota-se que houve uma tendência de os participantes pontuarem com nota máxima de importância todas as competências. As instruções relacionadas à avaliação da escala de importância podem não ser claras o suficiente para discriminar a pontuação real da importância daquela competência para a função atual do profissional. É importante que nova validação semântica seja realizada com a população-alvo do estudo para perguntar o que eles entenderam do enunciado do questionário autoaplicável e, se necessário, promover mudança para adequação.

Em seguida, serão apresentadas limitações referentes à adaptação transcultural do SABS (*Sexuality Attitudes and Beliefs Survey*).

8.1.2. CAES

A primeira limitação a ser mencionada em relação ao processo de adaptação transcultural do SABS é não ter realizado os procedimentos de tradução e retrotradução, conforme os outros estudos realizados com o mesmo instrumento (Ayhan et al., 2010; Dias & Sim-Sim, 2015; Saunamäki et al., 2010) e orientado por Reichenheim e Moraes (2007). Esses procedimentos são utilizados para garantir a permanência semântica dos itens em relação ao original, buscando diminuição de viés de tradução e adaptação adequada ao contexto.

Outra limitação que diz respeito ao instrumento original é o fato de a estrutura de construção dos itens não ser homogênea. Existem itens que representam crenças, outros que representam atitudes e com usos de termos extremos apenas em alguns itens (considerados negativos segundo os desenvolvedores). Existem itens que representam comportamentos observáveis e outros que representam conceitos mais abstratos. Dessa maneira, a qualidade psicométrica deste instrumento torna-se questionável em relação ao constructo que representa. Uma escala que foi desenvolvida para ser unifatorial e que apresentou ter dois constructos não correlacionados ($-0,05$) e que também apresentou baixo índice de correlação bivariada entre os itens. Dessa maneira seria interessante testar os itens a partir de uma reescrita que busca

diminuir esses problemas encontrados, a fim de aumentar a qualidade psicométrica do instrumento.

8.1.3. Análise do relacionamento das variáveis

Em relação ao relacionamento entre as variáveis, é preciso citar a limitação referente à comparação das médias através do “Test t”. Esse teste é realizado a partir de comparação de grupos com o mesmo número de pessoas, de modo que para igualar o número é necessário que seja realizado o teste com amostra aleatória do grupo com mais pessoas. Essa amostra não necessariamente representa o perfil da amostra total, de modo que um resultado de significância pode aparecer a partir de uma amostra aleatória e não aparecer a partir de outra. Assim, os achados do “Test t” devem ser lidos com cautela na generalização dos resultados. Em pesquisas futuras, é importante buscar amostra com grupos de mesmo tamanho, para evitar esse tipo de erro. Entretanto, sabe-se que isso não é viável com todas variáveis. Na pesquisa em enfermagem, por exemplo, a maioria dos profissionais é do sexo feminino, o que dificulta amostras contendo grupos iguais quando a variável se tratar de gênero.

O modelo empírico de predição das necessidades de treinamento também precisa ser generalizado com cautela, haja vista as limitações citadas anteriormente, principalmente em relação ao uso da versão brasileira do SABS.

8.2. AGENDA DE PESQUISA

Nesta seção, serão apontadas sugestões para futuras pesquisas que surgiram a partir da realização da atual.

8.2.1. NTES

- Fazer entrevistas semiestruturadas para construção de itens com profissionais da área de urgência e emergência;
- Incluir como item do instrumento: “Identificar sinais de abuso sexual em crianças”;
- Modificar o item 21: “Ouvir queixas e/ou relatos dos pacientes quanto a sua opção sexual” para “Ouvir queixas e/ou relatos dos pacientes quanto a sua orientação sexual”;
- Modificar a escala *likert* de 5 pontos para uma escala com número par (sugestão escala de 10 pontos);

- Realizar validação semântica das instruções do questionário, para verificar o entendimento dos participantes em relação à escala de importância e, se necessário, modificá-la;
- Criar versão do instrumento com novas competências, mencionando o sexo oposto (manteria a estrutura das escalas de importância e domínio da forma atual);
- Criar versão do instrumento com inclusão de colunas de importância e domínio divididas por sexo (seria possível verificar em que competências a questão de gênero apresenta diferença);
- Criar versão do instrumento com inclusão de colunas de importância e domínio, separando heterossexuais de público LGBT (seria possível verificar em que competências a questão LGBT apresenta diferença);
- Criar versão do NTES para outras categorias profissionais (psicólogos, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros);
- Aplicar instrumento NTES para identificar se mantém as características psicométricas apresentadas em outros contextos e amostras;
- Criar treinamento baseado nas lacunas de competências e realizar o pré e pós-teste.

8.2.2. CAES

- Realizar pesquisas de crenças e atitudes frente à sexualidade, incluindo amostras de profissionais de nível técnico e superior, a fim de verificar se há diferença relacionada ao cargo ou à escolaridade;
- Aplicar a versão reescrita do SABS para verificar evidências de validade estatística do instrumento;
- Criar versão do CAES para outras categorias profissionais (psicólogos, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros);
- Criar ou adaptar instrumento de crenças e atitudes para profissionais da saúde, a fim de realizar pesquisas de comparação entre categorias profissionais.
- Criar treinamento de domínio afetivo baseado nas crenças e atitudes e realizar o pré e pós-teste.

8.2.3. Análise do relacionamento das variáveis

- Testar modelo de predição de necessidades de treinamento de profissionais da enfermagem, na área da sexualidade, com as seguintes variáveis:
 - Conforto em lidar com questões de sexualidade
 - Nível de constrangimento das competências mais frequentes na rotina
 - Crenças e atitudes frente à sexualidade em outros contextos
 - Idade, tempo de profissão, tempo de organização e tempo de função
 - População atendida
 - Cargo exercido
 - Escolaridade
 - Onde realizou sua formação (instituição pública ou privada?)
 - Classificação Econômica
 - Gênero profissional x gênero do paciente
 - Departamento em que o profissional trabalha
- Testar modelo de predição de crenças e atitudes de profissionais da saúde frente à sexualidade com as seguintes variáveis:
 - Conforto em lidar com questões de sexualidade
 - Nível de constrangimento das competências mais frequentes na rotina
 - Idade, tempo de profissão, tempo de organização e tempo de função
 - População atendida
 - Cargo exercido
 - Escolaridade
 - Classificação Econômica
 - Gênero profissional x gênero do paciente
 - Religião
 - Estado Civil

8.3. IMPLICAÇÕES PRÁTICAS E TEÓRICAS

Pesquisas realizadas no mundo todo (Bauer et al., 2013; Fronek et al., 2005, 2011; Higgins et al., 2012; Post et al., 2008; Quinn & Happell, 2012; Quinn et al., 2013; Simpson et al., 2006) relatam melhora significativa e duradoura de aspectos como conhecimento, atitude e conforto em lidar com questões de sexualidade do paciente, após o treinamento realizado.

Como foi dito anteriormente, sem um entendimento claro das necessidades de treinamento, os investimentos podem não ser adequados, resultando no desperdício de recursos da organização. Dessa forma, a precisão da avaliação de necessidades determina a efetividade e legitimidade do processo de treinamento (Meneses & Zerbini, 2009). Baseando-se nessas informações, é possível afirmar que a construção do instrumento NTES apresenta uma contribuição valiosa para as organizações hospitalares que pretendem realizar treinamentos para os profissionais da enfermagem na área da sexualidade, sem desperdiçar seus recursos que normalmente são escassos nessas organizações.

Além disso, contribuiu para que a metodologia da APO (Análise do Papel Ocupacional), pertencente ao campo da Psicologia Organizacional e do Trabalho tenha visibilidade na área da Saúde, de modo a auxiliar essa área na construção de instrumentos semelhantes para as outras categorias profissionais. A construção da lista de competências ligadas à sexualidade da categoria profissional de enfermagem também se mostra importante contribuição deste estudo, conforme apontado por Moraes, Borges-Andrade e Queiroga (2011) sobre esse tipo de levantamento. Essa lista pode ser utilizada em processos de gestão de pessoas, bem como pode ser a base para estruturação de novas disciplinas nos cursos de formação de profissionais de enfermagem no Brasil.

A adaptação transcultural do instrumento SABS contribuiu tanto para a área de pesquisa (ao debater sobre a unidimensionalidade do constructo e escrita dos itens) quanto para a área prática, de modo que esse instrumento poderá ser utilizado para identificar crenças e atitudes de profissionais de enfermagem frente à sexualidade, auxiliando no processo de treinamento do domínio afetivo descrito por Bloom, Engelhart, et al. (1972b). Os dois instrumentos juntos (NTES e CAES) podem ser utilizados para identificar as ações educacionais necessárias para a equipe de enfermagem.

Em relação ao modelo empírico encontrado, bem como às análises de relacionamento das variáveis, este estudo contribuiu para a identificação de variáveis que apresentam influência tanto nas necessidades de treinamento quanto nas crenças e atitudes na área da sexualidade. Dessa maneira tanto pesquisa quanto prática poderão identificar essas variáveis e utilizá-las no direcionamento dos conteúdos dos treinamentos a serem ofertados bem como em novas pesquisas.

No estudo realizado por Gir et al. (2003) com graduandos de enfermagem o motivo mais mencionado para citar dificuldades em lidar com sexualidade dos pacientes foi a falta de embasamento na graduação. Além disso sugerem como melhoria desse contexto a discussão

sobre sexualidade humana. Nesse sentido, esta tese contribui de maneira global com a construção de conhecimento e discussão sobre o assunto da sexualidade na área da saúde.

8.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das discussões e considerações feitas até o momento, pode-se considerar que o objetivo desta pesquisa foi alcançado, de modo que respondeu aos problemas de pesquisa propostos, bem como aos objetivos gerais e específicos a saber:

Quais competências relacionadas ao tema sexualidade são mais importantes da atuação do profissional de enfermagem? Este problema de pesquisa foi alcançado com êxito, de forma que uma lista de competências dos profissionais de enfermagem ligadas à sexualidade foi criada e analisada segundo sua importância. Nota-se a partir deste estudo que todas as competências listadas foram consideradas de importância elevada pelos participantes. Esses resultados sugerem a necessidade de inclusão dessas competências como parte do trabalho dos profissionais de enfermagem pelos órgãos oficiais (Classificação Brasileira das Ocupações e cursos de formação de profissionais de enfermagem).

Quais destas competências são as menos dominadas pelos profissionais? Os resultados obtidos devem ser observados com cautela, visto que competências não dominadas não necessariamente indicam necessidade de treinamento (quando apresenta importância baixa). Contudo, é interessante que profissionais ligados à formação da categoria da enfermagem observem a repetição desses resultados em outros estudos e analisem a importância de que esses assuntos sejam reforçados durante a qualificação-base.

Essas competências são padronizadas para toda a categoria da enfermagem ou apresentam variações em função da influência de outros fatores? Como pôde ser observado, os resultados de importância das competências não apresentaram diferenças significativas em relação ao cargo exercido. Desse modo, pode-se inferir que as competências listadas são vistas como pertencentes à categoria da enfermagem como um todo. Novas análises precisam ser realizadas, a fim de identificar se a diferença ocorre de acordo com o cargo exercido ou o tipo de atividade que exerce, segundo o departamento ao qual pertencem.

Quais são as possíveis razões que explicam a lacuna de competências relacionadas ao tema sexualidade do paciente na atuação do profissional de enfermagem? A partir do modelo de predição proposto, as possíveis razões de lacuna de competências de profissionais de enfermagem na área da sexualidade se relacionam com as crenças de importância em abordar questões sexuais, com o atendimento a bebês, crianças e adolescentes e com o tempo de

trabalho na organização. Vale ressaltar que os baixos coeficientes de determinação dos modelos de regressão múltipla indicam a existência de outras variáveis, não abordadas neste estudo, que podem explicar grande parcela da variabilidade das necessidades de treinamento. O baixo poder explicativo das variáveis preditoras identificadas neste estudo, portanto, pode ser justificado por se tratar de um estudo exploratório, o único da Psicologia Organizacional e do Trabalho que testou modelos multivariados de necessidades de treinamento, na área da sexualidade. Segundo Pilati e Borges-Andrade (2006), é preciso realizar mais estudos que utilizem modelagem por equação estrutural (MEE), já que se trata de um procedimento de análise de dados robusto e rigoroso para o teste de relações entre variáveis de TD&E, que auxilia no desenvolvimento teórico do campo. Porém, para preparar o modelo de equações estruturais, é necessário criar uma representação gráfica do conjunto de relações entre os construtos do modelo, o que poderá ser feito após a ampliação das pesquisas nesta área.

Assim, o objetivo geral desta pesquisa de investigar a influência de variáveis de características da clientela (dados demográficos, funcionais, crenças e atitudes) nas necessidades de treinamento na área da sexualidade do profissional de enfermagem, em contexto hospitalar, foi alcançado, bem como os objetivos específicos. As escalas desenvolvidas na presente pesquisa são psicometricamente válidas e confiáveis. Sugere-se que sejam realizadas análises fatoriais exploratórias e confirmatórias nas escalas em questão, bem como na versão reescrita do SABS.

Para o instrumento de necessidades de treinamento (NTES), não foram encontradas diferenças significativas nas médias, considerando as variáveis idade, religião, estado civil, escolaridade, classificação econômica, cargo, tempo de profissão, tempo de trabalho no hospital e tempo de trabalho na função. Em relação às outras variáveis, verifica-se que a participante mulher, que fez especialização na área da enfermagem ou que atende bebês, crianças e/ou adolescentes, apresenta menor necessidade de treinamento em *Prevenções e complicações clínicas na sexualidade*. Todavia, a participante mulher apresenta maior necessidade de treinamento em *Discussão geral sobre sexualidade*, enquanto o(a) profissional que atende bebês, crianças e/ou adolescentes apresenta menor necessidade de treinamento no mesmo fator.

Para o instrumento de crenças e atitudes frente à sexualidade (CAES), não foram encontradas diferenças significativas nas médias, considerando as variáveis sexo, idade, religião, classificação econômica e população atendida. Em relação às outras variáveis, observa-se que o(a) profissional que é solteiro(a) e exerce o cargo de enfermeiro + (enfermeiro, enfermeiro-chefe e encarregado do turno) ou que realizou pós-graduação

completa apresentou menor *Evitação em abordar questões sexuais*. Todavia, o(a) participante com mais de 16 anos de trabalho no hospital ou com mais de 14 anos de trabalho na mesma função apresentou maior concordância neste mesmo fator. Apenas o (a) profissional que exerce o cargo de enfermeiro + apresentou diferença significativa em relação ao fator *Importância em abordar questões sexuais*, mostrando maior concordância que os demais profissionais. A seguir, são apresentados os resultados da análise de testagem do modelo de investigação do presente estudo.

Por fim, espera-se que o presente estudo tenha contribuído com a área de avaliação de necessidades de treinamento, bem como com a área de educação na área da sexualidade e que tenha servido de estímulo a outros pesquisadores interessados em avaliar os fatores que influenciam as necessidades de treinamento, independente da temática envolvida. Espera-se, ainda, que os instrumentos disponibilizados sirvam de auxílio para a tomada de decisão de gestores em suas avaliações de necessidades de treinamento e que os resultados apresentados levem a uma análise mais específica de características dos profissionais, antes de se planejar e executar ações de TD&E, no contexto hospitalar.

No caso da temática da sexualidade, o desafio é ainda maior, pois não envolve apenas o domínio cognitivo nas ações educacionais e por isso é importante discutir sobre o entrelaçamento entre os domínios cognitivo e afetivo, no caso de treinamentos na área da sexualidade. Por um lado, existe a demanda do paciente em receber cuidados nesta área, o que torna necessária a abordagem dessas questões, independentemente dos valores do profissional sobre esse assunto. No entanto, dificilmente separam-se as práticas de uma pessoa de suas crenças e valores. Desse modo, os treinamentos ofertados nesta área devem buscar a integração destes dois domínios, de modo que, ao menos profissionalmente, os valores destes profissionais sejam alinhados às necessidades dos pacientes e não apenas às suas próprias crenças pessoais.

EPÍLOGO:
REFLEXÕES PESSOAIS DA PESQUISADORA

EPÍLOGO: REFLEXÕES PESSOAIS DA PESQUISADORA

Assim como comecei esta tese falando sobre minha trajetória e sobre o que me levou a desenvolver esta pesquisa, senti necessidade de finalizar da mesma maneira, porém, com reflexões mais pessoais sobre o assunto. Eu quero compartilhar a trajetória que não é falada para incentivar espaços de debate e reflexão sobre o assunto na formação de profissionais da saúde. As informações sobre os fatos você já conhece do prólogo. Aqui falarei sobre pensamentos, sentimentos e questionamentos que me acompanharam, durante os fatos ocorridos.

Na minha iniciação científica, quando fui convidada para o projeto “Câncer de mama e sexualidade” com o Prof. Manoel Antônio dos Santos, eu iniciei estudos e leituras científicas, espirituais e de “autoajuda” sobre o tema da sexualidade. Fez muito sentido realizar aquela pesquisa e precisei de muito empenho para conseguir perguntar pessoalmente para mulheres normalmente mais velhas sobre a vida sexual delas. Eu já tinha certa facilidade para falar sobre o tema em outros contextos, mas na pesquisa era diferente, pois tinha medo de parecer invasiva para aquelas mulheres que já estavam passando por momentos delicados em suas vidas. Percebi que quanto mais eu falava no assunto no grupo de pesquisa e nas entrevistas, mais fácil se tornava. Algumas entrevistadas se mostravam abertas para falar de sexualidade comigo, outras demonstravam vergonha. “Coincidentemente” a que demonstrou mais vergonha foi justamente aquela que citei no prólogo desta tese e que teve problemas como dor e sangramento, durante a penetração sexual, por causa da falta de lubrificação vaginal decorrente da quimioterapia e também por receio de falar de um assunto tão pessoal com a equipe de saúde. Questiono se as demais mulheres não tiveram a mesma vivência de falta de lubrificação ou se elas buscaram recursos sozinhas ou perguntando aos profissionais. Inferi a partir desta experiência que muitas vezes os pacientes que mais precisam conversar sobre questões de sexualidade são aqueles que nunca irão perguntar nada ao profissional da saúde por causa do constrangimento. Diante dessa realidade, pensei que, se houvesse uma cartilha para explicar para as mulheres com câncer que a quimioterapia tira a lubrificação vaginal delas e quais são os lubrificantes recomendados, já diminuiria muito o sofrimento de mulheres como a minha entrevistada. Ou se profissionais da saúde tivessem um protocolo de explicação envolvendo essas informações, o resultado seria também melhor que o atual. O problema é que esse fenômeno não é mencionado nem explicado para os profissionais da saúde durante sua formação que geralmente evita esse tema, por talvez sentir que está invadindo a

privacidade do paciente, assim como eu tive. Será que estamos invadindo a privacidade, quando tocamos no assunto da sexualidade para cuidar?

Meu desconforto em relação à falta de formação técnica para lidar com questões de sexualidade continuou também em relação à área clínica. No meu último ano da faculdade de Psicologia fiz um estágio de atendimento clínico em que atendi um homem com disfunção erétil que me falou no segundo dia que a primeira relação sexual dele foi um estupro coletivo de uma moça “que dava pra todo mundo mesmo”. Durante o período de atendimento, ele mencionava sonhos envolvendo sexualidade e crianças. Em nenhum momento da minha faculdade de Psicologia foram dados recursos a mim para lidar com aquela situação que foi muito desconfortável. Nenhuma disciplina abordou questões de sexualidade com questões reais. Nenhuma falou sobre como lidar com pessoas que foram abusadas sexualmente e muito menos com pessoas que foram abusadoras. Apenas teorias de que a libido isso ou aquilo. Não foram trazidos estudos de caso sobre sexualidade. Não foi ensinada nenhuma técnica para ajudar pessoas que vinham com essas demandas. Sim, eu estava em supervisão, o que me ajudou muito. Também me ajudou muito toda a busca que fiz na minha vida pessoal relacionada ao assunto. Porém, e as pessoas que não fizeram essas buscas como eu fiz sozinha, como lidam com essa demanda que é extremamente desconfortável e constrangedora? Não seria responsabilidade das universidades preparar o aluno para questões que envolvem tanto sofrimento como essas?

Nesse período eu fazia um estágio na área de Treinamento, Desenvolvimento e Educação com a Profa. Thais Zerbini. E todas essas questões que eu estava vivendo naquela época me motivaram a ter a ideia desta pesquisa. Se nós, profissionais de saúde, não temos qualificação profissional suficiente para lidar com questões de sexualidade dos pacientes, o que fazer para mudar essa situação? O que fazer para ajudar com que no futuro haja disciplinas de sexualidade em todas as faculdades da área da saúde? Foi com essa motivação que fui procurar a Profa. Thais Zerbini com a proposta desta pesquisa. Ela me avisou sobre alguns desafios que eu teria para realizar esta pesquisa. Confirmei o interesse e o desafio, ela me aceitou e me orientou a escrever um projeto. Thais, fiquei muito, muito, muito feliz de você ter entrado nessa loucura comigo. Não sei se você tem ideia até hoje de como foi importante você ter confiado em mim e aceito esta pesquisa tão diferente das demais do Laboratório de Psicologia Organizacional e do Trabalho (LabPOT-USP). Formei-me na graduação e entrei no mestrado quase ao mesmo tempo.

Comentei da minha pesquisa com um profissional da saúde muito renomado e ele disse “Você vai mexer com isso? Vai colocar a mão no vespeiro. Vai ser impossível você

conseguir fazer algo desse tipo”. Falando sobre isso na minha família, parentes diziam: “Tá, mas pra que vai servir a sua pesquisa? Não vejo importância prática nenhuma”. Eu fiquei me questionando. O que será que as pessoas estão vendo que eu não vejo? Ou talvez o contrário. O que será que eu vejo (de esperança) que as pessoas não veem? Por que será que tentar criar ações educacionais na área da sexualidade é considerado como “mexer no vespeiro” por pessoas da saúde com muita experiência? Com esses questionamentos recebo um parecer de uma agência de pesquisa negando minha bolsa de mestrado, pois meu projeto não tinha originalidade, não tinha relevância nenhuma e eu não tinha perfil para ser pesquisadora. Chorei muito. O que será que esse (ou essa?) parecerista viu no meu projeto e no meu currículo que indicou que eu não teria perfil para ser pesquisadora? Ou que a minha pesquisa não tinha relevância? Com essas poucas informações, é possível afirmar algo tão definitivo na vida de uma pessoa que está iniciando sua carreira? Por um momento eu acreditei neles afinal eu tinha pouca experiência e pode ser que essas pessoas estivessem vendo algo que eu não via em mim. “Devo estar no caminho errado”. Existem muitas pessoas mais experientes que eu dizendo que esse caminho não é para mim ou não era desse jeito que eu deveria seguir. Mas tinha começado e não ia parar no meio do caminho.

Comecei o contato com os hospitais e a coleta de dados no HC. Como vocês leram na parte de metodologia, muito tempo se passou com quase nada de retorno. Estudava formas alternativas, perguntava para professores de outras universidades, sempre buscando estratégias para conseguir realizar uma coleta de dados suficiente para responder a todos os objetivos propostos no início desta pesquisa. Na qualificação de mestrado, foi a primeira vez (além da Thais) que recebi *feedbacks* positivos de que eu estava no caminho certo. As Profas. Marina Gregghi Sticca e Fabiana Queiroga falaram os pontos positivos e o que precisava ser melhorado do meu trabalho. Além disso, me indicaram para fazer o Doutorado Direto. Foi um incentivo novo que estava precisando para continuar minha pesquisa. Infelizmente, o retorno dos questionários continuou baixo e foi na qualificação de doutorado que a Profa. Licia Barcelos de Souza me deu uma ideia que salvou minha coleta de dados (estava só com 49 respondidos na época). A partir dali, logo consegui atingir um número total de respostas possíveis para realizar minha pesquisa. O Prof. Luiz Pasquali também fez considerações sobre minha pesquisa que me ajudaram principalmente em relação à validação dos instrumentos. Foi uma honra. Pessoas que tiveram mais informações sobre o meu trabalho viram o que estava sendo feito e ajudaram a trilhar esse caminho.

Esqueci de mencionar que logo que entrei no doutorado comecei a trabalhar como psicóloga organizacional em uma instituição que estava se tornando um hospital filantrópico.

Lá eu pude aplicar na prática tudo o que eu aprendi na teoria, em sala de aula e com minha pesquisa. Coordenei projetos de implementação de treinamentos para os funcionários (maioria profissionais de saúde) e parte do que escrevi sobre avaliação das necessidades de treinamento nesta tese foi através da experiência que adquiri na prática. Foi muito enriquecedor. Como eu era a única psicóloga que trabalhava neste hospital, tive de atender demandas clínicas também e me deparar novamente com o despreparo dos profissionais da saúde em relação à sexualidade dos pacientes. Neste hospital eram atendidos mais de 50 pacientes com paralisia cerebral grave. Alguns conseguiam se comunicar verbalmente, outros não. Uma das dificuldades que os profissionais tinham era com um paciente que tinha certa locomoção pela instituição. Às vezes ele se masturbava no meio do corredor e das pessoas. E isso era visto por todos como um escândalo. “Como assim ele não procura privacidade para fazer isso?”. Será que a noção de privacidade que nós temos é a mesma de um paciente institucionalizado que toma banho na frente de outras pessoas em banheiro coletivo? Assim, um dos treinamentos que realizei para os profissionais foi sobre sexualidade. Foi muito interessante essa experiência, pois pude ouvir os pensamentos e crenças de alguns profissionais e percebi que, após o treinamento, passaram a lidar com a sexualidade dos pacientes com maior naturalidade, com algumas exceções.

Além dessa situação, houve dois casos que me marcaram muito por serem demandas vindas dos pacientes que pediam para me chamar para conversar. Não vou dar detalhes sobre eles, para guardar a identidade. O primeiro me chamou para dizer que algumas pessoas disseram a ele que se ele se masturbasse ia ficar “mais retardado ainda”. “Mas Vanessa eu gosto muito de me masturbar, eu vou ficar mais doido da cabeça mesmo?” (*sic*). Minha intervenção com ele naquele momento foi explicar que não era verdade aquilo, que se masturbar era algo natural, que dava prazer e que todas as pessoas que eu conheço faziam aquilo. “Até você?” (*sic*). Sim, até eu. E senti necessidade de “me expor” naquele momento, pois como ele considerava que eu era “boa da cabeça” (*sic*) isso seria uma prova de que ele estava livre para sentir prazer se masturbando. Na faculdade, eu aprendi que era melhor evitarmos responder perguntas pessoais aos pacientes. Mas será que existe um limite para essa orientação? O que fazer em uma situação como essa? Não sei, fiz o que achava certo, pensando no bem de uma pessoa que já tem suas limitações bem impostas e que não tem o mesmo entendimento do mundo que eu. E que estava confiando em minha opinião naquele momento.

Outro caso que me marcou muito foi de outro paciente que me chamou para dizer que estava ficando velho e que não queria morrer sem ter transado pelo menos uma vez na vida.

Ele me falou que gostaria de sair para algum lugar que pudesse conhecer alguém e poder ter relações sexuais. Mas ele depende de alguém para levá-lo. Não consegue ir sozinho. Ele relatava que tinha ereção o tempo todo e que chegava a doer por não conseguir ao menos se masturbar sozinho. Existe uma ONG no Japão com um projeto chamado *White Hands* de voluntários que vão às casas dos pacientes com necessidades especiais para masturbar eles. Dizem que faz bem pra saúde e que ajuda a aliviar a tensão que não conseguem sozinhos. Com o orgasmo, eles relatam melhoras até na área da fisioterapia e farmacoterapia, pois os pacientes relaxam, têm melhoras motoras e precisam usar menos medicamentos para este fim. Lembrei-me disso tudo, quando ele falou essa necessidade. Eu entendia o problema dele. Realmente vamos perguntar para qualquer homem como é ficar com ereção o tempo todo e não ter coordenação motora o suficiente para se masturbar e se aliviar sozinho? A questão é: Qual é minha função como psicóloga? Eu não devo pegar o problema do cliente pra mim, preciso incentivar que ele resolva sozinho. Mas e quando o paciente não tem condições para resolver sozinho? Minha função era só ouvir e acolher? Fiquei bastante confusa nessa época. Sem saber o que fazer e onde buscar ajuda. No começo eu o incentivava a contar para sua família para pedir ajuda (pensando que alguém podia levá-lo a ter mais contato social em busca desse tipo de relação), porém, ele não queria falar com eles sozinho. Então entendi que minha função como psicóloga naquele contexto seria mediar essa conversa com a família. Na época que eu o atendi, tinha saído um filme baseado em fatos reais: “As sessões” (que falava de um tipo de Terapia Sexual dos EUA que a terapeuta ajuda o cliente a desenvolver sua sexualidade) e que explorava as necessidades sexuais do paciente tetraplégico com muita delicadeza. Lembrei-me muito dessa situação e até indiquei o filme para a família assistir, conforme combinado com o paciente. Eu me esqueci de uma coisa muito importante. Não perguntei a religião deles para ninguém. Acreditei que as pessoas veriam as necessidades dele como naturais assim como eu e o *White Hands* víamos. Contudo, eles eram evangélicos, com algumas crenças bem restritivas em relação à sexualidade e se ofenderam com a minha indicação de filme. Tive uma reunião com a família, e o paciente em que afirmaram que ele era deficiente por isso nunca poderia ter relações sexuais com ninguém, mudaram de assunto e não quiseram mais falar disso. Foi aí que eu aprendi que religião é sim um fator muito importante para questões de sexualidade. O restante dos atendimentos foi para lidar com a decepção do paciente em relação à família e em relação à demanda dele. Se me perguntarem o que eu faria hoje? Eu mediaría essa situação do mesmo jeito, para ajudar esse paciente, porém, enviaria o filme depois da conversa e não antes. E você, o que faria? E você sua atuação seria baseada no que aprendeu onde?

Quanto mais eu estudava sobre o assunto, mais eu via que tinha muito a aprender. Foi aí que eu resolvi fazer a formação em sexologia clínica. Assim que tomei essa decisão e contei para as pessoas muitas piadas vieram como, por exemplo, “Vai ter aula prática?” entre outras. Chegaram a dizer para o meu marido: “Você vai deixar a Vanessa viajar sozinha para um curso sobre sexualidade?”. Sim, viajei sozinha todos os meses e aprendi algo que nem tinha ideia: É possível tratar disfunções sexuais como disfunção erétil, vaginismo, ejaculação precoce, anorgasmia, falta de desejo, entre outros problemas com terapia psicológica. E não, não tem aula prática. E eu também não terei relações sexuais com os pacientes. Me questionei mais uma vez: Por que será que não tem isso na faculdade, já que sexualidade é um tema tão importante para as pessoas? Por que será que as pessoas fazem tantas piadas em relação à sexualidade? Ser sexóloga significa ser promíscua? Qual é o conceito de sexualidade que está na cabeça das pessoas (pacientes e profissionais da saúde)? Como eu posso contribuir para que seja mais fácil falar de sexualidade de uma maneira mais leve e menos pejorativa?

Enfim, já escrevi o suficiente por agora. Ao longo da escrita fui me perguntando qual a função deste relato e percebi diversas funções e críticas sobre o desenvolvimento da Qualificação Profissional que eu vivi na minha trajetória. Faltou muita base teórica e prática para lidar com questões de sexualidade que surgiram na minha carreira (que se for ver ainda está bem no começo). Deparei-me com uma realidade que jamais foi ensinada e muito menos mencionada. Eu que sou teimosa e estudo sexualidade desde o começo da faculdade senti dificuldades, constrangimentos e desconfortos nesse processo, imagino os psicólogos e outros profissionais que têm um pouco mais de reserva que eu. Como será que eles vivenciaram essas demandas?

Qual é o tipo de visão que temos hoje de saúde? E de sexualidade? Como a visão que temos desses assuntos interfere na nossa atuação clínica? E na nossa atuação em pesquisa? E como professores? A minha visão hoje é que precisamos de mais formação, debate, reflexão da parte prática da sexualidade, do que as pessoas estão vivendo de verdade, de construir novos conhecimentos empíricos e utilizar esses recursos para preparar os profissionais da saúde em geral para lidar com o tema. Eu me encantei com essa missão de ajudar na formação de pessoas na área da sexualidade. Para que haja menos constrangimento e mais conforto, ao lidar com questões sexuais. Para que seja mais leve e natural para todos. Para que seja menos brincadeira preconceituosa. Quero que esta tese seja só o começo de um caminho longo a perseguir e quero deixar esse relato para um dia poder resgatar como era a minha visão no começo da minha carreira e quem sabe comparar com o que vier no futuro. Muito obrigada pelo seu interesse e por ter lido tudo isso que eu produzi até agora. Até a próxima!

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Abbad, G., & Borges-Andrade, J. E. (2004). Aprendizagem humana em organizações de trabalho. In J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade, & A. V. B. Bastos (Orgs.), *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp. 237-275). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Abbad, G. S. (1999). *Um modelo integrado de avaliação do impacto do treinamento no trabalho – IMPACT* (Tese de doutorado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Abbad, G. S., Freitas, I., & Pilati, R. (2006). Contexto de trabalho, desempenho competente e necessidades em TD&E. In J. E. Borges-Andrade, G. S. Abbad, & L. Mourão (Orgs.), *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: Fundamentos para a gestão de pessoas* (pp. 231-254). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Abbad, G. S., & Mourão, L. (2012). A avaliação de necessidades de TD&E: Proposição de um novo modelo [Edição especial]. *RAM, Revista de Administração Mackenzie*, 13(6), 107-137.
- Aguinis, H., & Kraiger, K. (2009). Benefits of training and development for individuals and teams, organizations, and society. *Annual Review of Psychology*, 60, 451-474.
- Alencar, R. D. A., Ciosak, S. I., & Bueno, S. M. V. (2010). Formação do acadêmico enfermeiro: Necessidade da inserção curricular da disciplina de sexualidade humana. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 9(2). Recuperado de <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2991/669>
- Anastasiou, A., Valkanos, E., & Brinia, V. (2012). Professional development of the administrative staff of vocational training institutes (IEKs): An empirical study concerning the training needs of headmasters and vice-headmasters in Greece. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 2(9), 106-121.
- Anderson, L. W., Krathwohl, D. R., Airasian, P. W., Cruikshank, K. A., Mayer, R. E., Pintrich, P. R., ... & Wittrock, M.C. (2001). *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives (Complete edition)*. New York, NY: Longman.
- Astbury-Ward, E. (2011). A questionnaire survey of the provision of training in human sexuality in schools of nursing in the UK. *Sexual & Relationship Therapy*, 26(3), 254-270.

- Auchincloss, S. (1989). Sexual dysfunction in cancer patients: Issues in evaluation and treatment. In J. C. Holland & J. H. Holland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 383-413). Oxford, England: Oxford University Press.
- Ayhan, H., Iyigun, E., Tastan, S., & Coskun, H. (2010). Turkish version of the reliability and validity study of the Sexual Attitudes and Belief Survey. *Sexuality and Disability*, 28(4), 287-296.
- Bagnato, M. H. S., Bassinello, G. A. H., Lacaz, C. P. C., & Missio, L. (2007). Ensino médio e educação profissionalizante em enfermagem: Algumas reflexões. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(2), 279-286.
- Baradei, L. E., & Newcomer, K. E. (2008). A human capital management assessment tool for identifying training and development needs: Application to Egyptian public organizations. *International Journal of Public Sector Performance Management*, 1(2), 119-149.
- Barbosa, T. S. C., Almeida Filho, A. J., Santos, T. C. F., Gomes, M. L. B., Oliveira, A. B., & Souza, M. C. F. (2011). Políticas de saúde e educação e a oferta dos cursos de especialização em enfermagem: 2001-2007. *Revista de Enfermagem UERJ*, 19(2), 292-298.
- Barrett, M., McKay, A., Dickson, C., Seto, J., Fisher, W., Read, R., ... Wong, T. (2012). Sexual health curriculum and training in Canadian medical schools: A study of family medicine, obstetrics and gynaecology and undergraduate medicine programs in 2011 with comparisons to 1996. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 21(2), 63-73.
- Barton-Burke, M., & Gustason, C. J. (2007). Sexuality in women with cancer. *Nursing Clinics of North America*, 42(4), 531-554.
- Bastos, A. V. B. (2006). Trabalho e qualificação: Questões conceituais e desafios pelo cenário de reestruturação produtiva. In J. E. Borges-Andrade, G. S. Abbad, & L. Mourão (Orgs.), *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: Fundamentos para a gestão de pessoas* (pp. 23-40). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Bauer, M., McAuliffe, L., Nay, R., & Chenco, C. (2013). Sexuality in older adults: Effect of an education intervention on attitudes and beliefs of residential aged care staff. *Educational Gerontology*, 39(2), 82-91.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Ermeij, G. (1979). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Bem, D. J. (1973). *Convicções, atitudes e assuntos humanos*. São Paulo, SP: EPU.
- Bersusa, A. A. S., Oliveira, L. S. S., Martins, C. L., Bógus, C. M., & Escuder, M. M. L. (2007). A construção das políticas de formação profissional de nível técnico de enfermagem para o SUS: Visitando experiências da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Revista Paulista de Enfermagem*, 26(2), 103-112.
- Black, J. M., Matassarini-Jacobs, E., & Cosendey, C. H. A. (1996). *Luckmann & Sorensen enfermagem médico-cirúrgica: Uma abordagem psicofisiológica*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1972a). *Taxonomia dos objetivos educacionais – domínio cognitivo*. Porto Alegre, RS: Globo.
- Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1972b). *Taxonomia dos objetivos educacionais – domínio afetivo*. Porto Alegre, RS: Globo.
- Bloom, B. S., Krathwohl, D. R., & Masia, B.B. (1972). *Taxonomia de objetivos educacionais, compêndio primeiro: Domínio cognitivo*. Porto Alegre, RS: Globo.
- Booth, S., Kendall, M., Fronek, P., Miller, D., & Geraghty, T. (2003). Training the interdisciplinary team in sexuality rehabilitation following spinal cord injury: A needs assessment. *Sexuality and Disability*, 21(4), 249-261.
- Borges-Andrade, J. E. (1982). Avaliação somativa de sistemas instrucionais: Integração de três propostas. *Tecnologia Educacional*, 11(46), 29-39.
- Borges-Andrade, J. E. (2002). Desenvolvimento de medidas em avaliação de treinamento [Número especial]. *Estudos de Psicologia*, 7, 31-43.
- Borges-Andrade, J. E. (2006). Avaliação integrada e somativa em TD&E. In J. E. Borges-Andrade, G. Abbad, & L. Mourão (Orgs.), *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: Fundamentos para a gestão de pessoas* (pp. 343-358). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Borges-Andrade, J. E., & Abbad, G. (1996). Treinamento e desenvolvimento: Reflexões sobre suas pesquisas. *Revista de Administração da USP*, 31(2), 112-125.

- Borges-Andrade, J. E., & Lima, S. V. L. (1983). Avaliação de necessidades de treinamento: Um método de análise de papel ocupacional. *Tecnologia Educacional*, 12(54), 6-22.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432.
- Boyatzis, R. E. (1982). *The competent manager: A model for effective performance (Bound)*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Brandão, H. P., & Guimarães, T. D. A. (2001). Gestão de competências e gestão de desempenho: Tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto? *Revista de Administração de Empresas*, 41(1), 8-15.
- Brás, M. A., Azeredo, Z. A., Nobre, J. C., & Silva, T. P. (2009). Formação sobre sexualidade dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários: Estudos de factores a ela associados. *Servir*, 57(1-2), 28-36.
- Brêtas, J. R. S., Lima, R. C., & Yamaguti, L. (2006) O corpo que cuidamos. In A. C. P. Brêtas & M. A. Gamba, *Enfermagem e saúde do adulto* (pp. 11-25). São Paulo, SP: Manole.
- Brêtas, J. R. S., Ohara, C. V. S., & Querino, I. D. (2008). Orientação sobre sexualidade para estudantes de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 568-574.
- Brown, J. (2002). Training needs assessment: A must for developing an effective training program. *Public Personnel Management*, 37(4), 569-578.
- Burgess, A., Commons, M., Safarik, M., Looper, R., & Ross, S. (2007). Sex offenders of the elderly: Classification by motive, typology, and predictors of severity of crime. *Aggression and Violent Behavior*, 12(5), 582-597.
- Campos, E. B. D. (2012). *Avaliação de necessidades de treinamento de empresários juniores brasileiros* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Carbone, C. (1995). A universidade e a gestão da mudança organizacional: A partir da análise sobre o conteúdo dos padrões interativos. *Revista de Administração Pública*, 29(1), 34-47.
- Carswell, A. D., & Venkatesh, V. (2002). Learner outcomes in an asynchronous distance education environment. *International Journal of Human-Computer Studies*, 56(5), 475-494.

- Carvalho, R. S. & Abbad, G. S. (2006). Avaliação de treinamento a distância: reação, suporte à transferência e impactos no trabalho. *Revista de Administração Contemporânea*, 10(1), 95-116.
- Carvalho, S., & Mourão, L. (2014). Análise de necessidades de treinamento em call centers. *REAd-Revista Eletrônica de Administração*, 20(3), 740-772.
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A., & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali, *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506-520). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Castro, P. M. R., & Borges-Andrade, J. E. (2004). Identificação das necessidades de capacitação profissional: O caso dos assistentes administrativos da Universidade de Brasília. *Revista de Administração da USP*, 39(1), 96-108.
- Cattani, A. D. (2000). *Formação profissional (verbetes)*. In A. D. Cattani (Org.), *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente em saúde: Descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986.
- Cecílio, L. C. O., & Merhy, E. E. (2003). A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In R. Pinheiro & R. A. Mattos, *Construção da integralidade: Cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 197-210). Rio de Janeiro, RJ: IMS/ABRASCO.
- Ceroni, P., Martins, C. L., Antôniolli, L., Cardozo Gonzales, R. I., Dal Pai, D., & Echevarría-Guanilo, M. E. (2015). Exposição corporal do paciente no olhar do acadêmico de enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(4), 3148-3162.
- Cerqueira-Santos, E., Winter, F. S., Salles, L. A., Longo, J. L., & Teodoro, M. L. M. (2007). Contato interpessoal e crenças sobre homossexualidade: Desenvolvimento de uma escala. *Interação em Psicologia*, 11(2), 221-229.
- Cesnik, V. M., & Santos, M. A. (2012a). Mastectomia e sexualidade: Uma revisão integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 339-349.
- Cesnik, V. M., & Santos, M. A. (2012b). Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 1001-1008.

- Cesnik, V. M., Vieira, E. M., Giami, A., Almeida, A. M., Santos, D. B., & Santos, M. A. (2013). The sexual life of women with breast cancer: Meanings attributed to the diagnosis and its impact on sexuality. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(2), 187-197.
- Cesnik, V. M., & Zerbini, T. (2017). Sexuality education for health professionals: A literature review. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(1).
- Chen, H. M., & Hung, S. T. (2012). The utility of O-T-P model in Taiwan Coast Guard. *Public Personnel Management*, 41(1), 15-43.
- Cláudio, V., Pereira, M., & Robalo, P. (1994). Sida! A falsa protecção que o amor tece. *Análise psicológica*, 12(2-3), 221-226.
- Colauto, R. D., & Beuren, I. M. (2003). Proposta para avaliação da gestão do conhecimento em entidade filantrópica: O caso de uma organização hospitalar. *Revista de Administração Contemporânea*, 7(4), 163-185.
- Collins, P. D., & Mullen, J. (1992). Training administrators for improved service delivery to small farmers: Experiences from Somalia. *International Journal of Public Administration*, 15(8), 1553-1578.
- Conselho Federal de Enfermagem (1986). Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União, seção 1*.
- Costa, L. H. R., & Coelho, E. D. A. C. (2013). Sexualidade e a interseção com o cuidado na prática profissional de enfermeiras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(4), 493-500.
- Costa, S. F. (2002). Gestão de pessoas em instituições do terceiro setor: Uma reflexão necessária. *Terra e Cultura*, 18(35), 40-58.
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10(7), 1-9.
- Cunha, G. B. D., Mesquita, I. M. R., Rosado, A. F. B., Sousa, T., & Pereira, P. (2010). Necessidades de formação para o exercício profissional na perspectiva do treinador de Futebol em função da sua experiência e nível de formação. *Motriz Revista de Educação Física*, 16(4), 931-941.

- Daud-Gallotti, R. M., Costa, S. F., Guimarães, T., Padilha, K. G., Inoue, E. N., Vasconcelos, T. N., ... & Levin, A. S. (2012). Nursing workload as a risk factor for healthcare associated infections in ICU: a prospective study. *PloS one*, 7(12), e52342.
- Dias, H. M. D. S., & Sim-Sim, M. M. S. F. (2015). Validation of the Sexuality Attitudes and Beliefs Survey (SABS) for the Portuguese population. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 196-201.
- Dillman, D. A. (2007). *Mail and internet surveys: The tailored design method*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Diniz, R. F., & Saldanha, A. A. W. (2008). Aids e velhice: Crenças e atitudes de agentes comunitários de saúde. *Temas em Psicologia*, 16(2), 185-198.
- Doherty, S., Byrne, M., Murphy, A. W., & McGee, H. M. (2011). Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients: A national survey in Ireland. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(2), 101-107.
- DiStefano, C., & Motl, R. W. (2006). Further investigating method effects associated with negatively worded items on self-report surveys. *Structural Equation Modeling*, 13(3), 440-464.
- Dutra, J. S. (2004). *Competências: Conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna*. São Paulo, SP: Atlas.
- Eerde, W., Tang, K. C. S., & Talbot, G. (2008). The mediating role of training utility in the relationship between training needs assessment and organizational effectiveness. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(1), 63-73.
- Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência. (2011). *Caracterização da Fundação – Objetivos*. Recuperado de <http://faepa.br/Html/Default.asp>
- Ferraz, A. P. C. M., & Belhot, R. V. (2010). Taxonomia de Bloom: Revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. *Gestão & Produção*, 17(2), 421-431.
- Ferreira, R. R. (2009). *Avaliação de necessidades de treinamento: Proposição e aplicação de um modelo teórico-metodológico nos níveis macro e meso organizacionais* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Ferreira, R. R., & Abbad, G. (2013). Training needs assessment: Where we are and where we should go. *BAR - Brazilian Administration Review*, 10(1), 77-99.

- Ferreira, R. R., Abbad, G. S., Pagotto, C., & Meneses, P. (2009). Avaliação de necessidades organizacionais de treinamento: O caso de uma empresa latino-americana de administração aeroportuária. *REAd - Revista Eletrônica de Administração*, 15(2), 349-375.
- Ferro, R. C., Almeida Filho, A. J., & Lourenço, L. H. S. C. (2006). Panorama das políticas públicas no setor saúde e a enfermagem na década de 1980. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10(3), 487-493.
- Figueiredo, M. A. C. (1994). *Profissionais de saúde e atitudes frente à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids): um estudo diferencial com base no modelo afetivo-cognitivo de Fishbein e Ajzen (1975)*. Tese de Livre Docência. Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competências [Edição Especial]. *Revista de Administração Contemporânea*, 5, 183-196.
- Fontes, W. D., Leadebal, O. D. C. P., & Ferreira, J. A. (2010). Competências para aplicação do processo de enfermagem: Auto-avaliação de discentes concluintes do curso de graduação. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11(3), 86-94.
- Ford, N. J., Vieira, E. M., & Villela, W. V. (2003). Beyond stereotypes of Brazilian male sexuality: Qualitative and quantitative findings from São Paulo, Brazil. *Culture, Health & Sexuality*, 5(1), 53-69.
- Freitas, I. A., & Brandão, H. P. (2006). Trilhas de aprendizagem como estratégia de TD&E. In J. E. Borges-Andrade, G. S. Abbad, & L. Mourão (Orgs), *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações de trabalho: Fundamentos para a gestão de pessoas* (pp. 97-113). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Fronek, P., Booth, S., Kendall, M., Miller, D., & Geraghty, T. (2005). The effectiveness of a sexuality training program for the interdisciplinary spinal cord injury rehabilitation team. *Sexuality and Disability*, 23(2), 51-63.
- Fronek, P., Kendall, M., Booth, S., Eugarde, E., & Geraghty, T. (2011). A longitudinal study of sexuality training for the interdisciplinary rehabilitation team. *Sexuality and Disability*, 29(2), 87-100.

- Gabrielli, J. M. W. (2004). *Formação do enfermeiro: Buracos negros e pontos de luz* (Tese de doutorado não publicada). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Gallagher, K., Cass, H., Black, R., & Norridge, M. (2012). A training needs analysis of neonatal and paediatric health-care staff in a tertiary children's hospital. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(4), 197-201.
- Gir, E., Coelho de Andrade, L. M., Hayashida, M., Morais Fernández, A. P., & Reis, R. K. (2003). Situações acadêmicas que envolvem a dimensão sexual: visão de graduandos em enfermagem. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 14(1), 69-86.
- Gir, E., Nogueira, M. S., & Pelá, N. T. R. (2000). Sexualidade humana na formação do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(2), 33-40.
- Goldstein, I. L. (1991). Training in work organizations. In M. D. Dunnette & L. M. Hough (Orgs.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 507-619). Palo Alto, CA: Consulting Psychology.
- Gondim, S. M. G., Bastos, A. V. B., Borges-Andrade, J. E., & Melo, L. C. T. (2006). Práticas inovadoras em gestão de produção e de pessoas e TD&E. In J. E. Borges-Andrade, G. S. Abbad, & L. Mourão (Orgs.), *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: Fundamentos para a gestão de pessoas* (pp. 65-84). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Gould, D., Kelly, D., White, I., & Chidgey, J. (2004). Training needs analysis. A literature review and reappraisal. *International Journal of Nursing Studies*, 41(5), 471-486.
- Gouveia, V. V., Lima, T. J. S., Gouveia, R. S. V., Freires, L. A., & Barbosa, L. H. G. M. (2012). Questionário de Saúde Geral (QSG-12): O efeito de itens negativos em sua estrutura fatorial. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(2), 375-384.
- Gozzo, T. O., Fustinoni, S. M., Barbieri, M., Roehr, W. M., & Freitas, I. A. (2000). Sexualidade feminina: Compreendendo seu significado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(3), 84-90.
- Grason, H., Kavanagh, L., Dooley, S., Partelow, J., Sharkey, A., Bradley, K. J., & Handler, A. (2012). Findings from an assessment of state Title V workforce development needs. *Maternal and Child Health Journal*, 16(1), 7-20.
- Günther, H. (2003). *Como elaborar um questionário*. Brasília, DF: UnB/Laboratório de Psicologia Ambiental.

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2007). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre, RS: Bookman.
- Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2013). Physical health care for people with mental illness: Training needs for nurses. *Nurse Education Today*, 33(4), 396-401.
- Happell, B., Scott, D., Nankivell, J., & Platania-Phung, C. (2013). Nurses' views on training needs to increase provision of primary care for consumers with serious mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(3), 210-217.
- Herculano-Houzel, S. (2013). Preferência sexual não é opção. *Revista Mente Cérebro*, 19(242), 17.
- Higgins, A., Sharek, D., Nolan, M., Sheerin, B., Flanagan, P., Slaicuinaite, S., ... Walsh, H. (2012). Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people who have an acquired physical disability. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2559-2569.
- Hoffman-Câmara, R., Abbad, G. D. S., Meneses, P. P. M., & Ferreira, R. R. (2010). Necessidades educacionais complementares do bacharel em turismo: Aplicação do método da análise do papel ocupacional. *PASOS Revista de Turismo y Patrimonio Cultural*, 8(2), 305-318.
- Holton, E. F., III, Bates, R. A., & Naquin, S. S. (2000). Large-scale performance-driven training needs assessment: A case study. *Public Personnel Management*, 29(2), 249-267.
- Hudson, W. W., Murphy, G. J., & Nurius, P. S. (1983). A short-form scale to measure liberal vs. conservative orientations toward human sexual expression. *Journal of Sex Research*, 19(3), 258-272.
- Huerta, M. E., Audet, X. L., & Sabata, M. P. (2012). The GDOR model. A new methodology for the analysis of training needs: The case of Andorra. *Intangible Capital*, 8(2), 406-424.
- International Test Commission. (2005). *International Test Commission guidelines for translating and adapting tests*. Recuperado de https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation.pdf
- Iqbal, M. Z., & Khan, R. A. (2011). The growing concept and uses of training needs assessment: A review with proposed model. *Journal of European Industrial Training*, 35(5), 439-466.

- Jablonski, B. (1998). Crenças e crendices sobre sexualidade humana. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14(3), 209-218.
- Julien, J. O., Thom, B., & Kline, N. E. (2010). Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. *Oncology Nursing Forum*, 37(3), E186–E190.
- Junqueira, L. C. U., Vieira, E. M., Giami, A., & Santos, M. A. (2013). Análise da comunicação acerca da sexualidade, estabelecida pelas enfermeiras, com pacientes no contexto assistencial do câncer de mama. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 17(44), 89-101.
- Kaplan, M., & Pacelli, R. (2011). The sexuality discussion: Tools for the oncology nurse. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 15-17.
- Kazukauskas, K. A., & Lam, C. S. (2010). Disability and sexuality: Knowledge, attitudes, and level of comfort among certified rehabilitation counselors. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 54(1), 15-25.
- Kendall, M., Booth, S., Fronek, P., Miller, D., & Geraghty, T. (2003). The development of a scale to assess the training needs of professionals in providing sexuality rehabilitation following spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 21(1), 49-64.
- Kim, H. W., Jung, Y. Y., & Park, S. (2012). Evaluation and application of the Korean version of the sexuality attitudes and beliefs survey for nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(6), 889-897.
- Kim, S., Kang, H. S., & Kim, J. H. (2011). A sexual health care attitude scale for nurses: Development and psychometric evaluation. *International journal of nursing studies*, 48(12), 1522-1532.
- Kok, G., Schaalma, H., Ruiter, R. A., Van Empelen, P., & Brug, J. (2004). Intervention mapping: Protocol for applying health psychology theory to prevention programmes. *Journal of Health Psychology*, 9, 85-98.
- Kong, S. K. F., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2009). Nursing students' knowledge, attitude and readiness to work for clients with sexual health concerns. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2372-2382.
- Kozlowski, S. W. J., Brown, K. G., Weissbein, D. A., Cannon-Bowers, J. A., & Salas, E. (2000). A multilevel approach to training effectiveness: Enhancing horizontal and vertical transfer. In K. J. Klein & S. W. J. Koslowski (Eds.), *Multilevel theory, research, and methods in organizations* (pp. 157-210). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Krathwohl, D. R. (2002). A revision of Bloom's taxonomy: An overview. *Theory into Practice*, 41(4), 212-218.
- Krüger, H. (1986). *Introdução à psicologia social*. São Paulo, SP: Epu.
- Krüger, H. (1993). Crenças e sistemas de crenças. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 45(1-2), 3-15.
- Lacerda, E. R. M. & Abbad, G. (2003). Impacto do treinamento no trabalho: investigando variáveis motivacionais e organizacionais como suas preditoras. *Revista de Administração Contemporânea*, 7(4), 77-96.
- Langer-Most, O., & Langer, N. (2010). Aging and sexuality: How much do gynecologists know and care? *Journal of Women & Aging*, 22(4), 283-289.
- Lara, L. A. D. S., & Abdo, C. H. N. (2015). Aspectos da atividade sexual precoce. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 37(5), 199-202.
- Laranjeira, S. M. G. (2000). Qualificação. In A. D. Cattani (Org.), *Trabalho e tecnologia: Dicionário crítico* (4a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Laros, J. A. (2004). O uso da análise fatorial: Algumas diretrizes para pesquisadores. In L. Pasquali (Org.), *Análise fatorial para pesquisadores* (pp. 163-184). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Le Bortef, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Lima, R. C. D., & Brêtas, J. R. D. S. (2006). A corporalidade do cliente segundo representações de estudantes de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 727-733.
- Lima, S. M. V., & Borges-Andrade, J. E. (2006). Bases conceituais e teóricas de avaliação de necessidades em TD&E. In J. E. Borges-Andrade, G. Abbad, & L. Mourão (Orgs.), *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: Fundamentos para a gestão de pessoas* (pp. 343-358). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Lima, S. M. V., Castro, A. M. G. D., & Machado, M. D. S. (2007). Metodologia de avaliação de necessidade futura de competências essenciais em organizações de P&D, com base no processo de geração do conhecimento. *Revista Psicologia*, 7(2), 5-29.

- Lima, V. V. (2005). Competência: Distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 369-379.
- Lourenço, L. M. (1993). *Crenças e crendices sobre a sexualidade humana* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, RJ.
- Lucchese, R., Vera, I., & Pereira, W. R. (2010). As políticas públicas de saúde - SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(3), 562-566.
- Magalhães, M. L., & Borges-Andrade, J. E. (2001). Auto e hetero-avaliação no diagnóstico de necessidades de treinamento. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 6(1), 33-50.
- Mager, R. F., & Pipe, P. (1983). *Análise de problemas de desempenho*. Porto Alegre, RS: Globo.
- Magnan, M. A., & Norris, D. M. (2008). Nursing student's perceptions of barriers to addressing patient sexuality concerns. *Journal of Nursing Education*, 47(6), 260-267.
- Magnan, M. A., Reynolds, K. E., & Galvin, E. A. (2005). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *Medsurg Nursing*, 14(5), 282.
- Mall, S., & Swartz, L. (2012). Parents' anxieties about the risk of HIV/Aids for their deaf and hard of hearing adolescents in South Africa: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 17, 764-773.
- Mancia, J. R., Cabral, L. C., & Koerich, M. S. (2004). Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 605-610.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2013). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Martinez, L. (2007). Effective communication: Overcoming the embarrassment. Recuperado de <http://www.femalepatient.com/PDF/032020033.pdf>
- Matell, M. S., & Jacoby, J. (1971). Is there an optimal number of alternatives for likert scale items? Study I: Reliability e validity. *Educational and Psychological Measurement*, 31(3), 657-674.
- Mayo, E. (1946). *Problemas humanos de uma civilización industrial*. Buenos Aires, Argentina: Galatea-Nueva Visión.

- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for "intelligence". *American psychologist*, 28(1), 1.
- McEnery, J., & McEnery, J. M. (1987). Self-rating in management training needs assessment: A neglected opportunity? *Journal of Occupational Psychology*, 60(1), 49-60.
- McGehee, W., & Thayer, P. W. (1961). *Training in business and industry*. New York, NY: Wiley.
- McRae, N. (2012). Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 222-229.
- Mendes, E., & Cláudio, V. (2010). Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem, engenharia e psicologia acerca da violência doméstica. *Anais do Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 7, 3219-3230.
- Meneses, P. P. M., Abbad, G., Zerbini, T., & Lacerda, E. (2006). Medidas de características da clientela em avaliação de TD&E. In J. E. Borges-Andrade, G. Abbad, & L. Mourão (Orgs.), *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: Fundamentos para a gestão de pessoas* (pp. 422-442). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Meneses, P. P. M., & Zerbini, T. (2009). Levantamento de necessidades de treinamento: Reflexões atuais. *Análise*, 20(2), 50-64.
- Meneses, P. P. M., Zerbini, T., & Abbad, G. (2010). *Manual de treinamento organizacional*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Miles, J., & Shevlin, M. (2001). *Applying regression & correlation: A guide for students and researchers*. London, England: SAGE.
- Ministério da Educação. (1994). Portaria No. 1.721, de 16 de dezembro de 1994. Estabelece o currículo mínimo do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União, seção 1*.
- Ministério da Educação. (1999). Resolução CEB No. 4, de dezembro de 1999. Institui as diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico. *Diário Oficial da União, seção 1*.
- Ministério da Educação. (2001a). Parecer CNE/CES No. 1.133, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da União, seção 1*.

- Ministério da Educação. (2001b). Resolução CNE/CES No. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União, seção 1*.
- Ministério da Saúde. (2006). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS 2006: Atividade sexual e anticoncepção*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/atividade_sexual.php
- Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. (2002a). *Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem* (2a ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Ministério da Saúde. (2002b). *PROFAE: Educação profissional em saúde e cidadania*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2003a). *Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2003b). *Fórum Nacional do PROFAE, 1. Construindo uma política de formação profissional em saúde. Relatório Geral*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2012a). *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGTES: políticas e ações*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012b). *Resolução No. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde.
- Ministério do Trabalho e Emprego. (2014). *CBO - Classificação Brasileira de Ocupações*. Recuperado de <http://www.mtecho.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>
- Mira, V. L., Peduzzi, M., Melleiro, M. M., Tronchin, D. M. R., Prado, M. F. F., Santos, P. T., ... Borges-Andrade, J. E. (2011). Análise do processo de avaliação da aprendizagem de ações educativas de profissionais de enfermagem [Número especial]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 1574-1581.
- Montanholi, L. L., Tavares, D. M. S., & Oliveira, G. D. (2006). Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Rev bras enferm*, 59(5), 661-5.

- Moore, A., Higgins, A., & Sharek, D. (2013). Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(4), 416-422.
- Moraes, V. V., Borges-Andrade, J. E., & Queiroga, F. (2011). Construção e validação de medida para diagnóstico de competências relativas às funções de prefeito (a) e secretário (a) municipal. *Revista de Administração Pública*, 45(5), 1445-1461.
- Morano, R. (1973) Determining organizational training needs. *Personnel Psychology*, 26(4), 479-487.
- Mourão, L., & Puente-Palacios, K. E. (2006). Formação profissional. In J. E. Borges-Andrade, G. Abbad, & L. Mourão (Orgs.), *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: Fundamentos para a gestão de pessoas* (pp. 41-64). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Nikandrou, I., Brinia, V., & Bereri, E. (2009). Trainee perceptions of training transfer: An empirical analysis. *Journal of European Industrial Training*, 33(3), 255-270.
- Noe, R. A., Clarke, A. D., & Klein, H. J. (2014). Learning in the twenty-first-century workplace. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 245-275.
- Oezdemir, L., & Akdemir, N. (2008). Nurses' knowledge and practice involving patients' resuming sexual activity following myocardial infraction: Implications for training. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 42-52.
- Oliveira-Campos, M., Giatti, L., Malta, D., & Barreto, S. M. (2013). Contextual factors associated with sexual behavior among Brazilian adolescents. *Annals of Epidemiology*, 23(10), 629-635.
- Olsson, C., Berglund, A. L., Larsson, M., & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality—A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 426-431.
- Paiva, V., Aranha, F., Bastos, F. I., & Grupo de Estudos em População, S. (2008). Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: Pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista de Saúde Pública*, 42(Supl. 1), 54-64.
- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 206-213.

- Pasquali, L. (2004). *Análise fatorial para pesquisadores*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(SPE), 992-999.
- Pasquali, L., Souza, M. S. C., & Tanizaki, T. Y. (1985). Escala de atitude diante da sexualidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 1(2), 175-194.
- Patton, D., & Pratt, C. (2002). Assessing the training needs to high-potential managers. *Public Personnel Management*, 31(4), 465-484.
- Pennington, H. (2011). Using a training needs analysis framework in career development. *Nursing Management*, 18(2), 32.
- Péres, D. S., Magna, J. M., & Viana, L. A. (2003). Portador de hipertensão arterial: Atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública*, 37(5), 635-42.
- Pilati, R., & Borges-Andrade, J. E. (2006). Construção de medidas e delineamentos em avaliação de TD&E. In J. E. Borges-Andrade, G. Abbad, & L. Mourão (Orgs.), *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: Fundamentos para a gestão de pessoas* (pp. 359- 384). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pont, T. (2003). *Developing effective training skills: From personal insight to organisational performance* (3rd ed.). London, England: Chartered Institute of Personnel and Development.
- Post, M. W. M., Gianotten, W. L., Heijnen, L., Lambers, E., & Willems, M. (2008). Sexological competence of different rehabilitation disciplines and effects of a discipline-specific sexological training. *Sexuality and Disability*, 26(1), 3-14.
- Prahalad, C. K., & Hamel, G. (1990). The core competence of the corporation. *Harvard Business Review*, 68(3), 79-91.
- Pupulim, J. S. L., & Sawada, N. O. (2005). Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: Incidentes críticos relatados por enfermeiras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 388-396.
- Quinn, C. (2011). It's okay to talk about sex. *The Australian Nursing Journal: ANJ*, 19(6), 34.

- Quinn, C., & Happell, B. (2012). Getting BETTER: Breaking the ice and warming to the inclusion of sexuality in mental health nursing care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(2), 154-162.
- Quinn, C., Happell, B., & Browne, G. (2011). Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), 21-28.
- Quinn, C., Happell, B., & Welch, A. (2013). Talking about sex as part of our role: Making and sustaining practice change. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 231-240.
- Ramini, J. A. F. (1992). Insuficiente educación sexual en Medicina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 38(2), 123-30.
- Rech, R. A., & de Lima Trindade, L. (2015). Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de enfermagem da oncologia do Brasil e Portugal. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(4), 925-933.
- Reichenheim, M. E., & Moraes, C. L. (2007). Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 665-73.
- Ressel, L. B., & Gualda, D. M. R. (2002). A sexualidade invisível ou oculta na enfermagem? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(1), 75-79.
- Reynolds, K. E., & Magnan, M. A. (2005). Nursing attitudes and beliefs toward human sexuality: Collaborative research promoting evidence-based practice. *Clinical Nurse Specialist*, 19(5), 255-259.
- Rodrigues, A. (1975). *A pesquisa experimental em psicologia e educação*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L., & Jablonski, B. (2009). *Psicologia social* (27a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Rodrigues, C. H. (2012). *Avaliação de necessidades de treinamento: Validação de um instrumento e estudo descritivo dos aspectos considerados por organizações públicas federais brasileiras na realização da ANT* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Roszkowski, M. J., & Soven, M. (2010). Shifting gears: Consequences of including two negatively worded items in the middle of a positively worded questionnaire. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 35(1), 113-130.

- Ruas, R. (2005). Gestão por competências: Uma contribuição à estratégia das organizações. In R. Ruas, C. S. Antonello, & L. H. Boff (Orgs.), *Os novos horizontes da gestão: Aprendizagem organizacional e competências* (pp. 34-55). Porto Alegre, RS: Bookman.
- Salas, E., & Cannon-Bowers, J. A. (2001). The science of training: A decade of progress. *Annual Review of Psychology*, 52, 471-499.
- Sant'anna, A. S. (2002). *Competências Individuais Requeridas, Modernidade Organizacional e Satisfação no Trabalho: uma análise de organizações mineiras sob a ótica de profissionais da área de administração*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Santos, L., & Campos, M. (2008). Approaching human sexuality during nursing graduation. *Nursing (São Paulo)*, 10(117), 81-86.
- Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: Nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308-1316.
- Scerni, R. (2010, 20 de dezembro). Opção ou orientação sexual? [Mensagem em um blog]. Recuperado de <https://semhomofobia.wordpress.com/2010/12/20/opcao-ou-orientacao-sexual/>
- Schmitt, N., & Stults, D. M. (1985). Factors defined by negatively keyed items: The result of careless respondents? *Applied Psychological Measurement*, 9(4), 367-373.
- Sehnem, G. D., Ressel, L. B., Junges, C. F., Silva, F. M., & Barreto, C. N. (2013). A sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(1), 90-96.
- Sereno, S., Leal, I., & Maroco, J. (2009). Construção e validação de um questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 193-204.
- Serrano, S. (2005). Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: Atitudes, crenças e intenções comportamentais. *Análise Psicológica*, 23(2), 137-150.
- Spector, P. E., Van Katwyk, P. T., Brannick, M. T., & Chen, P. Y. (1997). When two factors don't reflect two constructs: How item characteristics can produce artifactual factors. *Journal of Management*, 23(5), 659-677.
- Shimizu, H. E., Lima, M. G., & Santana, M. N. G. S. T. (2007). O modelo de competências na formação de trabalhadores de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(2), 161-166.

- Silva, G. G., & Meneses, P. P. M. (2012). Necessidades de treinamento organizacional e motivação para trabalhar. *REAd - Revista Eletrônica de Administração*, 71(1), 27-62.
- Silva, K. L., & Sena, R. R. (2008). Integralidade do cuidado na saúde: Indicações a partir da formação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 48-56.
- Silva, N. (2001). *As interfaces entre cultura e aprendizagem organizacional: O caso de uma empresa do setor cerâmico de Santa Catarina* (Tese de doutorado não publicada). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Simpson, G., Anwar, S., Wilson, J., & Bertapelle, T. (2006). Improving the rehabilitative management of client sexual health concerns after neurological disability: Evaluation of a staff sexuality training programme in New Zealand. *Clinical Rehabilitation*, 20(10), 847-859.
- Skica, T., & Rodzinka, J. (2012). The analysis of training needs in public institutions operating in health care sector in the podkarpacie province. *Financial Internet Quarterly E-Finance*, 8(1), 85-101.
- Souza, L. B. (1995). *Atitudes frente ao trabalho e indicadores de saúde mental: um estudo em função de diferenças entre sexos e níveis de escolaridade*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Sung, S. C., & Lin, Y. C. (2013). Effectiveness of the sexual healthcare education in nursing students' knowledge, attitude, and self-efficacy on sexual healthcare. *Nurse Education Today*, 33(5), 498-503.
- Sutton, A., & Booth, A. (2012). What type of leader am I?: A training needs analysis of health library and information managers. *Health Information & Libraries Journal*, 29(1), 39-46.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). New York, NY: Allyn and Bacon.
- Talhaferro, B., Lemos, S. S., & Oliveira, E. (2007). Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 14(1), 17-22.
- Tamayo, N. (2002). *Autoconceito Profissional, Suporte à Transferência e Impacto de Treinamento no Trabalho*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Tannenbaum, S. I., & Yukl, G. (1992). Training and development in work organizations. *Annual Review of Psychology*, 43, 399-441.

- Tao, Y. H., Yeh, C. R., & Sun, S. I. (2006). Improving training needs assessment processes via the Internet: System design and qualitative study. *Internet Research*, 16(4), 427-449.
- Tavares, C. M. M. (2006). A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(2), 287-95.
- Taylor, P. J., Driscoll, M. P., & Binning, J. F. (1998). A new integrated framework for training needs analysis. *Human Resource Management Journal*, 8(2), 29-50.
- Tsai, L. Y., Huang, C. Y., Liao, W. C., Tseng, T. H., & Lai, T. J. (2013). Assessing student nurses' learning needs for addressing patients' sexual health concerns in Taiwan. *Nurse Education Today*, 33(2), 152-159.
- Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas. (2011). *Institucional..* Recuperado de <http://www.hcrp.fmrp.usp.br>
- Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas. (2015). *Relatório de atividades 2014*. Recuperado de http://www.hcrp.usp.br/sitehc/upload/RelatoriodeAtividades_HCRP_2014.pdf
- Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas. (2016). *Relatório de gestão 2011–2015*. Recuperado de <http://www.hcrp.usp.br/sitehc/upload/gestao%202015%20-%20Virtual-net.pdf>
- Vargas, L. M. (2010). *Avaliação de necessidades de treinamento: O uso da metodologia de análise do papel ocupacional em empresa de pequeno porte* (Monografia de bacharelado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Vargas, M. R. M., & Abbad, G. S. (2006) *Bases conceituais em treinamento, desenvolvimento e educação - TD&E*. In J. E. Borges-Andrade, G. Abbad, & L. Mourão (Orgs.), *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: Fundamentos para a gestão de pessoas* (pp. 199-215). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Vieira, E. M., Ford, N. J., Santos, M. A. D., Junqueira, L. C. U., & Giami, A. (2013). Representations of nurses regarding sexuality of women treated for breast cancer in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 2049-2056.
- Waldow, V. R. (2001). O cuidar humano: Reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. *Revista Enfermagem UERJ*, 9(3), 284-293.
- Wallston, K. A. (2005). The validity of the multidimensional health locus of control scales. *Journal of Health Psychology*, 10, 623-631.

- White, C. B. (1982). A scale for the assessment of attitudes and knowledge regarding sexuality in the aged. *Archives of Sexual Behavior*, 11(6), 491-502.
- Wilmoth, M. C. (2007). Sexuality: A critical component of quality of life in chronic disease. *Nursing Clinics of North America*, 42(4), 507-514.
- Wisniewski, D., Gróss, G., & Bittencourt, R. (2014). A influência da sobrecarga de trabalho do enfermeiro na qualidade da assistência pré-natal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 27(2), 177-182.
- World Health Organization. (1975). *Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (1986). *Basic documents*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2001). *Transforming health systems: Gender and rights in reproductive health*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Wright, D., & Pugnaire-Gros, C. (2010). Let's talk about sex: Promoting staff dialogue on a mental health nursing unit. *Journal for Nurses in Staff Development*, 26(6), 250-255.
- Yıldız, H., & Dereli, E. (2012). The views and attitudes of nurses on the topic of sexual counseling. *Sexuality and Disability*, 30(1), 89-95.
- Zang, Y. L., Chung, L. Y., & Wong, T. K. (2009). Chinese female nurses' perceptions of male genitalia-related care—Part 1. *Journal of Clinical Nursing*, 18(6), 817-825.
- Zarifian, P. (2001). *Objetivo competência: Por uma lógica*. São Paulo, SP: Atlas.
- Zerbini, T. (2007). *Avaliação da transferência de treinamento em curso a distância* (Tese de doutorado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Zerbini, T. & Abbad, G. (2005). Impacto de treinamento no trabalho via *internet*. *Revista de Administração de Empresas Eletrônica*, 4 (2).
- Zerbini, T., & Abbad, G. (2010). Transferência de treinamento e impacto do treinamento no trabalho: Análise crítica da literatura. *Revista Psicologia*, 10(2), 97-111.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A: E-MAIL DE CONVITE PARA PARCERIA DE PESQUISA COM HOSPITAIS

Boa tarde,

Sou aluna de mestrado em Psicologia no campus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) e gostaria de saber se existe possibilidade de parceria de pesquisa com este hospital para realizar a coleta de dados do projeto de mestrado: “Avaliação de Necessidades de Treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade” com os Profissionais de Enfermagem deste hospital. Já temos a parceria com o HCFMRP-USP e gostaríamos de incluir mais uma organização hospitalar.

Como posso proceder para realizar esse pedido de maneira formal?

Aguardo retorno.

Atenciosamente,

Vanessa Monteiro Cesnik

APÊNDICE B: CARTA DE PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO ESCRITA PELA ORIENTADORA

FACULDADE DE FILOSOFIA CIÊNCIAS E LETRAS
DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – MONTE ALEGRE
CEP: 14048-900-RIBEIRÃO PRETO - SP

Ribeirão Preto, 15 de março de 2013

Venho pedir sua autorização para que a aluna Vanessa Monteiro Cesnik, orientada por mim, realize a coleta de dados do projeto de mestrado: "Avaliação de Necessidades de Treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade" com os Profissionais de Enfermagem deste renomado hospital.

Pretendemos realizar a coleta de dados à distância, por meio da *internet*, através da qual o *link* do questionário digitalizado será enviado via *e-mail* para todos os profissionais de enfermagem da organização-alvo, tendo respeitados os aspectos éticos envolvidos.

Juntamente com este pedido, enviamos o projeto de mestrado que será realizado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Thais Zerbini

APÊNDICE C: E-MAIL DE CONVITE PARA PARCERIA DE PESQUISA COM COREN

Olá, Boa tarde.

Encontrei esse e-mail no web site do COREN. Sou mestranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP e minha pesquisa busca avaliar necessidades de treinamento dos profissionais de enfermagem (nível técnico e superior) na área da sexualidade. Fiz parceria com o HC-FMRP-USP e venho solicitar a possibilidade de divulgar o convite da minha pesquisa na lista de e-mails dos profissionais de enfermagem do COREN.

Envio em anexo a carta de solicitação assinada pela minha orientadora Thais Zerbini, a aprovação do Comitê de Ética do HC-FMRP e o projeto de mestrado detalhando os objetivos e procedimentos teórico-metodológicos envolvidos. Envio também um arquivo com o corpo do texto dos e-mails a serem enviados, contendo o *link* para a pesquisa.

Seria possível atender essa solicitação? Existe algum procedimento que eu deva realizar para isso?

Qualquer dúvida, estarei à disposição.

Aguardo retorno,

Atenciosamente,

Vanessa Monteiro Cesnik

APÊNDICE D: E-MAIL DE CONVITE PARA PARCERIA DE PESQUISA COM COFEN

À Assessoria de Comunicação do Cofen (ASCOM),

Vou ser breve com a minha solicitação.

Meu nome é Vanessa, sou psicóloga e faço doutorado na Universidade de São Paulo.

Minha pesquisa envolve o seguinte questionamento: ***Lidar com a sexualidade dos pacientes faz parte do trabalho dos profissionais de enfermagem?***

Para a pesquisa desenvolvi um questionário que ajudará a responder essa questão. O objetivo é alcançar o máximo de **profissionais de enfermagem do Brasil** (de nível técnico e superior) e por isso solicito a ajuda deste estimado Conselho para a divulgação do e-mail com *link* para responder a pesquisa.

Antes de desenvolver esta pesquisa tive contato com **mulheres com câncer de mama** que tiveram dificuldades na sexualidade depois de retirar a mama e **relataram problemas com os profissionais de saúde** em lidar com essas questões. Pesquisei nos **registros oficiais** sobre atividades e competências dos profissionais de enfermagem e encontrei **muito pouco sobre a sexualidade dos pacientes**.

Por isso desenvolvi esta pesquisa, com o objetivo de listar as **competências sobre sexualidade** que são importantes para o trabalho dos profissionais de enfermagem e, além disso, saber que fatores interferem na **demand**a deles por treinamento nesta área.

No futuro essas informações servirão para **criar treinamentos na área da sexualidade** para **ajudar os profissionais de enfermagem** de todo o Brasil a lidar com essa demanda.

Nada disso será possível sem a ajuda de vocês!

Qualquer dúvida, estarei à disposição.

Vanessa Monteiro Cesnik

Psicóloga | CRP 06/108775

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia - FFCLRP-USP

LabPOT - Laboratório de Psicologia Organizacional e do Trabalho

www.labpotusp.com

APÊNDICE E: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PROFISSIONAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante:

Convido-o a participar voluntariamente na pesquisa intitulada “Necessidades de Treinamento: Questões de Sexualidade do Paciente na Atuação do Profissional de Enfermagem”. A pesquisa faz parte do meu projeto de mestrado do curso de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP).

O objetivo deste estudo é investigar as necessidades de treinamento do profissional de enfermagem em relação à temática da sexualidade do paciente em contexto hospitalar. Para tal, preciso de sua colaboração para poder obter as informações necessárias. A coleta de dados poderá ser realizada das seguintes formas: a) presencialmente, com a realização de entrevista individual com duração de aproximadamente 40 minutos; b) presencialmente, com realização de entrevista individual de aproximadamente 30 minutos; c) à distância, através do envio de questionários digitalizados via *e-mail*, tendo respeitados os aspectos éticos envolvidos.

Como forma de sigilo, seu nome não foi utilizado em qualquer fase da pesquisa, garantindo o seu anonimato. Além disso, outras informações são relevantes, a saber: não lhe foi cobrado nada, não haverá gastos nem riscos na sua participação neste estudo, não estão previstos ressarcimentos ou indenizações, e não haverá benefícios imediatos na sua participação. Os resultados obtidos contribuirão com os estudos sobre avaliação de necessidades de treinamento na temática da sexualidade em contexto hospitalar.

Registro que sua participação é voluntária e que você poderá se recusar a participar da pesquisa, retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação a qualquer momento.

Desde já agradeço sua atenção e colaboração. Coloco-me à disposição para maiores informações pelo telefone (16) 8816-6786 ou pelo e-mail cesnik_pesquisa@hotmail.com. Em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre a pesquisa você também poderá entrar em contato com a Prof.^a. Dr.^a. Thaís Zerbini, responsável pela orientação deste projeto no telefone (16) 3602-4687 ou pelo e-mail thaiszerbini@ffclrp.usp.br.

 Confirmando que Vanessa Monteiro Cesnik me explicou os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para a minha participação também foram discutidas. Eu, _____, li e compreendi este termo de consentimento livre e esclarecido, portanto, concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

 Assinatura do Participante e Data

 Assinatura do Pesquisador e Data

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com a assinatura do (a) pesquisador (a) e do (a) participante do estudo, foi redigido em duas vias, de forma que uma via seja entregue ao participante e a outra fique com o (a) pesquisador (a).

APÊNDICE F: ROTEIRO PARA MAPEAMENTO DOS CHAS – CONSTRUÇÃO DO NTES

Departamento de Psicologia
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS

1. A sexualidade dos pacientes é uma dimensão do cuidado em enfermagem?
2. Faz parte das atribuições profissionais?
3. Existem orientações que costuma dar aos pacientes?
4. Nos atendimentos quem tem a iniciativa de falar sobre vida sexual (paciente ou Profissional)?
5. O conhecimento sobre sexualidade é dispensável ou indispensável para seu trabalho?
6. Conversa com outros profissionais sobre essa temática?
7. Já teve alguma capacitação nessa área? Como foi? Que temas foram abordados?
8. Se não teve, o que acha de uma capacitação? Sugestão de temas.
9. Quais situações relacionadas à sexualidade ocorrem com maior frequência durante seus atendimentos?

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: COMPETÊNCIAS E CONDIÇÕES

Sua tarefa consiste em descrever as competências necessárias ao atendimento eficaz dos pacientes em relação às questões ligadas à sexualidade:

- Definição de Competência:
 - Recursos necessários para que determinado indivíduo possa desempenhar adequadamente suas atividades.
- Dica:
 - Devem refletir um desempenho observável, indicado a partir da utilização de verbos de ação mensuráveis e concretos.
- Exemplos:
 - Descrever as principais etapas necessárias à montagem de um equipamento.
 - Explicar os componentes de um equipamento médico-hospitalar.
 - Avaliar o impacto de determinado projeto na produção de equipamentos.
 - Identificar necessidades dos clientes.
 - Demonstrar tolerância em situações de conflito de interesses

1. Descrição das Atividades

- ❖ Tarefa
- ❖ Tempo para execução
- ❖ Peridiocidade
- ❖ Dependência / Autonomia

APÊNDICE G: INSTRUÇÕES PARA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA DOS INSTRUMENTOS NTES E CAES

Validação Semântica dos itens do Instrumento “Avaliação de Necessidades de Treinamento de Profissionais de Enfermagem na área da Sexualidade” (NTES).

Caro profissional de enfermagem,

Este questionário tem como objetivo identificar sistematicamente as necessidades de treinamento em relação a questões de sexualidade do paciente no contexto hospitalar. Gostaria de obter sua opinião sobre a clareza dos itens deste instrumento para aprimorá-lo.

Em função disso, pedimos que leia cada um dos itens e me diga se o item apresenta clareza, se está redigido corretamente, e se você gostaria de fazer alguma sugestão para alteração.

Desde já agradeço a sua participação.

Seguem abaixo as instruções do instrumento e os itens para serem avaliados.

Validação Semântica dos itens do Instrumento “Crenças e Atitudes de Profissionais de Enfermagem frente à Sexualidade” (CAES).

Caro profissional de enfermagem,

Este questionário tem como objetivo identificar as atitudes e crenças dos profissionais de enfermagem em relação a questões ligadas à sexualidade do paciente no contexto hospitalar. Gostaria de obter sua opinião sobre a clareza dos itens deste instrumento para aprimorá-lo.

Em função disso, pedimos que leia cada um dos itens e me diga se o item apresenta clareza, se está redigido corretamente, e se você gostaria de fazer alguma sugestão para alteração.

Desde já agradeço a sua participação.

Seguem abaixo as instruções do instrumento e os itens para serem avaliados.

APÊNDICE H: INSTRUÇÕES PARA VALIDAÇÃO POR JUÍZES DO NTES – PARTE 1

Prezado (a) professor (a),

Sou aluna de Mestrado do Programa de Pós-Graduação da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto. O projeto que desenvolvo, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Thaís Zerbini, versa sobre a avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade. Um dos objetivos da pesquisa é a criação do instrumento “Avaliação de Necessidades de Treinamento de Profissionais de Enfermagem na área da Sexualidade” e posterior validação estatística.

A construção dos itens fundamentou-se em entrevistas individuais com uma amostra de profissionais de enfermagem do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto focando nesta entrevista as competências relacionadas à sexualidade do paciente que são necessárias para uma atuação profissional adequada. O resultado foi uma versão composta por 33 itens, a qual foi submetida à validação semântica.

O instrumento foi aplicado em uma população de profissionais de enfermagem (nível técnico e nível superior) que trabalham no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e em outros hospitais se possível, aos quais foi solicitada a resposta aos itens de acordo com a importância e o domínio que eles têm de cada competência listada, segundo uma escala de cinco pontos.

Para a validação do instrumento, solicitamos a sua colaboração para realizar a revisão dos itens, avaliando a clareza da redação dos mesmos e das instruções da escala, bem como analisar se os itens são suficientes (necessidade de incluir ou excluir itens).

Após a análise, pedimos que devolva o material para o endereço eletrônico de origem.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Prof.^a Dr.^a Thaís Zerbini thais.zerbini@gmail.com

Vanessa Monteiro Cesnik (Mestranda) vmcesnik@usp.br

Seguem abaixo as instruções do instrumento e os itens para serem avaliados.

APÊNDICE I: VERSÃO FINAL DO NTES

Instruções:

Caro profissional de enfermagem,

Este questionário tem como objetivo identificar sistematicamente as necessidades de treinamento em relação a questões de sexualidade do paciente no contexto hospitalar. Você não precisa se identificar, pois a intenção não é avaliar o seu desempenho, mas planejar ações educacionais adequadas para a melhoria dos processos de trabalho na sua área. Em função disso, pedimos que sua resposta ao questionário seja fiel à realidade do seu trabalho.

As afirmações que constam no questionário referem-se a atividades relacionadas ao trabalho de profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. Ao ler as afirmativas, avalie cada uma delas a partir dos dois critérios a seguir especificados: Importância e Domínio.

- 1) **Escala de Importância (Coluna I):** avalia a importância de cada atividade descrita para o bom desempenho no trabalho. Utilize a escala abaixo que varia de 1 (Nada importante) a 5 (Totalmente importante).

1	2	3	4	5
Nada importante				Totalmente importante

ATENÇÃO: A análise de importância é referente ao seu cargo ATUAL e não à sua profissão de forma generalizada. Para um cargo de vigilante epidemiológico, a importância de certas competências é diferente da de um cargo de secretário da saúde.

- 2) **Escala de Domínio (Coluna D):** avalia a sua opinião em relação ao quanto você domina as atividades descritas em cada item. Utilize a escala abaixo que varia de 1 (Não domino) a 5 (Domino completamente).

1	2	3	4	5
Não domino				Domino Completamente

Agora, leia atentamente os itens listados abaixo e escolha os pontos das escalas de Importância e Domínio (0, 1, 2, 3, 4, 5) que melhor representa a sua opinião sobre as atividades desenvolvidas no seu trabalho.

Registre sua resposta à direita de cada item, na coluna correspondente, com o número escolhido. Por favor, não deixe questões em branco.

Obrigado pela colaboração!

	ITEM	Importância	Domínio
1	Explicar ao paciente as consequências da doença e do tratamento na sua vida sexual.		
2	Explicar ao paciente que não existe relação entre vasectomia e impotência sexual.		
3	Explicar ao paciente que não existe risco de perda do desejo sexual ao fazer a laqueadura.		
4	Explicar ao paciente sobre sintomas, formas de contágio, formas de prevenção e tratamentos de DST.		
5	Orientar o paciente sobre o uso de preservativos para prevenção de DST e de infecções em casos de baixa imunidade.		
6	Orientar pacientes portadores de DST sobre os riscos de ter relações sexuais sem proteção.		
7	Explicar ao paciente sobre métodos anticoncepcionais existentes e procedimentos de utilização.		
8	Demonstrar como utilizar preservativos femininos e masculinos aos pacientes.		
9	Explicar detalhadamente os procedimentos a serem realizados quando envolver toque ou exposição de partes íntimas do paciente.		
10	Inspecionar a presença de lesões e assaduras nas áreas genitais do paciente.		
11	Avaliar o tipo de lesão existente nas áreas genitais do paciente.		
12	Orientar pacientes sobre higiene corporal e íntima.		
13	Orientar pacientes sobre repouso sexual pós-cirúrgico.		
14	Orientar o uso de lubrificante íntimo para pacientes mulheres com secura vaginal conforme prescrição médica.		
15	Orientar paciente a preservar a privacidade ao se masturbar.		
16	Preservar a privacidade dos pacientes durante os procedimentos que envolvem exposição do corpo e/ou toque.		
17	Evitar comentários desnecessários durante exposição do corpo do paciente.		
18	Lidar com a ereção do paciente durante o banho ou outro procedimento.		
19	Evitar críticas aos hábitos e opções sexuais do paciente.		
20	Explicar ao paciente criança ou adolescente sobre o significado de sexualidade.		
21	Ouvir queixas e/ou relatos dos pacientes quanto a sua opção sexual.		
22	Construir uma relação confiável com o paciente para deixá-lo à vontade para falar de questões de sexualidade.		
23	Verificar se o paciente faz uso de alguma medicação que possa ter efeitos colaterais que interferem na sexualidade.		
24	Verificar se o paciente tem comprometimento psiquiátrico que possa explicar a hipersexualização.		
25	Orientar o paciente sobre a utilização do método anticoncepcional escolhido.		
26	Orientar pacientes, acompanhantes e familiares sobre proibição em ter relações sexuais dentro do hospital (enfermaria ou outro local).		
27	Explicar para o parceiro sexual do paciente as dificuldades relacionadas à sexualidade do paciente, conseqüentes da doença e tratamento.		
28	Auxiliar o médico a avaliar a melhor opção de anticoncepcional para cada caso.		

	ITEM	Importância	Domínio
29	Interromper tentativas de assédio sexual do paciente ao profissional de enfermagem durante o banho ou outro procedimento.		
30	Discutir em equipe condutas adequadas em relação às situações ocorridas no hospital envolvendo a sexualidade dos pacientes.		
31	Encaminhar o paciente para o médico quando suas dúvidas sobre sexualidade forem mais complexas.		
32	Encaminhar o paciente e/ou o parceiro sexual para psicólogos em casos de problemas de relacionamento amoroso/sexual decorrentes da doença ou tratamento.		
33	Discutir junto à equipe interdisciplinar, formas de abordar o adolescente em relação à sexualidade.		
34	Orientar a família quanto à sexualidade de paciente que não responde pela sua sexualidade (crianças ou pacientes com necessidades especiais).		

APÊNDICE J: INSTRUÇÕES PARA VALIDAÇÃO POR JUÍZES DO CAES

Prezado (a) professor (a),

Sou aluna de Mestrado do Programa de Pós-Graduação da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto. O projeto que desenvolvo, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Thaís Zerbini, versa sobre a avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade. Um dos objetivos da pesquisa é a adaptação transcultural de língua inglesa para língua portuguesa do instrumento "Sexuality Attitudes and Beliefs Survey (SABS)" adaptado para "Crenças e Atitudes dos Profissionais de Enfermagem frente à Sexualidade" (CAES).

A adaptação dos itens foi realizada por um juiz que trabalha na área de tradução e foi feita validação semântica com profissionais de enfermagem de níveis técnico e superior do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para assegurar que os termos utilizados fazem parte do vocabulário da população que responderá os questionários. O resultado destas fases da pesquisa foi uma versão composta por 13 itens.

O instrumento foi aplicado em uma população de profissionais de enfermagem (nível técnico e nível superior) que trabalham no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e em outros hospitais se possível, aos quais foi solicitada a resposta aos itens de acordo com a concordância ou discordância em relação a cada afirmação, segundo uma escala de cinco pontos.

Para a validação do instrumento, solicitamos a sua colaboração para realizar a revisão dos itens, avaliando a clareza da redação dos mesmos e das instruções da escala, bem como analisar se os itens são suficientes (necessidade de incluir ou excluir itens).

Após a análise, pedimos que devolva o material para o endereço eletrônico de origem.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Prof.^a Dr.^a Thaís Zerbini thais.zerbini@gmail.com
Vanessa Monteiro Cesnik (Mestranda) vmcesnik@usp.br

Seguem abaixo as instruções do instrumento e os itens para serem avaliados.

APÊNDICE K: VERSÃO FINAL DO CAES

Instruções:

Caro profissional de enfermagem,

Este questionário tem como objetivo identificar crenças e atitudes de profissionais de enfermagem em relação à temática da sexualidade no contexto hospitalar.

Você não precisa se identificar, pois a intenção não é avaliar o seu desempenho, mas sim planejar ações educacionais adequadas para a melhoria dos processos de trabalho na sua área. Em função disso, pedimos que sua resposta ao questionário seja fiel à realidade do seu trabalho.

Para avaliar os itens, utilize seguinte escala:

Escala de Concordância: avalia a concordância ou discordância em relação a cada afirmação apresentada. Utilize a escala abaixo que varia de 1 (Discordo Completamente) a 10 (Concordo Completamente).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Discordo					Concordo				
Completamente					Completamente				

Agora, leia atentamente os itens listados abaixo, e escolha os pontos da escala que representa sua concordância ou discordância em relação a afirmativa apresentada.

Registre sua resposta à direita de cada item, na coluna correspondente, com o número escolhido. Por favor, não deixe questões em branco.

Obrigado pela colaboração!

	ITEM	Concordância
1	Falar com os pacientes sobre suas questões de sexualidade é essencial para a saúde deles.	
2	Discutir com a equipe profissional sobre questões de sexualidade dos pacientes é essencial para a saúde deles.	
3	Dar abertura para o paciente falar sobre questões de sexualidade é também uma responsabilidade dos profissionais de enfermagem.	
4	Eu fico mais confortável falando com os pacientes sobre suas questões de sexualidade do que a maioria dos profissionais de enfermagem com quem trabalho.	
5	Eu fico desconfortável ao falar sobre questões relacionadas à sexualidade do paciente.	
6	Eu me sinto preparado para abordar preocupações sexuais dos pacientes.	
7	Eu reservo um tempo no horário de trabalho para discutir questões de sexualidade com os meus pacientes.	
8	Eu entendo como as doenças do meu paciente e seus tratamentos podem afetar a sua sexualidade.	
9	A maioria dos pacientes hospitalizados está muito doente para se interessar em sexualidade.	
10	Os pacientes esperam que os profissionais de enfermagem perguntem sobre suas preocupações sexuais.	
11	Sexualidade é uma questão muito privada para ser discutida com os pacientes.	
12	Questões de sexualidade devem ser discutidas apenas se iniciadas pelo paciente.	
13	Sempre que os pacientes me perguntam sobre questões de sexualidade, aconselho-os a discutir o assunto com o seu médico.	

APÊNDICE L: DADOS DE CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA

Sexo

☐ Feminino ☐ Masculino

Idade (em anos)**Religião (se não tiver, por favor responda "não se aplica")****Estado Civil**

- ☐ Solteiro (a)
☐ Casado (a)
☐ Separado (a)
☐ Divorciado (a)
☐ Viúvo (a)
☐ Outra (Por favor especifique)

Escolaridade

- ☐ Ensino médio incompleto
☐ Ensino médio completo
☐ Ensino superior incompleto
☐ Ensino superior completo
☐ Pós-graduação incompleto
☐ Pós-graduação completo

Quais formações abaixo você já realizou? (pode escolher mais de uma opção)

- ☐ Técnico em enfermagem
☐ Auxiliar de enfermagem
☐ Ensino superior em enfermagem
☐ Ensino superior em outra área
☐ Mestrado
☐ Doutorado
☐ Especialização na área da enfermagem
☐ Especialização em outra área
☐ Outra (Por favor especifique)

Hospital em que trabalha**Tipo de organização**

- ☐ Pública
- ☐ Privada (com fins lucrativos)
- ☐ Privada (sem fins lucrativos)

Há quanto tempo você trabalha nesse hospital?**Cargo**

- ☐ Técnico em enfermagem
- ☐ Auxiliar em enfermagem
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Enfermeiro-chefe
- ☐ Outra (Por favor especifique)

Departamento / Area**Há quanto tempo você trabalha nesta função?****Você tem quanto tempo de profissão? (considere a formação de maior nível)****Você trabalha com qual população? (pode escolher mais de uma opção)**

- ☐ Bebês
- ☐ Crianças
- ☐ Adolescentes
- ☐ Adultos
- ☐ Idosos
- ☐ Outra (Por favor especifique)

Dentre os itens abaixo, qual quantidade de cada um você tem em sua residência?

	Quantidade
Televisão em cores	Escolher um ▼
Rádio	Escolher um ▼
Banheiro (com vaso sanitário)	Escolher um ▼
Automóvel	Escolher um ▼
Empregada mensalista (ao menos 5 dias por semana)	Escolher um ▼
Máquina de lavar (NÃO conta tanquinho)	Escolher um ▼
Videocassete e/ou DVD	Escolher um ▼
Geladeira	Escolher um ▼
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	Escolher um ▼

Qual o grau de instrução do chefe de família?

- ☐ Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau
- ☐ Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau
- ☐ Fundamental completo/ 1º. Grau completo
- ☐ Médio completo/ 2º. Grau completo
- ☐ Superior completo

APÊNDICE M: E-MAIL ENVIADO AOS PROFISSIONAIS DO HC-FMRP ATRAVÉS DO SETOR DE IMPRENSA

Olá,

Nós, do Laboratório de Psicologia Organizacional e do Trabalho (LABPOT) da Universidade de São Paulo (USP/RP) estamos realizando uma pesquisa para obter uma melhor compreensão sobre as necessidades de treinamento dos profissionais de enfermagem na área da sexualidade. Esta pesquisa busca informações sobre o dia-a-dia no trabalho dentro do hospital.

Para responder este questionário você utilizará menos de 20 minutos. Todas as informações que você fornecer foram mantidas de maneira confidencial e você não precisa se identificar. Sua colaboração é MUITO IMPORTANTE para nós.

Para participar desta pesquisa, acesse o *link*:

<http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=1466829>

Agradecemos sua colaboração.

Atenciosamente,

Vanessa Monteiro Cesnik

Psicóloga e Mestranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto

Universidade de São Paulo

vmcesnik@usp.br

APÊNDICE N: E-MAIL ENVIADO AOS PROFISSIONAIS DO HC-FMRP ATRAVÉS DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM

Caros responsáveis pela equipe de Enfermagem,

A Divisão de Enfermagem deste hospital solicita a divulgação desta pesquisa para os outros profissionais de enfermagem do seu setor, de modo a incentivar o preenchimento do questionário.

Ele foi desenvolvido para todos os profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos, enfermeiros, enfermeiros encarregados, enfermeiros chefes, diretores de enfermagem) pelo Laboratório de Psicologia Organizacional e do Trabalho (LABPOT) da Universidade de São Paulo (USP/RP) com o objetivo de obter uma melhor compreensão sobre as necessidades de treinamento dos profissionais de enfermagem na área da sexualidade. Esta pesquisa busca informações sobre o dia-a-dia no trabalho dentro do hospital.

Para responder este questionário você utilizará menos de 20 minutos. Todas as informações que você fornecer foram mantidas de maneira confidencial e você não precisa se identificar. Sua colaboração e dos outros profissionais é MUITO IMPORTANTE.

Para participar desta pesquisa, acesse o *link*:

<http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=1515537>

Qualquer dúvida entrar em contato com a pesquisadora responsável: Vanessa Monteiro Cesnik (vmcesnik@usp.br).

Atenciosamente

APÊNDICE O: E-MAIL ENVIADO AOS PROFISSIONAIS DO HC-FMRP ATRAVÉS DO CENTRO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM (CECEN)

Aos profissionais de enfermagem:

Este é um convite para participação de uma pesquisa.

O questionário foi desenvolvido para todos os profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos, enfermeiros, enfermeiros encarregados, enfermeiros chefes, diretores de enfermagem) pelo Laboratório de Psicologia Organizacional e do Trabalho (LABPOT) da Universidade de São Paulo (USP/RP) com o objetivo de obter uma melhor compreensão sobre as necessidades de treinamento dos profissionais de enfermagem na área da sexualidade. Esta pesquisa busca informações sobre o dia-a-dia no trabalho dentro do hospital.

Para responder este questionário foi utilizado menos de 20 minutos. Todas as informações fornecidas foram mantidas de maneira confidencial e você não precisa se identificar. A colaboração de todos os profissionais de enfermagem é MUITO IMPORTANTE.

Para participar desta pesquisa, acesse o *link*:

<http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=1531760>

Qualquer dúvida, estarei à disposição.

Vanessa Monteiro Cesnik
Psicóloga e Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
vmcesnik@usp.br

APÊNDICE P: FÔLDERES E CARTAZES COM CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA

Os cartazes foram feitos a partir desta imagem em tamanho A4 e os folders usando a mesma imagem, impressa em tamanho menor (quatro folders em cada folha A4).

Você é um Profissional de Enfermagem?

Você trabalha na área hospitalar?

Então compartilhe sua experiência respondendo nossa pesquisa.

Foi enviado um e-mail com o convite para você.

Acesse o link pelo e-mail ou acesse:

antpesex.wordpress.com

APÊNDICE Q: BLOG COM CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

antpesex.wordpress.com

PESQUISA COM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
LabPOT – Laboratório de Psicologia Organizacional e do Trabalho – FFCLRP – USP

Você é um Profissional de Enfermagem?

Você trabalha na área hospitalar?

Então compartilhe sua experiência.

CLIQUE AQUI
para acessar a pesquisa.

APÊNDICE R: ENVELOPE 1 COM INSTRUÇÕES PARA QUESTIONÁRIO VERSÃO IMPRESSA

Olá Profissional de Enfermagem,

Nós do **Laboratório de Psicologia Organizacional e do Trabalho (LabPOT)** da USP de Ribeirão Preto **convidamos você** para participar voluntariamente na pesquisa intitulada “Avaliação das Necessidades de Treinamento dos Profissionais de Enfermagem na área da Sexualidade”.

Dentro deste envelope existem 2 vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e 1 conjunto de perguntas a serem respondidas.

Se você aceitar participar deverá assinar as duas vias do TCLE, pegar uma para você e a outra você deverá colocar no envelope separado para os TCLEs com a responsável pelo seu setor (separado do questionário) para evitar a identificação dos participantes da pesquisa com as respostas.

Se você não quiser participar ou se já respondeu à versão *online* do questionário favor devolver esse envelope em branco para a responsável pelo seu setor, para que este seja enviado a outros departamentos, evitando desperdício de material impresso. Estamos realizando esta pesquisa com todos os profissionais de enfermagem do HC-FMRP-USP.

Buscaremos todos os envelopes (preenchidos e em branco) daqui uma semana no dia ____/____/____, _____, no período da _____.

A sua participação é muito importante para que novas ações educacionais sejam construídas a partir dos resultados desta pesquisa.

Agradecemos o seu tempo para concluir este questionário.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com responsável pelo estudo Vanessa Monteiro Cesnik via e-mail: vmcesnik@usp.br.

APÊNDICE S: CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO RESPONSÁVEL DA ÁREA DE ENFERMAGEM DE CADA DEPARTAMENTO

Olá Responsável da Equipe de Enfermagem,

Nós do **Laboratório de Psicologia Organizacional e do Trabalho (LabPOT)** da USP de Ribeirão Preto gostaríamos de **pedir sua colaboração em distribuir** para sua equipe de enfermagem (técnicos, auxiliares, enfermeiros) os questionários impressos da pesquisa intitulada “Avaliação das Necessidades de Treinamento dos Profissionais de Enfermagem na área da Sexualidade”.

A via assinada do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** deverá ser colocada em envelope separado do questionário para evitar a identificação dos participantes. Isso está explicado também no envelope dos questionários.

Caso alguém da sua equipe não queira participar da pesquisa ou já tenha respondido à versão *online* do questionário, pedimos que solicite o envelope com o conteúdo em branco para ser enviado a outros departamentos, evitando desperdício de material impresso. Estamos realizando esta pesquisa com todos os profissionais de enfermagem do HC-FMRP-USP.

Convidamos você também a responder à pesquisa voluntariamente. A participação de todos os níveis hierárquicos da equipe na pesquisa irá enriquecer os resultados.

Buscaremos todos os envelopes (preenchidos e em branco) daqui uma semana no dia ____/____/____, _____, no período da _____.

A participação de todos é muito importante para que novas ações educacionais sejam construídas a partir dos resultados desta pesquisa.

Agradecemos o seu tempo para auxiliar no desenvolvimento deste estudo.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com responsável pelo estudo Vanessa Monteiro Cesnik via e-mail: vmcesnik@usp.br.

APÊNDICE T: FÔLDER DE AVISO PARA QUESTIONÁRIOS DEIXADOS NO BALCÃO DE ENFERMAGEM

Olá Profissional de Enfermagem!

Auxiliar, Técnico, Enfermeiro(a)

Pegue aqui o seu questionário.

Responda e deixe o envelope com o questionário e o termo de consentimento com o(a) responsável pela equipe de enfermagem do seu setor.

Agradecemos seu tempo para responder essa pesquisa.

APÊNDICE U: ENVELOPE 2 COM INSTRUÇÕES PARA QUESTIONÁRIO VERSÃO IMPRESSA

Olá Profissional de Enfermagem,

Convido você para participar voluntariamente na pesquisa intitulada “Avaliação das Necessidades de Treinamento dos Profissionais de Enfermagem na área da Sexualidade”.

Dentro deste envelope existem 2 vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e 1 conjunto de perguntas a serem respondidas.

Se você aceitar participar deverá preencher o questionário e assinar as duas vias do TCLE, pegar uma para você e a outra você deverá colocar neste envelope junto com o questionário e me devolver lacrado.

Se você não quiser participar ou se já respondeu à versão *online* do questionário favor devolver esse envelope em branco para ser utilizado em outros departamentos. Esta pesquisa está sendo feita com todos os profissionais de enfermagem do HC-FMRP-USP.

Estou de plantão no Refeitório dos pacientes **HOJE** entre ____:____ e ____:____ para receber os envelopes preenchidos ou em branco.

A sua participação é muito importante para que novas ações educacionais sejam construídas a partir dos resultados desta pesquisa.

Agradeço o seu tempo para concluir este questionário.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com responsável pelo estudo Vanessa Monteiro Cesnik via e-mail: vmcesnik@usp.br.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A: AUTORIZAÇÃO DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM – HCFMRP-USP

USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Ribeirão Preto, 04 de Outubro de 2011.

Prezada Professora,

Acusamos o recebimento do projeto de pesquisa intitulado **“Necessidades de Treinamento: Questões de Sexualidade do Paciente na Atuação do Profissional de Enfermagem”**, projeto desenvolvido pela aluna Vanessa Monteiro Cesnik, sob orientação da Profa. Dra. Thaís Zerbini, do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP.

Alertamos que 1:30h de entrevista em horário de trabalho é um tempo que pode gerar dificuldades tanto para o pesquisador quanto para os profissionais. Sugerimos conversar antes com os enfermeiros e chefias para minimizar essa questão.

Acertando esses detalhes, a Divisão de Enfermagem não vê óbice na sua realização.

Atenciosamente,

LUCI ROMERO GRUPIONI ROSSI
Diretora da Divisão de Enfermagem
COREN SP 9.611

Ilustríssima Senhora

Profa. Dra. MÁRCIA GUIMARÃES VILLANOVA
MD. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP

Hospital das Clínicas FMRP-USP
Campus Universitário - Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Divisão de Enfermagem- Diretoria
Fone-16-3602-2170
e-mail-sec-de@hcrp.usp.br

ANEXO B: ACEITE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FFCLRP-USP

Universidade de São Paulo Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto Comitê de Ética em Pesquisa
	_____Campus de Ribeirão Preto_____
Of.CEtP/FFCLRP-USP/072/-jsl	
Ribeirão Preto, 30 de maio de 2012	
Prezada Pesquisadora,	
Comunicamos a V. Sa. que o trabalho intitulado "Necessidades de treinamento: questões de sexualidade do paciente na atuação do profissional de enfermagem" foi reanalisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 108ª Reunião Ordinária, realizada em 24.05.12, e enquadrado na categoria: APROVADO (CAAE - 00929912.1.0000.5407).	
Atenciosamente,
Prof.ª Dr.ª ANA RAQUEL LUCATO CIANFLONE Coordenadora	
À Senhora Vanessa Monteiro Cesnik Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP USP	
Com cópia para a orientadora: Prof.ª Dr.ª Thaís Zerbini Departamento de Psicologia da FFCLRP USP	
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP Fone: (16) 3602-4811 Fax: (16) 3633-2660 (direto) ou 3633-5015 Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 3 - sala 16 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil Homepage: http://www.ficrp.usp.br - e-mail: cceto@ficrp.usp.br	

ANEXO C: ACEITE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HCFMRP-USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 28 de junho de 2012

Projeto de pesquisa: “Necessidades de treinamento: questões de sexualidade do paciente na atuação do profissional de enfermagem”

Pesquisadores responsáveis: Vanessa Monteiro Cesnik e Profa. Dra. Thaís Zerbini

Instituição Proponente: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP.

“O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar”.

Ciente e de acordo:

Dr.ª Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - HCFMRP-USP

Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa
Coordenador Técnico Científico da Unidade
de Pesquisa Clínica - HCFMRP-USP

Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
(016) 3602-2228
cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br

ANEXO D: INSTRUMENTO ORIGINAL “SEXUALITY ATTITUDES AND BELIEFS SURVEY” (SABS)

Sexuality Attitudes and Beliefs Survey

There are six numbers after each statement below. Circle the number that best represents your agreement or disagreement with each statement.

		Strongly Disagree				Strongly Agree	
		1	2	3	4	5	6
1.	Discussing sexuality is essential to patient's health outcomes.	1	2	3	4	5	6
2.	I understand how my patients' diseases and treatments might affect their sexuality.	1	2	3	4	5	6
3.	I am uncomfortable talking about sexual issues.	1	2	3	4	5	6
4.	I am more comfortable talking about sexual issues with my patients than are most of the nurses I work with.	1	2	3	4	5	6
5.	Most hospitalized patients are too sick to be interested in sexuality.	1	2	3	4	5	6
6.	I make time to discuss sexual concerns with my patients.	1	2	3	4	5	6
7.	Whenever patients ask me a sexually related question, I advise them to discuss the matter with their physician.	1	2	3	4	5	6
8.	I feel confident in my ability to address patients' sexual concerns.	1	2	3	4	5	6
9.	Sexuality is too private an issue to discuss with patients.	1	2	3	4	5	6
10.	Giving a patient permission to talk about sexual concerns is a nursing responsibility.	1	2	3	4	5	6
11.	Sexuality should be discussed only if initiated by the patient.	1	2	3	4	5	6
12.	Patients expect nurses to ask about their sexual concerns.	1	2	3	4	5	6

Fonte: Reynolds et al. (2005).

ANEXO E: SISTEMA CBO (CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES)

Ministério do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Portal do Trabalho e Emprego

Quinta-feira, 03 de Março de 2016

Mapa do Portal | Links

Busca por Título

[Voltar](#) [Página inicial](#)

☐ Dicas de Consulta

Palavra-chave:

☒ contendo todas as palavras digitadas
☐ qualquer palavra dentre as digitadas
☐ somente a expressão exata

☐ Famílias
☒ Atividades
☐ Condições de Trabalho
☐ Ocupações
☐ Recursos de Trabalho
☐ Formação-Experiência
☐ Sinônimos
☐ Descrição

☐ Selecionar Todas

Palavra Chave: corresponde a qualquer título ou descrição na CBO2002. Utilize os filtros para reduzir ainda mais a sua busca e, depois, clique em 'Procurar' para ver o resultado. Certifique-se da ortografia e acentuação.

Para entender os códigos das famílias ocupacionais, clique no link 'Informações Gerais'

Esplanada dos Ministérios
Bloco F - CEP: 70059-900
Brasília - DF

Figura 26. Sistema de Busca CBO

Ministério do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Sexta-feira, 04 de Março de 2016

Portal do Trabalho e Emprego

Mapa do Portal | Links

Busca por Título

Voltar | Página inicial

Palavra Chave: Nova Busca

Palavra Chave: corresponde a qualquer título ou descrição na CBO2002. Utilize os filtros para reduzir ainda mais a sua busca e, depois, clique em "Procurar" para ver o resultado. Certifique-se da ortografia e acentuação.

	Resultados de títulos encontrados	Código	Tipo	Histórico
☐	Identificar doenças sexualmente transmissíveis (dst)	5198	Atividade	
☐	Orientar comunidade sobre prevenção (dst, gravidez indesejada, dependência química, entre outros)	5151	Atividade	
☐	Propor atividades visando a prevenção do uso das drogas e de doenças sexualmente transmissíveis (DST)	2312	Atividade	

Utilize o link para abrir em nova aba.

Clicando-se em cada resultado é possível acessar as informações da família correspondente.

(*) Para tipos diferentes de Sinônimo e Ocupação o código que aparece é o da família ocupacional correspondente.

(**) A coluna Histórico refere-se a ocupações que em algum momento tiveram seus códigos modificados.

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [20:mte-cbo]

Informações Gerais

Regulamentação

Legislação

Tábua de Conversão

Buscas

- Por título
- Por código
- Por estrutura
- Por título de A-Z

Serviços

- Produtos CBO
- Downloads
- Histórico de Alterações
- Estudo
- Acompanhamento das solicitações

Perguntas Frequentes

- Fale com a CBO
- Ouvidoria MTE

Esplanada dos Ministérios
Bloco F - CEP: 70059-900
Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158

Telefone: (61) 3317-6000

Figura 27. Resultados do sistema de busca da CBO para o termo “DST”

Ministério do Trabalho e Emprego

Portal do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Sexta-feira, 04 de Março de 2016

Informações Gerais
Regulamentação
Legislação
Tábua de Conversão
Buscas
Por título
Por código
Por estrutura
Por título de A-Z
Serviços
Produtos CBO
Downloads
Histórico de Alterações
Estudo
Acompanhamento das solicitações
Perguntas Frequentes
Fale com a CBO
Ouvidoria MTE

Esplanada dos Ministérios
Bloco F - CEP: 70059-900
Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158

Telefone: (61) 3317-6000

Mapa do Portal | Links

Busca por Título

Voltar Página inicial

Palavra Chave: sexual

Nova Busca

Palavra Chave: corresponde a qualquer título ou descrição na CBO2002. Utilize os filtros para reduzir ainda mais a sua busca e, depois, clique em "Procurar" para ver o resultado. Certifique-se da ortografia e acentuação.

	Resultados de títulos encontrados	Código	Tipo	Histórico
	Coletar pós-larvas para reversão sexual	3213	Atividade	
	Combater a exploração sexual de crianças e adolescentes	5198	Atividade	
	Identificar doenças sexualmente transmissíveis (dst)	5198	Atividade	
	Orientar sobre educação sexual	3322	Atividade	
	Participar de ações educativas no campo da sexualidade	5198	Atividade	
	Propor atividades visando a prevenção do uso das drogas e de doenças sexualmente transmissíveis (DST)	2312	Atividade	
	Respeitar as diversidades étnicas, culturais, de gênero, de credo, de orientação sexual, etc	2516	Atividade	

Utilize o link para abrir em nova aba.

Clicando-se em cada resultado é possível acessar as informações da família correspondente.

(*) Para tipos diferentes de Sinônimo e Ocupação o código que aparece é o da família ocupacional correspondente.

(**) A coluna Histórico refere-se a ocupações que em algum momento tiveram seus códigos modificados.

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [20:mte-cbo]

Figura 28. Resultados do sistema de busca da CBO para o termo “sexual”

Ministério do Trabalho e Emprego

Portal do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Sexta-feira, 04 de Março de 2010

Informações Gerais
Regulamentação
Legislação
Tábua de Conversão
Buscas
Por título
Por código
Por estrutura
Por título de A-Z
Serviços
Produtos CBO
Downloads
Histórico de Alterações
Estudo
Acompanhamento das solicitações
Perguntas Frequentes
Fale com a CBO
Ouvidoria MTE

Mapa do Portal | Links

Busca por Título

Voltar
Página inicial

PDF

Palavra Chave: sexuais

Nova Busca

Palavra Chave: corresponde a qualquer título ou descrição na CBO2002. Utilize os filtros para reduzir ainda mais a sua busca e, depois, clique em "Procurar" para ver o resultado. Certifique-se da ortografia e acentuação.

	Resultados de títulos encontrados	Código	Tipo	Histórico
	Demonstrar capacidade de realizar fantasias sexuais	5198	Atividade	
	Manter relações sexuais	5198	Atividade	
	Realizar fantasias sexuais	5198	Atividade	

Utilize o link para abrir em nova aba.

Clicando-se em cada resultado é possível acessar as informações da família correspondente.

(*) Para tipos diferentes de Sinônimo e Ocupação o código que aparece é o da família ocupacional correspondente.

(**) A coluna Histórico refere-se a ocupações que em algum momento tiveram seus códigos modificados.

Esplanada dos Ministérios
Bloco F - CEP: 70059-900
Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158

Telefone: (61) 3317-6000

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [20:mte-cbo]

Figura 29. Resultados do sistema de busca da CBO para o termo “sexuais”

Ministério do Trabalho e Emprego

Portal do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Sexta-feira, 04 de Março de 2010

Mapa do Portal | Links

Busca por Título

Voltar Página inicial

Informações Gerais

Regulamentação

Legislação

Tábua de Conversão

Buscas

Por título

Por código

Por estrutura

Por título de A-Z

Serviços

Produtos CBO

Downloads

Histórico de Alterações

Estudo

Acompanhamento das solicitações

Perguntas Frequentes

Fale com a CBO

Ouvidoria MTE

Palavra Chave: anticoncepcional

Nova Busca

Palavra Chave: corresponde a qualquer título ou descrição na CBO2002. Utilize os filtros para reduzir ainda mais a sua busca e, depois, clique em 'Procurar' para ver o resultado. Certifique-se da ortografia e acentuação.

Resultados de títulos encontrados	Código	Tipo	Histórico
☐ Distribuir material preventivo (cloro, preservativo, kit odontológico, anticoncepcional, etc)	5151	Atividade	

Utilize o link para abrir em nova aba.

Clicando-se em cada resultado é possível acessar as informações da família correspondente.

(*) Para tipos diferentes de Sinônimo e Ocupação o código que aparece é o da família ocupacional correspondente.

(**) A coluna Histórico refere-se a ocupações que em algum momento tiveram seus códigos modificados.

Esplanada dos Ministérios
Bloco F - CEP: 70059-900
Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158

Telefone: (61) 3317-6000

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [20:mte-cbo]

Figura 30. Resultados do sistema de busca da CBO para o termo “anticoncepcional”

Ministério do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Portal do Trabalho e Emprego

Sexta-feira, 04 de Março de 2016

Informações Gerais

Regulamentação

Legislação

Tábua de Conversão

Buscas

Por título

Por código

Por estrutura

Por título de A-Z

Serviços

Produtos CBO

Downloads

Histórico de Alterações

Estudo

Acompanhamento das solicitações

Perguntas Frequentes

Fale com a CBO

Ouvidoria MTE

Esplanada dos Ministérios

Bloco F - CEP: 70059-900

Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158

Telefone: (61) 3317-6000

Mapa do Portal | Links

Busca por Título

Voltar

Página inicial

Palavra Chave: preservativo

Nova Busca

Palavra Chave: corresponde a qualquer título ou descrição na CBO2002. Utilize os filtros para reduzir ainda mais a sua busca e, depois, clique em 'Procurar' para ver o resultado. Certifique-se da ortografia e acentuação.

Resultados de títulos encontrados	Código	Tipo	Histórico
☐ Distribuir material preventivo (cloro, preservativo, kit odontológico, anticoncepcional, etc)	5151	Atividade	
☐ Distribuir preservativos	5198	Atividade	
☐ Negociar com o cliente o uso do preservativo	5198	Atividade	
☐ Preparar o kit de trabalho (preservativo, acessórios, maquiagem)	5198	Atividade	
☐ Usar preservativos	5198	Atividade	

Utilize o link para abrir em nova aba.

Clicando-se em cada resultado é possível acessar as informações da família correspondente.

(*) Para tipos diferentes de Sinônimo e Ocupação o código que aparece é o da família ocupacional correspondente.

(**) A coluna Histórico refere-se a ocupações que em algum momento tiveram seus códigos modificados.

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [20:mte-cbo]

Figura 31. Resultados do sistema de busca da CBO para o termo “preservativo”

Ministério do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Sexta-feira, 04 de Março de 2016

Portal do Trabalho e Emprego

Mapa do Portal | Links

Busca por Título

[Voltar](#) [Página inicial](#)

Palavra Chave: **privacidade**

Nova Busca

Palavra Chave: corresponde a qualquer título ou descrição na CBO2002. Utilize os filtros para reduzir ainda mais a sua busca e, depois, clique em 'Procurar' para ver o resultado. Certifique-se da ortografia e acentuação.

	Resultados de títulos encontrados	Código	Tipo	Histórico
	Manter privacidade da dívida com terceiros	4213	Atividade	
	Respeitar a privacidade da cjai	5162	Atividade	

Utilize o link para abrir em nova aba.

Clicando-se em cada resultado é possível acessar as informações da família correspondente.

(*) Para tipos diferentes de Sinônimo e Ocupação o código que aparece é o da família ocupacional correspondente.

(**) A coluna Histórico refere-se a ocupações que em algum momento tiveram seus códigos modificados.

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [20:mte-cbo]

Informações Gerais

Regulamentação

Legislação

Tábua de Conversão

Buscas

☒ Por título

☐ Por código

☐ Por estrutura

☐ Por título de A-Z

Serviços

☒ Produtos CBO

☐ Downloads

☐ Histórico de Alterações

☐ Estudo

☐ Acompanhamento das solicitações

Perguntas Frequentes

Fale com a CBO

Ouvidoria MTE

Esplanada dos Ministérios
Bloco F - CEP: 70059-900
Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158

Telefone: (61) 3317-6000

Figura 32. Resultados do sistema de busca da CBO para o termo “privacidade”

Ministério do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Portal do Trabalho e Emprego

Sexta-feira, 04 de Março de 2010

Mapa do Portal | Links

Busca por Título

[Voltar](#) [Página inicial](#)

PDF

Palavra Chave:

[Nova Busca](#)

Palavra Chave: corresponde a qualquer título ou descrição na CBO2002. Utilize os filtros para reduzir ainda mais a sua busca e, depois, clique em 'Procurar' para ver o resultado. Certifique-se da ortografia e acentuação.

Resultados de títulos encontrados	Código	Tipo	Histórico
Higienizar genitálias de animais	6230	Atividade	

Utilize o link para abrir em nova aba.

Clicando-se em cada resultado é possível acessar as informações da família correspondente.

(*) Para tipos diferentes de Sinônimo e Ocupação o código que aparece é o da família ocupacional correspondente.

(**) A coluna Histórico refere-se a ocupações que em algum momento tiveram seus códigos modificados.

Esplanada dos Ministérios
Bloco F - CEP: 70059-900
Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158
Telefone: (61) 3317-6000

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [20:mte-cbo]

Figura 33. Resultados do sistema de busca da CBO para o termo “genital”

Ministério do Trabalho e Emprego

Portal do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Sexta-feira, 04 de Março de 2010

Informações Gerais
Regulamentação
Legislação
Tábua de Conversão
Buscas

- ☒ Por título
- ☐ Por código
- ☐ Por estrutura
- ☐ Por título de A-Z

Serviços

- ☐ Produtos CBO
- ☐ Downloads
- ☐ Histórico de Alterações
- ☐ Estudo
- ☐ Acompanhamento das solicitações

Perguntas Frequentes
☐ Fale com a CBO
☐ Ouvidoria MTE

[Mapa do Portal](#) | [Links](#)
A A+

Busca por Título

A Palavra Chave não foi encontrada!
 A Palavra Chave não foi encontrada!

☒ Dicas de Consulta
Palavra-chave:

☒ contendo todas as palavras digitadas
☐ qualquer palavra dentre as digitadas
☐ somente a expressão exata

☒ Famílias
☒ Atividades
☐ Condições de Trabalho

☒ Ocupações
☐ Recursos de Trabalho
☐ Formação-Experiência

☒ Sinônimos
☐ Descrição

Procurar em:
☐ Selecionar Todas

Palavra Chave: corresponde a qualquer título ou descrição na CBO2002. Utilize os filtros para reduzir ainda mais a sua busca e, depois, clique em "Procurar" para ver o resultado. Certifique-se da ortografia e acentuação.

Para entender os códigos das famílias ocupacionais, clique no link "Informações Gerais"

Esplanada dos Ministérios
Bloco F - CEP: 70059-900
Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158

Telefone: (61) 3317-6000

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [20:mte-cbo]

Figura 34. Resultados do sistema de busca da CBO para o termo “vagina”

Ministério do Trabalho e Emprego

Portal do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Quinta-feira, 03 de Março de 2016

Mapa do Portal | Links

Buscas

- Descrição
- Histórico de Ocupações
- Características de Trabalho
- Áreas de Atividade
- Competências Pessoais
- Recursos de Trabalho
- Participantes da Descrição
- Relatório da Família
- Relatório Tabela de Atividades
- Conversão
- Fale com a CBO

Esplanada dos Ministérios
Bloco F - CEP: 70059-900
Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158

Telefone: (61) 3317-6000

Descrição

[Voltar](#) [Página inicial](#)

2312 :: Professores de nível superior do ensino fundamental (primeira a quarta séries)

Títulos

2312-05 - Professor da educação de jovens e adultos do ensino fundamental (primeira a quarta série)
Professor de suplência do ensino fundamental (primeira a quarta série)

2312-10 - Professor de nível superior do ensino fundamental (primeira a quarta série)
Professor das séries iniciais, Professor dos ciclos iniciais (ensino fundamental)

Descrição Sumária

Ministram aulas (comunicação e expressão, integração social e iniciação às ciências) nas quatro primeiras séries do ensino fundamental. Preparam aulas; efetuam registros burocráticos e pedagógicos; participam na elaboração do projeto pedagógico; planejam o curso de acordo com as diretrizes educacionais. Atuam em reuniões administrativas e pedagógicas; organizam eventos e atividades sociais, culturais e pedagógicas. Para o desenvolvimento das atividades utilizam constantemente capacidades de comunicação.

Famílias afins

2313 - Professores de nível superior no ensino fundamental de quinta a oitava série

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [22:mte-cbo]

Figura 35. Descrição da ocupação 2312 encontrada como resultado no sistema CBO

Ministério do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Portal do Trabalho e Emprego

Quinta-feira, 03 de Março de 2010

Mapa do Portal | Links

Descrição

[Voltar](#) [Página inicial](#)

2516 :: Assistentes sociais e economistas domésticos

Títulos
2516-05 - Assistente social
2516-10 - Economista doméstico

Descrição Sumária

Prestam serviços sociais orientando indivíduos, famílias, comunidade e instituições sobre direitos e deveres (normas, códigos e legislação), serviços e recursos sociais e programas de educação; planejam, coordenam e avaliam planos, programas e projetos sociais em diferentes áreas de atuação profissional (seguridade, educação, trabalho, jurídica, habitação e outras), atuando nas esferas pública e privada; orientam e monitoram ações em desenvolvimento relacionados à economia doméstica, nas áreas de habitação, vestuário e têxteis, desenvolvimento humano, economia familiar, educação do consumidor, alimentação e saúde; desempenham tarefas administrativas e articulam recursos financeiros disponíveis.

Buscas

- Descrição
- Histórico de Ocupações
- Características de Trabalho
- Áreas de Atividade
- Competências Pessoais
- Recursos de Trabalho
- Participantes da Descrição
- Relatório da Família
- Relatório Tabela de Atividades
- Conversão
- Fale com a CBO

Esplanada dos Ministérios
Bloco F - CEP: 70059-900
Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158

Telefone: (61) 3317-6000

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [22:mte-cbo]

Figura 36. Descrição da ocupação 2516 encontrada como resultado no sistema CBO

Ministério do Trabalho e Emprego

Portal do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Quinta-feira, 03 de Março de 2016

Mapa do Portal | Links

Buscas

- Descrição
- Histórico de Ocupações
- Características de Trabalho
- Áreas de Atividade
- Competências Pessoais
- Recursos de Trabalho
- Participantes da Descrição
- Relatório da Família
- Relatório Tabela de Atividades
- Conversão
- Fale com a CBO

Esplanada dos Ministérios
Bloco F - CEP: 70059-900
Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158
Telefone: (61) 3317-6000

Descrição

3213 :: Técnicos em aquicultura

Títulos

- 3213-05 - Técnico em piscicultura
- 3213-10 - Técnico em carcinicultura
Técnico de camarão
- 3213-15 - Técnico em mitilicultura
Técnico em malococultura, Técnico em mexilhões, Técnico em moluscos, Técnico em ostras
- 3213-20 - Técnico em ranicultura

Descrição Sumária

Organizam a reprodução de animais aquáticos, como peixes, camarões, mexilhões, ostras e rãs, dentre outros; coletam material de reprodução; controlam sanidade e predação dos animais; monitoram qualidade da água, alimentam, capturam e beneficiam animais aquáticos de viveiros, tanques e fazendas marinhas. Prestam assistência técnica e auxiliam na elaboração de projetos, orientando construção de instalações em fazendas aquícolas e sistema de criação de animais aquáticos. Podem ministrar cursos.

Esta família não compreende

- 6313 - Criadores de animais aquáticos

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [22:mte-cbo]

Figura 37. Descrição da ocupação 3213 encontrada como resultado no sistema CBO

Ministério do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Portal do Trabalho e Emprego

Quinta-feira, 03 de Março de 2010

Mapa do Portal | Links

A A+

Buscas

- Descrição
- Histórico de Ocupações
- Características de Trabalho
- Áreas de Atividade
- Competências Pessoais
- Recursos de Trabalho
- Participantes da Descrição
- Relatório da Família
- Relatório Tabela de Atividades
- Conversão
- Fale com a CBO

Esplanada dos Ministérios
Bloco F - CEP: 70059-900
Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158

Telefone: (61) 3317-6000

Descrição

Voltar Página inicial

3322 :: Professores práticos no ensino profissionalizante

Títulos

3322-05 - Professor prático no ensino profissionalizante
Instrutor no ensino profissionalizante

Descrição Sumária

Ministram aulas e ensinam práticas profissionais em entidades de ensino profissionalizante; esclarecem dúvidas de alunos; pesquisam e estudam produtos, técnicas de produção e técnicas artesanais e artísticas para preparação de aulas e desenvolvimento de cursos orientados para a comunidade. Acolhem e orientam alunos sobre postura profissional, ética, cidadania e meio ambiente. Avaliam o desempenho dos alunos. Organizam o ambiente de trabalho e executam atividades administrativas.

Esta família não compreende

2331 - Professores do ensino profissional
2332 - Instrutores de ensino profissional
3312 - Professores de nível médio no ensino fundamental

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [22:mte-cbo]

Figura 38. Descrição da ocupação 3322 encontrada como resultado no sistema CBO

Ministério do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Portal do Trabalho e Emprego

Quinta-feira, 03 de Março de 2016

Mapa do Portal | Links

Buscas

- Descrição
- Histórico de Ocupações
- Características de Trabalho
- Áreas de Atividade
- Competências Pessoais
- Recursos de Trabalho
- Participantes da Descrição
- Relatório da Família
- Relatório Tabela de Atividades
- Conversão
- Fale com a CBO

Esplanada dos Ministérios
Bloco F - CEP: 70059-900
Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158

Telefone: (61) 3317-6000

Descrição

Voltar Página inicial

4213 :: Cobreadores e afins

Títulos

4213-05 - Cobrador externo
Cobrador de aluguéis, Cobrador praticista, Cobrador viajante, Consultor de cobrança, Recuperador externo, Representante de cobrança

4213-10 - Cobrador interno
Analista de cobrança, Assistente de cobrança, Auxiliar de cobrança, Monitor de cobrança, Operador de cobrança, Operador de telecobrança, Recuperador de ativos, Recuperador de crédito, Recuperador interno

4213-15 - Localizador (cobrador)
Localizador externo, Notificador

Descrição Sumária

Efetua cobrança de valores devidos a empresas e ou instituições, contatando devedores e negociando formas de pagamento; analisam títulos e documentos de cobrança; definem estratégias e elaboram itinerários de cobrança; contatam avalistas e ou fiadores. Notificam débitos; registram informações de negociações com o devedor; elaboram relatórios de prestação de contas e de encerramento de cobrança. Atualizam cadastro e identificam cobranças indevidas.

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [22:mte-cbo]

Figura 39. Descrição da ocupação 4213 encontrada como resultado no sistema CBO

Ministério do Trabalho e Emprego

Portal do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Quinta-feira, 03 de Março de 2016

Mapa do Portal | Links

A A+

Buscas

- Descrição
- Histórico de Ocupações
- Características de Trabalho
- Áreas de Atividade
- Competências Pessoais
- Recursos de Trabalho
- Participantes da Descrição
- Relatório da Família
- Relatório Tabela de Atividades
- Conversão
- Fale com a CBO

Esplanada dos Ministérios
Bloco F - CEP: 70059-900
Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158

Telefone: (61) 3317-6000

Descrição

[Voltar](#) [Página inicial](#)

5151 :: Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde

Títulos

5151-05 - Agente comunitário de saúde
Agente de saúde, Visitador de saúde, Visitador de saúde em domicílio

5151-10 - Atendente de enfermagem
Atendente de berçário, Atendente de centro cirúrgico, Atendente de enfermagem no serviço doméstico, Atendente de hospital, Atendente de serviço de saúde, Atendente de serviço médico, Atendente hospitalar, Atendente-enfermeiro, Maqueiro de hospital, Maqueiro hospitalar, Padioleiro-enfermeiro

5151-15 - Parteira leiga
Assistente de parto, Parteira, Parteira prática

5151-20 - Visitador sanitário
Auxiliar de sanitarista, Educador sanitário, Imunizador, Vigilante de saúde, Visitador sanitário domiciliar

5151-25 - Agente indígena de saúde

5151-30 - Agente indígena de saneamento

5151-35 - Socorrista (exceto médicos e enfermeiros)
Auxiliar de enfermagem socorrista, Bombeiro resgatista, Bombeiro socorrista, Resgatista, Resgatista socorrista, Técnico em enfermagem socorrista

5151-40 - Agente de combate às endemias
Agente de controle de vetores, Agente de controle de dengue, Guarda de endemias

Descrição Sumária

Os trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde, visitam domicílios periodicamente; orientam a comunidade para promoção da saúde; assistem pacientes, dispensando-lhes cuidados simples de saúde, sob orientação e supervisão de profissionais da saúde; rastreiam focos de doenças específicas; realizam partos; promovem educação sanitária e ambiental; participam de campanhas preventivas; incentivam atividades comunitárias; promovem comunicação entre unidade de saúde, autoridades e comunidade; realizam manutenção dos sistemas de abastecimento de água; executam tarefas administrativas; verificam a cinemática da cena da emergência; socorrem as vítimas e realizam ações de controle de endemias.

Famílias afins

3222 - Técnicos e auxiliares de enfermagem

7823 - Motoristas de veículos de pequeno e médio porte

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [22:mte-cbo]

Figura 40. Descrição da ocupação 5151 encontrada como resultado no sistema CBO

Ministério do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Portal do Trabalho e Emprego

Quinta-feira, 03 de Março de 2016

Buscas

- Descrição
- Histórico de Ocupações
- Características de Trabalho
- Áreas de Atividade
- Competências Pessoais
- Recursos de Trabalho
- Participantes da Descrição
- Relatório da Família
- Relatório Tabela de Atividades
- Conversão
- Fale com a CBO

Esplanada dos Ministérios
Bloco F - CEP: 70059-900
Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158
Telefone: (61) 3317-6000

Mapa do Portal | Links

A A+

Descrição

Voltar Página inicial

5162 :: Cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos

Títulos

- 5162-05 - Babá
Baby-sitter, Pajém (baby-sitter em início de carreira)
- 5162-10 - Cuidador de idosos
Acompanhante de idosos, Cuidador de pessoas idosas e dependentes, Cuidador de idosos domiciliar, Cuidador de idosos institucional, Gero-sitter
- 5162-15 - Mãe social
Mãe crecheira, Mãe substituta
- 5162-20 - Cuidador em saúde

Descrição Sumária

Cuidam de bebês, crianças, jovens, adultos e idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida.

Esta família não compreende

- 3222 - Técnicos e auxiliares de enfermagem

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [22:mte-cbo]

Figura 41. Descrição da ocupação 5162 encontrada como resultado no sistema CBO

Ministério do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Portal do Trabalho e Emprego

Quinta-feira, 03 de Março de 2016

Mapa do Portal | Links

Descrição

[Voltar](#) [Página inicial](#)

5198 :: Profissionais do sexo

Títulos

5198-05 - Profissional do sexo
 Garota de programa, Garoto de programa, Meretriz, Messalina, Michê, Mulher da vida, Prostituta, Trabalhador do sexo

Descrição Sumária

Buscam programas sexuais; atendem e acompanham clientes ;participam em ações educativas no campo da sexualidade. As atividades são exercidas seguindo normas e procedimentos que minimizam a vulnerabilidades da profissão.

Buscas

- Descrição
- Histórico de Ocupações
- Características de Trabalho
- Áreas de Atividade
- Competências Pessoais
- Recursos de Trabalho
- Participantes da Descrição
- Relatório da Família
- Relatório Tabela de Atividades
- Conversão
- Fale com a CBO

Esplanada dos Ministérios
 Bloco F - CEP: 70059-900
 Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158

Telefone: (61) 3317-6000

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [22:mte-cbo]

Figura 42. Descrição da ocupação 5198 encontrada como resultado no sistema CBO

Buscas

- Descrição
- Histórico de Ocupações
- Características de Trabalho
- Áreas de Atividade
- Competências Pessoais
- Recursos de Trabalho
- Participantes da Descrição
- Relatório da Família
- Relatório Tabela de Atividades
- Conversão

Esplanada dos Ministérios
Bloco F - CEP: 70059-900
Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158
Telefone: (61) 3317-6000

Descrição

[Voltar](#) [Página inicial](#)

6230 :: Tratadores polivalentes de animais

Títulos

6230-05 - Adestrador de animais
Amansador, Amestrador, Condicionador de animais, Domador (asininos e muare), Domador (equinos), Domador - na pecuária, Domador de animais domésticos, Educador de animais, Instrutor de animais, Treinador de animais domésticos

6230-10 - Inseminador
Inseminador de animais.

6230-15 - Trabalhador de pecuária polivalente
Arraçoador (pecuária polivalente), Assinalador - na pecuária, Campeiro - na pecuária, Capataz, Castrador, Castrador - na pecuária, Cevador (pecuária), Condutor de bois - na criação, Condutor de bovinos, Embretador, Manoseador, Peão de cavalo, Peão de estábulo, Preparador de ração natural para gado

6230-20 - Tratador de animais
Cuidador de animais, Tratador - na pecuária, Tratador de animais (jardim zoológico), Tratador de animais - na pecuária. Vacinador

6230-25 - Casqueador de animais
Casqueador de bovinos

6230-30 - Ferrador de animais
Ferrador de equinos, Ferrageador de equinos

Descrição Sumária

Maneja, alimentam e monitoram a saúde e o comportamento de animais da pecuária. Condicionam e adestram animais. Sob orientação de veterinários e técnicos, tratam sanidade de animais, manipulando e aplicando medicamentos e vacinas, higienizam animais e recintos; aplicam técnicas de inseminação, castração, casqueamento e ferrageamento. Realizam atividades de apoio, assessorando em intervenções cirúrgicas, exames clínicos e radiológicos, pesquisas, necropsias e sacrifícios de animais.

Figura 43. Descrição da ocupação 6230 encontrada como resultado no sistema C

Ministério do Trabalho e Emprego

Portal do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Quinta-feira, 03 de Março de 2016

Buscas

- Descrição
- Histórico de Ocupações
- Características de Trabalho
- Áreas de Atividade
- Competências Pessoais
- Recursos de Trabalho
- Participantes da Descrição
- Relatório da Família
- Relatório Tabela de Atividades
- Conversão
- Fale com a CBO

Esplanada dos Ministérios
Bloco F - CEP: 70059-900
Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158

Telefone: (61) 3317-6000

Mapa do Portal | Links

A A+

Volta Página inicial

Descrição

3222 :: Técnicos e auxiliares de enfermagem

Títulos

3222-05 - Técnico de enfermagem
Técnico em hemotransusão

3222-10 - Técnico de enfermagem de terapia intensiva
Técnico em hemodiálise, Técnico em uti

3222-15 - Técnico de enfermagem do trabalho
Técnico de enfermagem em saúde ocupacional, Técnico de enfermagem ocupacional

3222-20 - Técnico de enfermagem psiquiátrica
Técnico de enfermagem em saúde mental

3222-25 - Instrumentador cirúrgico
Instrumentador em cirurgia, Instrumentadora cirúrgica

3222-30 - Auxiliar de enfermagem
Auxiliar de ambulatório, Auxiliar de enfermagem de central de material esterilizado (cme), Auxiliar de enfermagem de centro cirúrgico, Auxiliar de enfermagem de clínica médica, Auxiliar de enfermagem de hospital, Auxiliar de enfermagem de saúde pública, Auxiliar de enfermagem em hemodiálise, Auxiliar de enfermagem em home care, Auxiliar de enfermagem em nefrologia, Auxiliar de enfermagem em saúde mental, Auxiliar de ginecologia, Auxiliar de hipodermia, Auxiliar de obstetrícia, Auxiliar de oftalmologia, Auxiliar de parteira, Auxiliar em hemotransusão

3222-35 - Auxiliar de enfermagem do trabalho
Auxiliar de enfermagem em saúde ocupacional, Auxiliar de enfermagem ocupacional

3222-40 - Auxiliar de saúde (navegação marítima)
Auxiliar de saúde marítimo

3222-45 - Técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família

3222-50 - Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família

Descrição Sumária

Desempenham atividades técnicas de enfermagem em empresas públicas e privadas como: hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência médica, embarcações e domicílios; atuam em cirurgia, terapia, puericultura, pediatria, psiquiatria, obstetrícia, saúde ocupacional e outras áreas. Prestam assistência ao paciente zelando pelo seu conforto e bem estar, administram medicamentos e desempenham tarefas de instrumentação cirúrgica, posicionando de forma adequada o paciente e o instrumental. Organizam ambiente de trabalho e dão continuidade aos plantões. Trabalham em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança. Realizam registros e elaboram relatórios técnicos. Desempenham atividades e realizam ações para promoção da saúde da família.

Esta família não compreende

5151 - Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde
5152 - Auxiliares de laboratório da saúde
5153 - Trabalhadores de atenção, defesa e proteção a pessoas em situação de risco e adolescentes em conflito com a lei
5162 - Cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [22:mte-cbo]

Figura 44. Descrição da ocupação de técnicos e auxiliares de enfermagem no sistema CBO

Ministério do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações

Portal do Trabalho e Emprego

Quinta-feira, 03 de Março de 2016

Buscas

Descrição

Histórico de Ocupações

Características de Trabalho

Áreas de Atividade

Competências Pessoais

Recursos de Trabalho

Participantes da Descrição

Relatório da Família

Relatório Tabela de Atividades

Conversão

Fale com a CBO

Esplanada dos Ministérios

Bloco F - CEP: 70059-900

Brasília - DF

Central de Atendimento CBO: 158

Telefone: (61) 3317-6000

Mapa do Portal | Links

Descrição

Voltar

Página inicial

2235 :: Enfermeiros e afins

Títulos

2235-05 - Enfermeiro

2235-10 - Enfermeiro auditor

2235-15 - Enfermeiro de bordo

2235-20 - Enfermeiro de centro cirúrgico

Instrumentador cirúrgico (enfermeiro)

2235-25 - Enfermeiro de terapia intensiva

Enfermeiro intensivista

2235-30 - Enfermeiro do trabalho

2235-35 - Enfermeiro nefrologista

2235-40 - Enfermeiro neonatologista

Enfermeiro de berçário

2235-45 - Enfermeiro obstétrico

Enfermeira parteira

2235-50 - Enfermeiro psiquiátrico

2235-55 - Enfermeiro puericultor e pediátrico

2235-60 - Enfermeiro sanitaria

Enfermeiro de saúde pública

2235-65 - Enfermeiro da estratégia de saúde da família

2235-70 - Perfusionista

Descrição Sumária

Prestam assistência ao paciente e/ou cliente; coordenam, planejam ações e auditam serviços de enfermagem e/ou perfusão. Os enfermeiros implementam ações para a promoção da saúde junto à comunidade. Os perfusionistas realizam procedimentos de circulação extracorpórea em hospitais. Todos os profissionais desta família ocupacional podem realizar pesquisa.

Esta família não compreende

3222 - Técnicos e auxiliares de enfermagem

Todos os direitos reservados MTE © 1997-2007 - Política de Privacidade - Condições de Uso - Build 20160118-1425 [22:mte-cbo]

Figura 45. Descrição da ocupação de enfermeiros e afins no sistema CBO

Cesnik-Geest, V.M. | Avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade