

aa
ee



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

AVANCES EN ENFERMERÍA

Ignacio Mantilla Prada
RECTOR GENERAL

Carlos Alberto Garzón
VICERRECTOR GENERAL

Juan Manuel Tejeiro Sarmiento
VICERRECTOR ACADÉMICO

Jaime Franky Rodríguez
VICERRECTOR SEDE BOGOTÁ

Catalina Ramírez Gómez
SECRETARIA GENERAL

CONSEJO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Yaneth Mercedes Parrado Lozano
DECANA
PRESIDENTA DEL CONSEJO DE FACULTAD

Yurian Lida Rubiano Mesa
VICEDECANA

Luz Stella Bueno Gómez
DIRECTORA DE BIENESTAR

María Erley Orjuela
DIRECTORA DE LA UNIDAD ACADÉMICA
BÁSICA DE SALUD DE COLECTIVOS

Gloria Mabel Carrillo
DIRECTORA DE LA UNIDAD ACADÉMICA
BÁSICA DE ENFERMERÍA

Luz Mery Hernández
DIRECTORA DE CARRERA

Alba Idaly Muñoz Sánchez
DIRECTORA DE LA DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN

Lorena Chaparro Díaz
SECRETARIA DE FACULTAD

Jeniffer Paola Cardona Malaver
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL DE
PREGRADO

Martha Cecilia Triana Restrepo, Ph.D.
DIRECTORA

Lina María Perilla-Rodríguez, Ph.D.
EDITORA ASISTENTE

COMITÉ EDITORIAL

Alba Idaly Muñoz Sánchez, Ph.D.
DIRECTORA DE LA DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN

Celmira Laza Vásquez, Ph.D.
Fundación Universitaria de Ciencias de
la Salud, Colombia

Mary Luz Jaimes Valencia, Ph.D.
Universidad Autónoma de
Bucaramanga, Colombia

María Helena Mejía Rojas, Ph.D.
Universidad del Valle, Colombia

Ángela María Salazar Maya, Ph.D.
Universidad de Antioquia

Taka Oguisso, Ph.D.
Universidade de São Paulo, Brasil

Olivia Sanhueza Alvarado, Ph.D.
Universidad de Concepción, Chile

María del Pilar Camargo Plazas, Ph.D.
University of Alberta, Canadá

**María Guadalupe Moreno
Monsiváis, Ph.D.**
Universidad Autónoma de Nuevo León,
México

EDITORAS ASOCIADAS

Luz Patricia Díaz Heredia, Ph.D.
Universidad Nacional de Colombia

Viviana Marycel Céspedes, Ph.D.
Universidad Nacional de Colombia

Ana Maritza Gómez, Ph.D.
Universidad Nacional de Colombia

María Carmen Bernal Roldán, MSc.
Universidad Nacional de Colombia

COMITÉ CIENTÍFICO

Marie-Luise Friedemann, Ph.D.
Florida International University,
EE. UU.

**María Magdalena Alonso Castillo,
Ph.D.**
Universidad Autónoma de Nuevo León,
México

Yariela N. González Ortega, Ph.D.
Universidad de Panamá, Panamá

Yrene Esperanza Urbina Rojas, Ph.D.
Universidad Nacional de Tumbes, Perú

**María Itayra Coelho de Souza
Padilha, Ph.D., Pós-Doutora**
Universidade Federal de Santa Catarina,
Brasil

**María de los Ángeles Rodríguez
Gázquez**
Universidad de Antioquia, Colombia

María Marlene Montes Valverde, Ph. D.
Universidad Santiago de Cali, Colombia

Zuleima Cogollo Milanés, Ph.D.
Universidad de Cartagena, Colombia

Indexada por/Indexado by/Indexada por:

Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias
de la Salud (LILACS-BIREME)

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas
Científicas de América Latina y del Caribe, España y Portugal
(LATINDEX)

Índice Nacional de Publicaciones Seriadas Científicas
y Tecnológicas Colombianas (PUBLINDEX), categoría A2.
Scientific Electronic Library Online (SciELO Colombia)

Fuente Académica de EBSCO

Incluida en la Base de Datos CUIDEN de la Fundación INDEX, en
Virginia Henderson International Nursing Library y en la lista
Qualis-CAPES

Directory of Open Access Journals (DOAJ)

**Esta revista es financiada por el Fondo de la Unidad
de Gestión de Investigación de la Facultad de Enfermería
de la Universidad Nacional Colombia, Sede Bogotá**

Misión

La revista *Avances en Enfermería* es un medio de socialización para los productos científicos derivados de la investigación, revisiones de la literatura, experiencias y reflexiones de las diferentes comunidades académicas y asistenciales nacionales e internacionales que contribuyen al desarrollo teórico de la disciplina profesional de enfermería.

Missão

A revista *Avances en Enfermería* é um meio de divulgação dos productos científicos derivados da pesquisa, revisões bibliográficas, experiências e reflexões das diferentes comunidades académicas e previdenciárias nacionais e internacionais que contribuem com o desenvolvimento teórico da disciplina profissional da enfermagem.

Mission

The journal *Avances en Enfermería* is a communication mean to disseminate the scientific outcomes derived from research, literature reviews, experiences and reflections of the various national and international health entities and academic communities that contribute to the theoretical growth of the professional nursing trade.

Visión

Ser un referente nacional e internacional en la divulgación del conocimiento en enfermería y salud, a través de la publicación de piezas científicas de alta calidad que contribuyan al desarrollo de la disciplina.

Visão

Ser um referente nacional e internacional na divulgação do conhecimento nas áreas de enfermagem e saúde através da publicação de trabalhos científicos de alta qualidade que contribuam com o desenvolvimento da disciplina.

Vision

Become a national and international benchmark in the dissemination of knowledge about the areas of nursing and health through the publication of high-quality scientific papers that contribute to the development of the trade.

Es la publicación oficial científica seriada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Colombia. Se creó en mayo de 1982 y publica contribuciones originales de enfermería; disciplinas relacionadas con la salud y otros campos de desempeño; aportes al mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de las poblaciones; y contribuciones al desarrollo de los sistemas de salud. Divulga artículos en idiomas español, portugués e inglés que sean inéditos, es decir: documentos que no han sido publicados antes en otros formatos —electrónicos o impresos— y que no han sido sometidos a consideración de otras publicaciones o medios.

- Los usuarios de la revista son profesionales de la salud y de las ciencias humanas y sociales.
- Se puede acceder al texto completo de los artículos a través de la página *web* de la revista: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/index>; doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm>
- Reproducción: es prohibida la reproducción impresa de artículos con fines no académicos.
- La revista se encuentra bajo la licencia *Creative Commons Attribution 3.0*.
- Las opiniones y juicios emitidos son responsabilidad de los autores y no comprometen a la revista ni a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

PARES EVALUADORES DEL PRESENTE NÚMERO

DRA. ANA MARITZA GÓMEZ OCHOA Universidad Nacional de Colombia	DRA. CIDÁLIA DE FÁTIMA CABRAL DE FRIA Universidade dos Açores
MG. MADELEINE CECILIA OLIVELLA FERNANDEZ Universidad del Tolima	DRA. ADRIANA VALÉRIA DA SILVA FREITAS Universidade Federal da Bahia
DRA. ANGELA MARIA SALAZAR MAYA Universidad de Antioquia	DRA. DIÉSSICA ROGGIA PIEXAK Universidade do Rio Grande do Sul
MG. CLARA INÉS PADILLA GARCÍA Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas	DRA. RENATA VIRGINIA GONZÁLEZ CONSUEGRA Universidad Nacional de Colombia
DRA. ANA MARIA DE ALMEIDA Universidade de São Paulo	DRA. OLGA ROCIO GÓMEZ ORTEGA Universidad Nacional de Colombia

Avances en Enfermería

doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm>

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/index>

e-mail: revavenf_febog@unal.edu.co

Volumen xxxiv n.º 2 mayo-agosto 2016

ISSN (impreso): 0121-4500

ISSN (en línea): 2346-0261

Título abreviado: Av Enferm

© Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Diseño de carátula: David Consuegra

Diagramación: Edgar Alexander Trillos Calvo - Divulgación Facultad de Enfermería

Impresión: Digiprint Editores E.U.

Impreso en Colombia-Printed in Colombia

Contenido

EDITORIAL

122 **La enfermería en el posconflicto**

Yaneth Mercedes Parrado Lozano

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

124 **Agencia de autocuidado y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes**

Agência de autocuidado e fatores de risco cardiovascular em adolescentes

Self-care agency and cardiovascular risk factors in adolescents

Rosa Morales Aguilar, Magda Lucia Flórez Flórez

136 **Espiritualidade e o processo de morrer: reflexões de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos**

La espiritualidad y el proceso de muerte: reflexiones de un equipo interdisciplinario de cuidados paliativos

Spirituality and the dying process: reflections of an interdisciplinary palliative care team

Isabel Cristina de Oliveira Arrieira, Maira Buss Thofern, Adrize Rutz Porto, Simone Coelho Amestoy, Daniela Habekost Cardoso

147 **Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com baixa escolaridade: estudo intervenção**

Talleres de estimulación cognitiva para ancianos con baja escolaridad: estudio de intervención

Workshops of cognitive stimulation for elderly with low educational status: interventional study

Rosimere Ferreira Santana, Hanna Araújo Lobato, George Luiz Alves Santos, Shardelle Araújo Alexandrino, Tâmara Dias de Alencar, Thaisa Araújo de Souza

158 **Assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com câncer de bexiga**

Asistencia de enfermería perioperatoria a pacientes con câncer de vejiga

Perioperative nursing care to patients with bladder cancer

Helena Megumi Sonobe, Rouziane Sabino Ravena, Fábio Saia Moreno, Luciana Scatralhe Buetto, Marissa Silva de Oliveira

169 **Qualidade de vida e capacidade funcional em pacientes com úlcera arterial**

Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con úlceras arteriales

Quality of life and functional ability in patients with arterial ulcers

Márcia Maria Renó Moreira, Fabiana da Silva Augusto, Leila Blanes, Alfredo Gragnani Filho, Lydia Masako Ferreira

179 **Política editorial**

Política editorial

Editorial policy

La enfermería en el posconflicto

• Yaneth Mercedes Parrado Lozano ¹ •

•1• RN, MSc, PhD. Profesora Asociada. Decana. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Colombia. E-mail: ymparradol@unal.edu.co

DOI: 10.15446/av.enferm.v34n2.61619

Hoy la sociedad se dispone a enfrentar un escenario de posconflicto. Es en esta nueva etapa en la que se movilizarán recursos, se formularán programas sociales, se crearán programas de atención, se dará reparación a las víctimas, se desmovilizarán los combatientes y se desarrollarán los acuerdos de paz.

En este sentido, la paz esperada en el posconflicto colombiano será posible siempre y cuando reconstruyamos el tejido social invocando el reconocimiento y el ejercicio de los derechos. De este modo, se podrán establecer vínculos entre los nacionales que estén dispuestos a la mediación, a la no repetición, al olvido y al perdón. Para lograrlo, se requiere de la capacidad de reconciliarnos con nosotros mismos y con nuestra sociedad.

La paz es entendida no sólo como un proceso para el entendimiento entre grupos, sino también como el estado individual, colectivo, institucional, dinámico, transparente y permanente, destinado a terminar con todas las formas existentes de violencia en este país. Individual, porque cada uno está llamado a suprimir de su interior las fuentes incontrolables que conducen a la guerra, y buscar todas las soluciones razonadas y humanas para

evitarla; colectivo, porque la paz se alimenta del consenso de las personas por alcanzarla, de la decisión genuina y transparente de perdón, de la intención legítima de nunca más considerar la venganza como único instrumento de defensa y de la devoción humana por la reconciliación entre colombianos; e institucional, porque la paz también es un proyecto de las organizaciones por las que hay que trabajar firmemente, pues también están llamadas a contribuir a la distinción que revela la ilusión de la paz.

La nueva sede de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, el Edificio 228, desde abril de este año se ha convertido en un espacio para el debate y el desarrollo del conocimiento en torno a la vida y al cuidado de la salud. Además de un espacio confortable y apropiado para la academia, allí se continuará con la tarea de consolidar un centro de formación e investigación, que en el contexto actual también deberá contribuir con la consolidación de la paz.

La Facultad de Enfermería se encuentra comprometida con los estudiantes y con la sociedad a continuar trabajando por una enfermería que hoy, frente al fin del conflicto, debe apuntar a promover la salud y el bienestar de la población,

cuidando de individuos, familias y comunidades —como lo establece la Organización Mundial de la Salud (OMS)— (1), pero con la responsabilidad de solidarizarse con la situación social y particular de los individuos, las familias y las comunidades afectadas por el conflicto interno.

En el marco del posconflicto, las/los enfermeras/os deben ser defensoras de los Derechos Humanos, especialmente de los derechos a la vida y a la salud, en favor de los pacientes. Esto, con el fin de que sus necesidades en salud sean atendidas de forma ágil, operante y satisfactoria.

Las/los enfermeras/os deben intervenir a través de su práctica para garantizar el acceso igualitario a los servicios de salud con enfoque integral y diferencial al que tienen derecho todos los colombianos, sin importar su origen o precedencia, incluso sin importar sus vínculos con el conflicto interno.

Considerando que miles de mujeres, niñas y adolescentes indígenas, afrocolombianas y campesinas han sido víctimas de la violencia sexual como arma de guerra en el marco del conflicto armado, las enfermeras están convocadas a velar por el cumplimiento y goce de sus derechos al servicio de la salud sin revictimización, coherentemente y como lo requiera su situación particular, familiar y comunitaria.

El rol de las/los enfermeras/os en el fin del conflicto se ha vigorizado. Sin embargo, el trabajo por parte de las profesionales aún tiene un camino largo y complejo, dado que lo alcanzado hasta ahora, aunque es incalculable y estimable, merece un mayor aporte, para que se materialicen cada uno de los objetivos trazados para su efectiva consolidación.

Referencias

(1) Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet] Objetivos de desarrollo sostenible. 2015. [acceso: 2 de Diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/media-centre/events/meetings/2015/un-sustainable-development-summit/es/>

Agencia de autocuidado y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes

Self-care agency and cardiovascular risk factors in adolescents

Agência de autocuidado e fatores de risco cardiovascular em adolescentes

• Rosa Morales Aguilar¹ • Magda Lucia Flórez Flórez² •

•1• Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Profesora Asociada, Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia.
E-mail: rosa.morales@unimetro.edu.co

•2• Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.
E-mail: mlflorezf@unal.edu.co

Recibido: 08/02/2014 Aprobado: 03/11/2016

DOI: 10.15446/av.enferm.v34n2.41964



Resumen

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular en adolescentes de una Institución de Educación Superior en el Distrito de Barranquilla, Colombia.

Metodología: Estudio descriptivo, exploratorio, de corte transversal, con abordaje cuantitativo, basado en la *Teoría del Déficit de Autocuidado* de Dorothea Orem. La muestra fue compuesta por 133 adolescentes, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Se aplicaron la *Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado* (segunda versión en español), el *Cuestionario Internacional de Actividad Física* (versión corta) y la *Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes*. Para el análisis de los niveles de significancia se utilizó la prueba de *Kruskal-Wallis* para muestras independientes.

Resultados: La mayor parte de los participantes presentó niveles de capacidad de agencia de autocuidado media y alta respectivamente. De acuerdo con la identificación de los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, se evidenció que los adolescentes presentaron probabilidades de desarrollar alguna enfermedad cardiovascular hacia el futuro, dado el comportamiento de los factores de riesgo, como son la obesidad y el sedentarismo. En cuanto a la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo, se encontró asociación significativa al relacionar la capacidad de agencia de autocuidado con las categorías de clasificación de la presión arterial.

Resumo

Objetivo: Este estudo teve como objetivo determinar a relação entre a capacidade de agência de autocuidado e fatores de risco cardiovascular em adolescentes em uma instituição de ensino superior no Distrito de Barranquilla, Colômbia.

Metodologia: Estudo descritivo e exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa, baseado na *Teoria do Déficit de Autocuidado* de Dorothea Orem. A amostra foi composta por um grupo de 133 adolescentes, selecionados por amostragem aleatória simples. Aplicaram-se a *Escala de Apreciação da Agência de Autocuidado* (segunda versão em espanhol), o *Questionário Internacional de atividade física* (versão curta) e *Global Youth Tobacco Survey*. Para a análise dos níveis de significância foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* para amostras independentes.

Resultados: A maior proporção de participantes apresentou, respectivamente, níveis médios e altos de capacidade de agência de autocuidado. De acordo com a identificação de fatores de risco para doença cardiovascular, evidenciou-se que os adolescentes têm probabilidades de desenvolver alguma doença cardiovascular no futuro, devido ao comportamento dos fatores de risco como a obesidade e o sedentarismo. No que respeita à relação entre a capacidade de agência de autocuidado e fatores de risco, evidenciou-se associação significativa ao relacionar a capacidade da agência de autocuidado com as categorias de classificação da pressão arterial.

Abstract

Objective: This study aimed to determine relationship between the ability of self-care agency and cardiovascular risk factors in adolescents from a higher education institution in Distrito de Barranquilla, Colombia.

Methodology: Descriptive, exploratory, cross-sectional study with a quantitative approach, based on the *Self-care deficit theory* of Dorothea Orem. 133 adolescents sample size was selected by simple random sampling. The *Appraisal of the Self-care Agency* (second version in spanish), the *Global Youth Tobacco Survey* and *International Physical Activity Questionnaire Short Form*. For the analysis of significance levels, the *Kruskal-Wallis* test was used for independent samples.

Results: The majority of participants presented levels respectively *medium* and *high* of ability of self-care agency. According to identification of cardiovascular risk factors disease, we found that adolescents presented chances of developing cardiovascular disease to the future, given the behavior of risk factors such as obesity and sedentary lifestyle. With regard to the relationship between ability of self-care agency and risk factors, we found significant association relating the ability of self-care agency with the classification categories of blood pressure.

Conclusions: The results from our study are consistent with findings of researchers who assert that sedentary lifestyle and obesity are risk factors with greater presence in adolescents. Similarly, our findings indicate that adolescents presented *medium-level*

Conclusiones: Los resultados encontrados en el presente estudio coinciden con lo hallado por otros investigadores que afirman que el sedentarismo y la obesidad son los factores de riesgo con mayor presencia en los adolescentes. De igual manera, los hallazgos indican que los adolescentes mostraron capacidad de agencia de autocuidado de *nivel medio*, pero sólo se encontró asociación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado con las categorías de clasificación de la presión arterial.

Descriptores: Autocuidado; Factores de Riesgo; Adolescente (fuente: DECS BIREME).

Conclusões: Os resultados deste estudo são consistentes com o que foi encontrado por outros pesquisadores, que afirmam que o sedentarismo e a obesidade são fatores de risco com maior presença em adolescentes. Do mesmo modo, os resultados indicam que os adolescentes mostraram capacidade da agência de autocuidado de nível médio, porém só foi encontrada relação significativa entre a capacidade da agência de autocuidado com as categorias de classificação da pressão arterial.

Descritores: Autocuidado; Fatores de Risco; Adolescente (fonte: DECS BIREME).

ability self-care agency, but we only found significant association between ability self-care agency with classification categories of blood pressure.

Descriptors: Self Care; Risk Factors; Adolescent (source: DECS BIREME).

Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen la principal causa de mortalidad en todo el mundo (1, 2). Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los 57 millones de muertes que tuvieron lugar en el año 2008, 36 millones, es decir, el 63%, se debieron a las ENT (2). Entre éstas, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes al año, casi un tercio del total (3), lo que implica un problema de salud pública global (4). Tanto en Colombia como a nivel mundial, la enfermedad cardiovascular es la que prevalece (5); la de mayor incidencia en hombres es la enfermedad coronaria y en las mujeres, las enfermedades relacionadas con hipertensión arterial, como la enfermedad cerebrovascular o la insuficiencia cardiaca (6).

Barranquilla, ciudad donde se realizó el presente estudio, no es ajena a esta problemática, ya que el perfil epidemiológico coincide con el panorama nacional y mundial. De hecho, para el próximo cuatrienio uno de los retos en salud a nivel distrital es incluir la intervención de las cinco primeras causas de mortalidad. Entre éstas se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de vías respiratorias y la diabetes mellitus (7). Un estudio realizado por Mantilla *et al.* (8) mostró que las mujeres barranquilleras tienen mayor probabilidad de presentar factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.

De acuerdo con Gómez, el aumento de la prevalencia en enfermedades cardiovasculares puede resultar por un aumento de los diferentes factores de riesgo que no siempre son de naturaleza médica, sino también política, económica, sociocultural y ambiental (4). Sin embargo, la OMS señala que un alto porcentaje de ENT puede prevenirse mediante la reducción de sus cuatro factores de riesgo comportamentales más importantes: el tabaquismo, el sedentarismo, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas (1). Estos hábitos son adquiridos desde la infancia y se van arraigando a través de los años, principalmente en la adolescencia, aunque pueden modificarse.

El desarrollo progresivo de la enfermedad cardiovascular motiva la protección a la población joven, caracterizada por ser una población sana y a la que es necesario cuidar, debido a que los jóvenes son el mejor recurso para lograr un país con progreso económico y social. Es por esto que los adolescentes comportan un grupo de interés para el sector salud, puesto que muchos de los problemas potenciales que se presentan en la edad adulta son originados en esta etapa del ciclo vital a causa de estilos de vida perjudiciales para la salud.

Actualmente, en Colombia los adolescentes representan cerca del 20% de la población total, lo cual es importante tener en cuenta dada la susceptibilidad en esta etapa por conductas exploratorias que favorecen el consumo de sustancias tóxicas como el tabaco, por lo que pudiera considerarse un grupo susceptible de estudio (9). En este mismo sentido, la OMS estima que el 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia (10).

La literatura evidencia que son pocas las investigaciones relacionadas con la salud cardiovascular dirigidas a los adolescentes. En consecuencia, la enfermería tiene el compromiso de fortalecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante un enfoque de atención primaria en salud, en el que se establezcan estrategias de intervención que fomenten estilos de vida y conductas saludables. Una forma de abordar esta problemática es a través de los postulados teóricos propuestos por Dorothea Orem, quien plantea que los requisitos universales de autocuidado están dirigidos hacia la prevención primaria y la promoción de la salud (11). Orem afirma que “la compleja capacidad desarrollada, que permite a los adultos y adolescentes discernir los factores que deben ser controlados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, así como la capacidad para decidir lo que puede y debería hacer por su salud y bienestar a lo largo del tiempo, se denomina agencia de autocuidado” (12).

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular en adolescentes de una Institución de Educación Superior en el Distrito de Barranquilla.

Materiales y Método

Se desarrolló un estudio descriptivo, exploratorio, de corte transversal, con abordaje cuantitativo, con el fin de identificar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular. La población de estudio estuvo conformada por estudiantes adolescentes entre 17 y 20 años de I, II y III semestre de los programas de pregrado en Ciencias de la Salud de una Institución de Educación Superior privada de Barranquilla. Los participantes fueron seleccionados a través de los listados de estudiantes matriculados entregados por las secretarías académicas de cada uno de los programas.

El tamaño de la muestra se obtuvo mediante muestreo aleatorio simple elaborado en *Microsoft Excel*[®], con base en un tamaño poblacional finito de 1 409 estudiantes, un error alfa estimado de 0,05 y un intervalo de confianza del 95%. Se obtuvo finalmente una muestra de 133 estudiantes, los cuales cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: adolescentes hombres y mujeres entre 17 y 20 años matriculados en los programas de pregrado de la institución educativa, quienes voluntariamente desearon participar en la investigación, sin ninguna patología cardiovascular diagnosticada o embarazo.

Se tuvieron en cuenta aspectos éticos que garantizaron el rigor científico de la investigación. En este sentido, se preservaron las pautas éticas recomendadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (13) y los lineamientos establecidos en la Resolución 008430 de 1993 (14). De igual forma, se contó con la autorización de la institución objeto de estudio y el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Para garantizar la participación en el estudio, se tuvieron en cuenta criterios de confidencialidad e intimidad de la identificación de los participantes en los instrumentos utilizados, mediante el uso de un código para cada uno de los sujetos de investigación. Así mismo, para garantizar el principio de autonomía, se diligenció el consentimiento informado, para lo cual se verificó que la información fuera comprensible. Por último, se incluyeron los objetivos del estudio y su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento.

Para la recolección de la información, se utilizó el *Cuestionario Internacional de Actividad Física* (versión corta), el cual se divide en cuatro sesiones que interrogan la frecuencia y la duración de la práctica de actividad física durante más de diez minutos. Este instrumento cuenta con validación para la población colombiana, con niveles aceptables de validez y confiabilidad (15). Se aplicó también la *Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes*, la cual puede ser utilizada de manera libre en estudios de investigación. Con base en este cuestionario, se construyó un baremo de tabaquismo para obtener el índice de tabaquismo y así facilitar su posterior análisis. Finalmente, se utilizó la *Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado* (segunda versión en español), versión adaptada para Colombia, compuesta por 24 ítems con cinco opciones de respuesta tipo Likert, que posee consistencia interna alfa de Cronbach de 0,74 (16, 17).

La información obtenida con los instrumentos utilizados fue procesada mediante un cuadro de ordenamiento de datos en *Microsoft Excel*[®] y luego fueron analizados en el programa estadístico *SPSS* versión 20. Los datos se presentaron utilizando diagrama de barras y sectores, y *box-plot*. Para el análisis de los niveles de significancia se utilizó la prueba de *Kruskal-Wallis* para muestras independientes.

Resultados

Los resultados relacionados con la información sociodemográfica de la población se encuentran en la Tabla 1, la cual evidencia un predominio de los adolescentes de 18 años, de género femenino, estudiantes del Programa de Medicina y nivel educativo de I semestre universitario. Para Orem, estas características son los factores internos o externos que poseen los individuos y que podrían afectar sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. Estas características también son llamadas *factores condicionantes*.

En relación con los factores de riesgo, el Gráfico 1 muestra que el 81% de los participantes presentó niveles bajos de actividad física, el 18%, niveles moderados de actividad física y sólo el 1%, un nivel alto de actividad física. Esto evidencia un alto nivel de sedentarismo en la población adolescente.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población estudiada

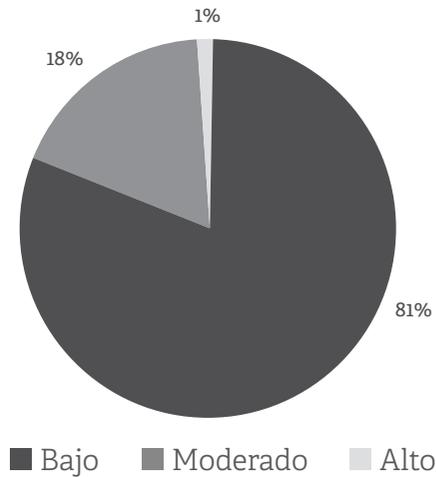
Variables	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Género		
Masculino	39	29%
Femenino	94	71%
Programa		
Enfermería	27	20%
Bacteriología	1	1%
Medicina	62	47%
Odontología	19	14%
Fonoaudiología	2	2%
Psicología	5	4%
Trabajo Social	—	—
Optometría	3	2%
Fisioterapia	5	4%
Nutrición y Dietética	9	7%
Terapia Ocupacional	—	—
Semestre		
I	63	47%
II	33	25%
III	37	28%
Edad		
17 años	28	21%
18 años	56	42%
19 años	30	23%
20 años	19	14%

Fuente: Base de datos de la investigación, 2013.

En cuanto a los resultados sobre *obesidad por Índice de Masa Corporal (IMC)*, se encontró que el 68,4% de los adolescentes tuvo un peso normal/bajo, mientras que el 32% estaba en riesgo de obesidad/sobrepeso (ver Gráfico 2). Estas condiciones afectan el desarrollo en este ciclo vital y pueden trascender para la vida futura. Sin embargo, este hallazgo muestra diferencias significativas en el género femenino.

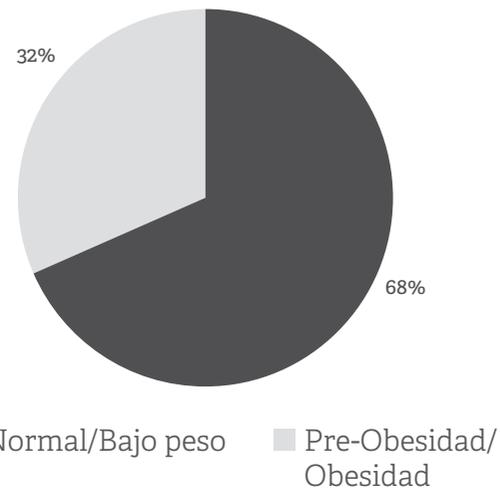
En relación con el factor de riesgo *hipertensión arterial*, se observó que el 79% de los estudiantes presentó presión arterial normal, el 20% pre-hipertensión y sólo el 1% —es decir: un estudiante— mostró hipertensión en estadio I (ver Gráfico 3).

Gráfico 1. Distribución porcentual del nivel de actividad física en adolescentes



Fuente: Base de datos de la investigación, 2013.

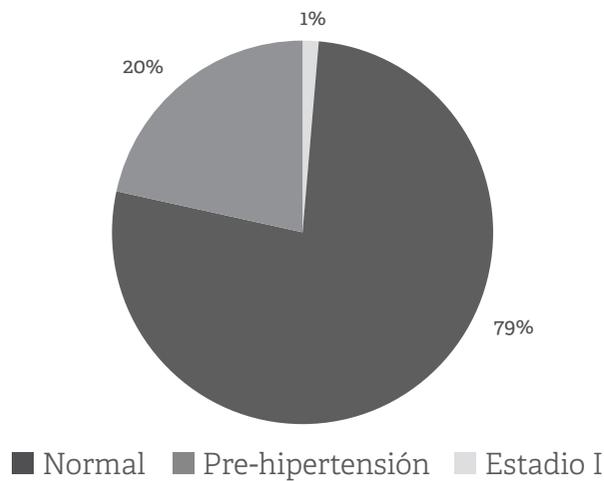
Gráfico 2. Distribución porcentual de la obesidad según Índice de Masa Corporal (IMC)



Fuente: Base de datos de la investigación, 2013.

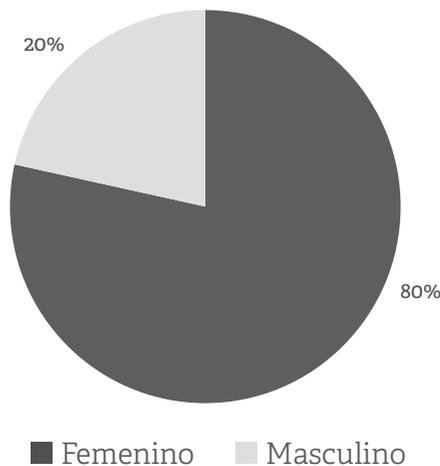
Al analizar la variable *perímetro abdominal*, con base en la clasificación del perímetro abdominal, se observó que el 61% de adolescentes hombres y el 39% de adolescentes mujeres no mostró riesgo para obesidad. Sin embargo, el 80% de las mujeres y el 20% de los hombres se encontraban en estado de alerta (ver Gráfico 4).

Gráfico 3. Distribución porcentual de la presión arterial en los adolescentes



Fuente: Base de datos de la investigación, 2013.

Gráfico 4. Distribución porcentual del perímetro abdominal en estado de alerta por género



Fuente: Base de datos de la investigación, 2013.

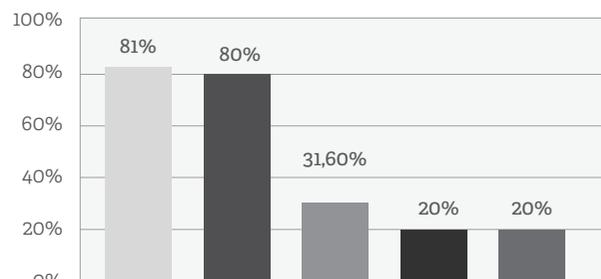
Los resultados obtenidos demuestran que la distribución porcentual del perímetro abdominal en estado de alerta en relación con el género es de 80% para el femenino y 20% para el masculino. Lo anterior indica que hay un alto número de adolescentes de género femenino que se encuentra en riesgo de presentar una enfermedad cardiovascular.

En cuanto a la distribución de los principales factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (ECV), se encontró mayor distribución del sedentarismo en el 81% de los adolescentes y un aumento del perímetro abdominal en el 80% de las mujeres. Entre los factores de riesgo menos frecuentes, se encontraron la pre-hipertensión arterial, la pre-obesidad y el aumento en el perímetro abdominal en hombres (ver Gráfico 5).

Así las cosas, es importante anotar que la intervención sobre las conductas y los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular puede iniciarse en la infancia y adolescencia, con el objeto de disminuir su incidencia en la edad adulta. De este modo, la Academia Americana de Pediatría determina las siguientes recomendaciones: detección de la hipertensión arterial, control de la obesidad, ejercicio regular, no fumar en absoluto y controlar el perímetro abdominal (18).

Gráfico 5. Distribución de las principales condiciones que favorecen el riesgo para ECV

Riesgos para enfermedad cardiovascular

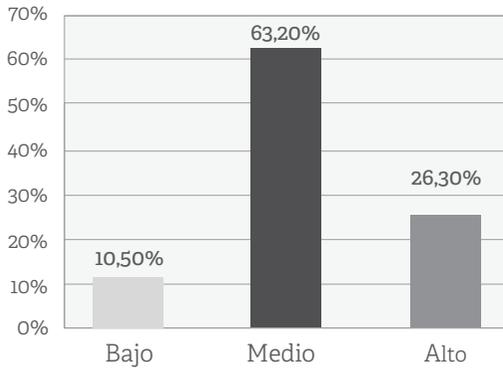


- Sedentarismo
- Perímetro abdominal mujeres
- Preobesidad
- Perímetro abdominal hombres
- Pre-hipertensión

Fuente: Base de datos de la investigación, 2013.

Por lo que se refiere al grado de capacidad de agencia de autocuidado, el 10,5% de los adolescentes resultó con capacidad baja de agencia de autocuidado, el 63,2%, con capacidad *media* y el 26,3%, con capacidad *alta* (ver Gráfico 6).

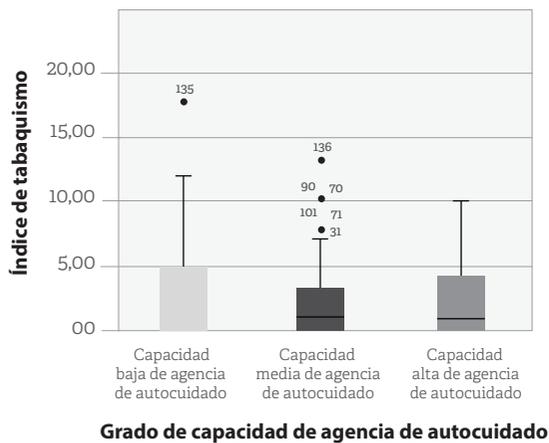
Gráfico 6. Grado de capacidad de agencia de autocuidado en los adolescentes



Fuente: Base de datos de la investigación, 2013.

Relacionando el índice de tabaquismo con la capacidad de agencia de autocuidado, se encontró que la distribución es la misma entre las tres categorías de agencia de autocuidado (*baja, media y alta*), cuyo nivel de significancia fue de 0,5, de acuerdo a la prueba *Kruskal-Wallis*. Como se puede observar en el Gráfico 7, existe una tendencia hacia el índice de tabaquismo más alto en los adolescentes con mediana capacidad de agencia de autocuidado.

Gráfico 7. Relación del grado de capacidad de agencia de autocuidado según el tabaquismo

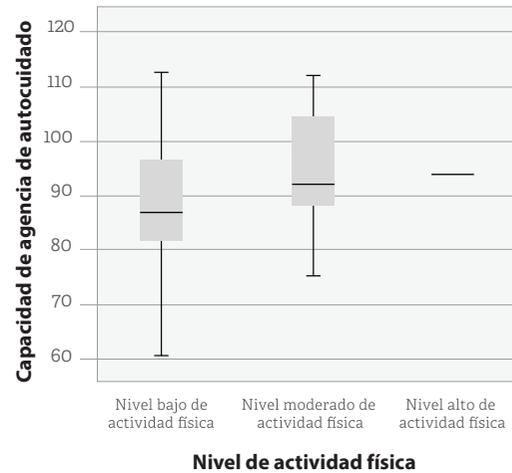


Fuente: Base de datos de la investigación, 2013.

En cuanto a la relación de la capacidad de agencia de autocuidado según el nivel de actividad física, se puede reconocer que no hubo relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la actividad física, dado que se obtuvo un nivel

de significancia de 0,5, de acuerdo a la prueba de *Kruskal-Wallis*. A mayor capacidad de agencia de autocuidado se esperaría menor riesgo de sedentarismo que en los adolescentes con menor capacidad de agencia de autocuidado (ver Gráfico 8).

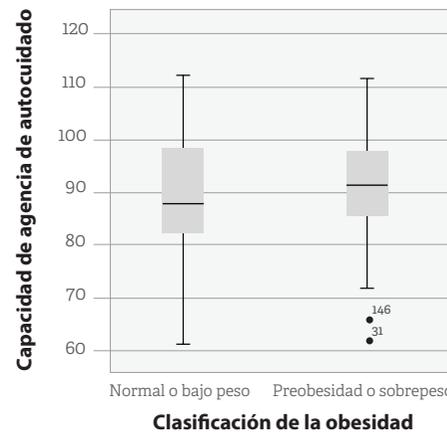
Gráfico 8. Capacidad de agencia de autocuidado según el nivel de actividad física



Fuente: Base de datos de la investigación, 2013.

Relacionando la capacidad de agencia de autocuidado y la clasificación de obesidad, se observó que no existe relación entre sí. Como evidencia el Gráfico 9, un mayor número de casos aislado con pre-obesidad u obesidad son la minoría.

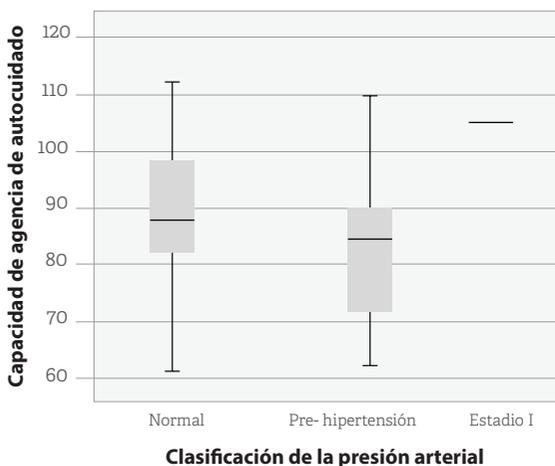
Gráfico 9. Capacidad de agencia de autocuidado según la clasificación de la obesidad



Fuente: Base de datos de la investigación, 2013.

En relación con la capacidad de agencia de autocuidado y la presión arterial, 30 estudiantes con alta capacidad de agencia de autocuidado se encontraron en una clasificación para presión arterial *normal*; mientras que 68 estudiantes con mediana capacidad y 7 estudiantes con baja capacidad se encontraron en una clasificación normal para presión arterial. De los estudiantes clasificados con pre-hipertensión solo 4 poseían alta capacidad, 16 mediana y 7 baja (ver Gráfico 10).

Gráfico 10. Relación de capacidad de agencia de autocuidado según la presión arterial



Fuente: Base de datos de la investigación, 2013.

Teniendo en cuenta que la prueba *Kruskal-Wallis* determinó un nivel de significancia mayor de 0,5, se demuestra que no es la misma distribución de capacidad de agencia de autocuidado con las categorías de clasificación de la presión arterial. A partir de lo anterior, se puede confirmar la hipótesis alterna, en la cual se afirma que los adolescentes con mayor capacidad de agencia de autocuidado van a tener menores factores de riesgo cardiovascular en el futuro. Si un adolescente cuida de sí mismo cuando realiza actividades para prevención de procesos de enfermedad, entonces puede convertirse en un agente de autocuidado.

De esta manera, los hábitos de alimentación saludable, la actividad física, el control de peso y de la presión arterial junto a un perímetro abdominal adecuado promueven la salud, pues modifican los estilos de vida perjudiciales para la salud, como el sedentarismo y el tabaquismo. Los hábitos adecuados derivan, además, en una disminución de los factores de riesgo, en la prevención específica de la enfermedad cardiovascular y en el cuidado de la salud y el bienestar en la edad adulta.

Discusión

La capacidad de agencia de autocuidado en los adolescentes de la población objeto de estudio fue *media*, resultado que concuerda con la investigación de García y Casique (19), en cuyo estudio se encontró que la capacidad de autocuidado de los adolescentes en general es alta con un 84,4% y en el 15,6% es baja.

En otro estudio, López y Moreno (20) observaron que la capacidad de agencia de autocuidado en las adolescentes intervenidas en su muestra se incrementó después del apoyo educativo brindado por la enfermería, lo cual repercute favorablemente en el aprendizaje y la adquisición de habilidades para el autocuidado. Lo anterior es coherente con lo planteado por Borre *et al.* (21) quienes afirman que el soporte educativo se considera un punto de partida para seguir fortaleciendo el aporte de información y conocimiento relacionados con el autocuidado, el cuidado de sus hijos y la adopción del rol materno. Este hallazgo se respalda asimismo en lo planteado por Damásio y Koller (22), quienes afirman que cuanto mayor es el nivel de la agencia de autocuidado, tanto menor es el impacto de las enfermedades en la vida de las personas.

Castañeda y Moreno (23) indican que los adolescentes representan un grupo social importante dada la relevancia que estos tendrán en un futuro inmediato, por tal motivo, se debe continuar profundizando en este tema y estudiar los factores socioculturales, laborales, programas curriculares de las escuelas formadoras de recursos, las motivaciones y significados que para los profesionales de la salud proporciona el autocuidado.

De la Fuente *et al.* (24) encontraron en su estudio que el 77% de los adolescentes conoce el concepto de autocuidado y el 96% considera la importancia del autocuidado de la salud. Así mismo, que el 81% tiende a la realización de acciones para el autocuidado; entre el 90% y 96% sobre alimentación adecuada; y el 77% tiene interés de adquirir mayor conocimiento sobre autocuidado. En dicho estudio, los autores consideran que el conocimiento y la práctica del autocuidado de la salud en los jóvenes adolescentes de 15 a 18 años es un tema primordial para fomentar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la etapa adulta. Por otra parte, Ergün y Conk (25) afirman que un aspecto que favorece los niveles de autocuidado y la agencia correspondiente es el aumento de la comunicación positiva entre los adolescentes y sus madres.

Los resultados encontrados en esta investigación sobre el factor de riesgo sedentarismo son similares al estudio de Giraldo-Trujillo *et al.* (26), quienes señalan que a pesar de no haber encontrado en sus resultados asociación entre nivel de actividad física y nivel de riesgo cardiovascular, el nivel de sedentarismo fue muy alto y muy baja la frecuencia de personas activas físicamente. También se resalta el estudio de Ramírez y Agredo (27), en el que se encontró una asociación entre el sedentarismo y la presencia de varios factores de riesgo cardiovascular, como hipertrigliceridemia, obesidad central y obesidad general.

En un estudio realizado por Espinoza *et al.* (28) en estudiantes de una universidad en Chile, se halló que aunque más del 80% de los sujetos evaluados manifestó realizar actividad física, el resto de los sedentarios alude su poca actividad física a la falta de tiempo, a las condiciones institucionales y a causas personales. Estos resultados son coherentes con el estudio de Sánchez *et al.* (29), quienes indican que los computadores, la televisión y el hecho de no tener espacios adecuados ha contribuido con la inactividad en los jóvenes.

Otro factor de riesgo encontrado que urge la atención del personal de salud es la pre-obesidad. La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 revela que la prevalencia de sobrepeso u obesidad se ha incrementado en el último quinquenio. Uno de cada dos colombianos presenta aumento de peso y uno de cada seis niños y adolescentes presenta sobrepeso u obesidad. El exceso de peso es mayor en las mujeres que en los hombres. Los resultados de nuestra investigación contrastan con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2010, publicada en el periódico *El Espectador*, donde se advierte que en Colombia la obesidad en los jóvenes de 5 a 17 años se incrementó en un 25,9% (30).

Conclusiones

Los hallazgos del estudio indicaron que los factores de riesgo presentes en la población estudiada son sedentarismo y obesidad. Así mismo, los adolescentes mostraron capacidad de agencia de autocuidado de nivel medio, y al relacionar las variables de factores de riesgo con agencia de autocuidado, se halló que sólo existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y las categorías de clasificación de la presión arterial.

Por otra parte, los resultados encontrados permiten evidenciar que la población joven y adolescente es un grupo de interés para la prevención de enfermedad cardiovascular, considerando que se encuentran en una etapa que les permite discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo. El propósito es decidir lo que puede y debe hacerse; realizar las actividades de cuidado determinadas, para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo, como es la prevención de factores de riesgo cardiovascular.

En este sentido, los hábitos que realizan los adolescentes, tales como alimentación saludable, actividad física, control de peso y de presión arterial y mantenimiento de un perímetro abdominal adecuado promueven su propia salud, modificando los estilos de vida perjudiciales, como el sedentarismo y el tabaquismo. Todo ello conlleva a una disminución de los factores de riesgo, a la prevención específica de la enfermedad cardiovascular y a la preservación de la salud y del bienestar durante toda la vida.

En los resultados de la presente investigación, los adolescentes presentaron un grado de capacidad de agencia de autocuidado *medio* y presencia de factores de riesgo cardiovascular, como son el sedentarismo y la obesidad, que obligan a los profesionales de enfermería a proponer modelos de atención basados en prioridades.

El sedentarismo está asociado a los factores de riesgo cardiovascular: hipertrigliceridemia, obesidad central y obesidad general. La identificación temprana de estos factores podría traer beneficios en la prevención de enfermedades cardiovasculares que actualmente se califican con carácter de epidemia en Colombia (30). La enfermería, como disciplina cuyo objeto de estudio es el cuidado de la salud, se configura como pieza clave para intervenir esta población a través de la educación para la salud y del proceso preventivo dirigido al núcleo familiar y a la niñez. Esto permite mantener estilos de vida saludables desde el hogar y a edades tempranas, fortaleciendo la promoción de la salud y fomentando la capacidad de agencia de autocuidado en las personas en proceso de maduración, para que tomen acción voluntaria, como una acción decidida en el logro del cuidado de la salud y así priorizar la prevención para la edad adulta.

Referencias

- (1) Villar F. La prevención cardiovascular en España. Promoviendo el uso de las recomendaciones. *Rev Esp Salud Pública*. 2004; 78(4):421-434.
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010: resumen de orientación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2011.
- (3) Organización Mundial de la Salud (OMS). Información general sobre la hipertensión en el mundo: una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2013.
- (4) Gómez LA. Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global [Editorial]. *Biomédica*. 2011; 31(4):469-473.
- (5) Patiño-Villada FA, Arango-Vélez EF, Quintero-Velásquez MA, Arenas-Sosa MM. Factores de riesgo cardiovascular en una población urbana de Colombia. *Rev Salud Pública*. 2011;13(3):433-445.
- (6) Anchique CV. Enfermedad cardiovascular en la mujer. *Rev Colomb Cardiol*. 2011; 18(4):177-182.
- (7) Alcaldía de Barranquilla. Secretaría Distrital de Salud Pública. Plan de Salud Territorial Distrito de Barranquilla. Análisis de situación de salud, 2012-2015. Barranquilla: Secretaría Distrital de Salud Pública; 2015.
- (8) Mantilla-Morrón M, Herazo-Beltrán Y, Urina-Triana M. Factores de riesgo cardiovascular según género en el programa "Muévete Corazón" de Barranquilla, 2011. *Arch Med (Manizales)* 2014;14(1):21-28.
- (9) Alba LH. Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. *Univ Méd*. 2010;51(1):29-42.
- (10) Higueta-Gutiérrez LF, Cabrera-Giraldo S, Cardona-Arias JA. Perfil de morbilidad sentida de adolescentes escolarizados en instituciones públicas de Medellín-Colombia, 2014. *Arch Med*. 2015; 11(3):1-9.
- (11) Peterson SJ, Bredow TS. *Middle Range Theories: Application to Nursing Research*. 2th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- (12) Navarro Y, Castro M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm Glob*. 2010;(19):1-14.
- (13) Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra: CIOMS-OMS; 2002.
- (14) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (04/10/1993).
- (15) Hallal PC, Gómez LF, Parra DC, Lobelo F, Mosquera J, Florindo AA, et al. Lecciones aprendidas después de 10 años del uso de IPAQ en Brasil y Colombia. *J Phys Act Health*. 2010;7(Suppl 2):S259-S264.
- (16) Velandia A, Rivera LN. Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. *Av Enferm*. 2009;27(1):38-47.
- (17) Manrique-Abril F, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan*. 2009;9(3):222-235.
- (18) UpToDate [web site]. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer [update: 2015 Nov 25; access: 2015 Nov 25]. De Ferrari SD, Newburger JW. Pediatric prevention of adult cardiovascular disease: Promoting a healthy lifestyle and identifying at-risk children [about 7 screens]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/pediatric-prevention-of-adult-cardiovascular-disease-promoting-a-healthy-lifestyle-and-identifying-at-risk-children?source=search_result&search=actividad+física&selectedTitle=2-150

(19) García L, Casique L. Relación del sistema familiar y capacidad de autocuidado del adolescente que consume bebidas alcohólicas. *Salud y Drogas*. 2012;12(1):101-117.

(20) López MC, Moreno NE. Apoyo educativo en un grupo de ayuda mutua en el autocuidado de la adolescente embarazada. *Desarrollo Científ Enferm*. 2011;19(6): 201-205.

(21) Borre YM, Cortina C, González G. Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente? *Rev Cuid*. 2014;5(2):723-730.

(22) Damásio BF, Koller SH. The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R): adaptation and construct validity in the Brazilian context. *Cad Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2015 Dec 01];29(10):2071-2082. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000023&lng=en

(23) Castañeda-Sandoval LA, Moreno-Gómez MT. Intervención educativa sobre sexualidad y autocuidado en adolescentes de secundaria en Tijuana. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2010;18(2):93-98.

(24) De la Fuente-Maldonado VM, Omaña-Martínez V, Lee-Chun RS, Alavéz-Orato BC, Peña-Carrillo HI, Sierra-Castañeda E. Conocimiento y acciones de los adolescentes sobre el autocuidado de su salud. *Rev CONAMED*. 2011;16(1):29-33.

(25) Ergün S, Conk Z. Effect of individualized education efforts by a nurse to increase self-care capacity in adolescents. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(6): 821-827.

(26) Giraldo-Trujillo JC, Martínez JW, Granada-Echeverry P. Aplicación de la escala de Framingham en la detección de riesgo cardiovascular en empleados universitarios, 2008. *Rev Salud Pública*. 2011;13(4):633-643.

(27) Ramírez R, Agredo RA. El sedentarismo es un factor predictor de hipertrigliceridemia, obesidad central y sobrepeso. *Rev Colomb Cardiol*. 2012;19(2):75-79.

(28) Espinoza L, Rodríguez F, Gálvez J, MacMillan N. Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. *Rev Chil Nutr*. 2011;38(4):458-465.

(29) Sánchez-Contreras M, Moreno-Gómez GA, Marín-Grisales ME, García-Ortiz LH. Factores de riesgo cardiovascular en poblaciones jóvenes. *Rev Salud Pública*. 2009;11(1):110-112.

(30) El Espectador [sede web]. Bogotá: Elespectador.com; 11 mar 2011 [actualizado: 01 dic 2015; acceso: 01 dic 2015]. *Salud. Aumentó la obesidad entre los jóvenes colombianos* [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo-256297-aumento-obesidad-entre-los-jovenes-colombianos>

Espiritualidade e o processo de morrer: reflexões de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos

La espiritualidad y el proceso de muerte: reflexiones de un equipo interdisciplinario de cuidados paliativos

Spirituality and the dying process: reflections of an interdisciplinary palliative care team

• Isabel Cristina de Oliveira Arrieira¹ • Maira Buss Thofern² •
• Adrize Rutz Porto³ • Simone Coelho Amestoy⁴ • Daniela Habekost Cardoso⁵ •

•1• Doutora em Ciências. Coordenadora Técnica, Serviço de Atenção Domiciliar, Hospital Escola Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.
E-mail: isa_arrieira@hotmail.com

•2• Doutora em Enfermagem. Docente Adjunto, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

•3• Doutora em Enfermagem. Docente Adjunto, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

•4• Doutora em Enfermagem. Docente Adjunto, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Bahia, Brasil.

•5• Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Recibido: 16/05/2012 Aprobado: 22/11/2016

DOI: 10.15446/av.enferm.v34n2.38144



Resumo

Objetivo: Compreender como a espiritualidade é incorporada pelos integrantes da equipe do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico no cuidado paliativo.

Metodologia: Estudo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, fundamentada na Teoria Histórico-Cultural de Vygotsky. Compuseram a pesquisa todos os integrantes da equipe interdisciplinar, totalizando oito sujeitos. Os dados foram coletados por meio da técnica de grupo focal, com cinco encontros realizados durante o período de fevereiro a maio de 2009, nos quais contou-se com a participação de dois observadores.

Resultados: Emergiram dois temas: *Cuidados paliativos e a espiritualidade* e *A espiritualidade e o processo de morrer*. Os profissionais relacionaram a espiritualidade como forma de promover reflexão e aceitação da morte e sua relevância nas ações paliativistas.

Conclusão: Podemos perceber que esta equipe mostrou-se disposta a compreender e adotar a espiritualidade durante a execução dos cuidados paliativos das pessoas em processo de morrer.

Descritores: Enfermagem; Morte; Cuidados Paliativos; Equipe de Assistência ao Paciente (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Comprender cómo la espiritualidad es acogida por los integrantes del equipo del Programa de Internación Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) oncológico en los cuidados paliativos.

Metodología: Estudio de enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio, basado en la Teoría Histórico-Cultural de Vygotsky. Participaron en esta investigación todos los miembros del equipo interdisciplinario, con un total de ocho personas. Los datos fueron recolectados a través de grupos focales, con cinco reuniones durante el período febrero-mayo de 2009, en las que se contó con la participación de dos observadores.

Resultados: Emergieron dos temas: *Cuidados paliativos y espiritualidad* y *La espiritualidad y el proceso de muerte*. Los profesionales consideraron la espiritualidad como una forma de promover la reflexión y la aceptación de la muerte y su relevancia en las acciones paliativas.

Conclusión: Somos conscientes de que este equipo mostró su disposición a comprender y adoptar la espiritualidad durante la ejecución de los cuidados paliativos a las personas en el proceso de muerte.

Descriptor: Enfermería; Muerte; Cuidados Paliativos; Grupo de Atención al Paciente (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To understand how spirituality is adopted by members of the team of oncological Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) in palliative care.

Methodology: Qualitative, descriptive, and exploratory study, based on Vygotsky's Cultural-Historical Theory. The survey was composed for all members of the interdisciplinary team; in total, eight subjects. The data were collected through focus groups in five meetings from February to May of 2009.

Results: Two topics emerged from data analysis: *Palliative care and spirituality*, and *The spirituality and the dying process*. Professionals regarded spirituality as a way to promote reflection and acceptance of death and its relevance in palliative actions.

Conclusion: We realize that this team exhibited its willingness to understand and embrace the spirituality during the implementation of palliative care to people in the dying process.

Descriptors: Nursing; Death; Palliative Care; Patient Care Team (source: DECS BIREME).

Introdução

A equipe de saúde do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico atua em cuidados paliativos, prestando assistência ao ser humano portador de doença oncológica que vivencia o processo de morte. O enfermeiro, como integrante da equipe interdisciplinar, atua a partir de um processo de trabalho holístico e restrito a sua área de conhecimento.

O cuidado da enfermagem ao estar envolto pela multidimensionalidade age na dimensão da materialidade, da subjetividade e da espiritualidade. A materialidade refere-se à explicação racional e lógica para todo e qualquer fenômeno, como a morte. A subjetividade relaciona-se com emoções, sentimentos, ideias e preferências que são próprios de cada sujeito. A espiritualidade é a ponte entre o existencial e o transcendental, aquilo que traz sentido à vida de alguém, a dimensão espiritual faz parte da essência da abordagem paliativista (1).

Neste sentido, a força da espiritualidade pode ser vista como um instrumento de promoção da saúde, na medida em que lida com as dimensões pouco conscientes do ser, cujos embasamentos estão nos valores, nas motivações profundas e no sentido da existência individual e coletiva das pessoas (2). Assim, vai-se além da dimensão da subjetividade, a qual se depara com sensações emocionais presentes no cotidiano de cada ser humano, sem a necessidade de momentos de profunda reflexão.

Este estudo foi desenvolvido no PIDI da Universidade Federal de Pelotas, cuja equipe de saúde atua na perspectiva da interdisciplinaridade, isto é, essa equipe inclui como equipe de referência: profissionais médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem; e como equipe de apoio matricial: nutricionista, assistente social, psicólogo, conselheiro espiritual, médico cirurgião, médica coordenadora e auxiliar administrativo. A equipe de apoio assiste aos usuários através de visitas domiciliares semanais, enquanto que a equipe de referência presta o cuidado ao internado no momento de duas visitas diárias, sendo no turno da manhã realizada pela enfermeira e pela técnica de enfermagem e à tarde pela médica e outra técnica de enfermagem.

Cabe ressaltar que as equipes interdisciplinares que atuam com cuidados paliativos em vários momentos vivenciam processos que transcendem as emoções e sentimentos presentes no cotidiano do processo de viver, pois isso ocorre durante a execução das ações terapêuticas com as pessoas acometidas por câncer em fase terminal. Frequentemente, esses seres humanos em processo de morte vivem crises subjetivas intensas e alguns mergulham profundamente nas dimensões inconscientes, ou seja, na dimensão da espiritualidade (2).

Viktor Frankl, psiquiatra e neurologista austríaco, afirma que a dimensão espiritual é obrigatória e necessariamente inconsciente; isto é a pessoa constitui-se de uma intencionalidade que a dirige para algo ou alguém fora de si mesma, a qual se denomina de transcendência (3). Somente através desta que é possível a execução de atos espirituais, dirigidos a algo ou a alguém. Portanto, o momento de vivência espiritual não é passível de reflexão durante o processo em que ela está se realizando, pois a transcendência consiste em uma experiência interna singular (3).

Na atenção paliativa o cuidado ultrapassa as dimensões físicas e emocionais, mas a espiritualidade também é uma prioridade para as estratégias terapêuticas, pois reconhecidamente é fonte de bem estar e qualidade de vida para pessoas que vivem o processo de morrer (4). Nesta perspectiva, escuta-se o usuário em relação ao que ele considera importante realizar nessa fase de sua vida, além de trabalhar com o controle dos sintomas, procura-se, nesse momento ímpar, lhes oferecer todas as condições necessárias para as suas realizações.

Nesse aspecto, a atenção à espiritualidade torna-se cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde. Pois é reconhecida como fonte de bem-estar e de qualidade de vida, sobretudo às pessoas que estão envolvidas em situações de fim de vida. Além disso, é fundamental introduzir a espiritualidade ao longo da formação dos profissionais de saúde, o que beneficiará toda a equipe envolvida e os pacientes ao proporcionar uma morte com dignidade (5). Todavia, frente à relevância da atenção espiritual e as dificuldades de implementá-la ao cuidado, entende-se que novas investigações que abordem essa temática fazem-se necessárias. Assim, os achados destes estudos contribuirão para ampliar conhecimento e desta maneira fortalecer as ações dos profissionais que envolvam a espiritualidade no cuidado paliativo (6).

A espiritualidade do profissional de saúde constitui-se em um preditor positivo do bem-estar, pois está associada ao sentido e ao sentimento de satisfação no trabalho (7). Neste sentido, torna-se fundamental a realização de pesquisas que ressaltem o desenvolvimento da espiritualidade dos próprios profissionais de saúde, uma vez que ela é uma importante ferramenta para ser utilizada na assistência paliativa e no cotidiano da enfermagem (8). Entendemos que abordar a dimensão da espiritualidade torna-se relevante, porque na maioria das vezes trata-se de uma experiência sem precedentes. Além, o acolhimento desse transcendente movimento da existência humana baseia-se em um dos alicerces dos cuidados paliativos. Desta forma, acreditamos que a espiritualidade envolve o caminho da busca pelo significado da vida e da própria transcendência humana. Assim, a espiritualidade apresenta grande importância para a área da saúde e cuidados paliativos, deste modo é fundamental compreendê-la também na perspectiva do profissional e das equipes paliativistas. Contudo, existe a carência de estudos que abordem essa temática e como os profissionais entendem e direcionam seu cuidado com vistas a atender a dimensão espiritual de pacientes e famílias que enfrentam o processo de morrer.

Frente ao exposto, justifica-se a relevância deste estudo que teve como objetivo compreender como a espiritualidade é incorporada pelos integrantes da equipe do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico no cuidado paliativo.

Materiais e Método

Este estudo é descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria Histórico-Cultural de Vygotsky (9). Tal teoria atribui o desenvolvimento do indivíduo aos processos de interação sócio-históricos viabilizados pela linguagem. A questão central é a aquisição de conhecimentos pela interação do sujeito com o meio.

Participaram da pesquisa todos os integrantes da equipe interdisciplinar do PIDI Oncológico composta por oito profissionais: cinco da equipe matricial e três da equipe de referência. A partir do contexto cultural e social vivenciado pelos integrantes da equipe, buscou-se trazer à tona

os conceitos construídos a respeito da espiritualidade. Ainda, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foram identificados com nomes fictícios escolhidos por eles mesmos, para terem sua identidade preservada.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2009, por meio da técnica de grupo focal. Trata-se de uma estratégia para coleta de dados que se caracteriza por ser um grupo de discussão que, ao receberem estímulos apropriados para o debate, dialoga a respeito de um tema particular, vivenciado e compartilhado por meio de experiências comuns (10). Foram realizados cinco encontros, cada um com duração de 60 a 90 minutos; destaca-se que os oito profissionais participaram de todos os grupos, não houve ausências ou desistências.

Para disparar a discussão e socialização sobre o tema, a pesquisadora atuou como mediadora e propôs algumas técnicas. No primeiro encontro foi utilizada a técnica do papel. Distribuiu-se uma folha de papel em branco para cada um dos participantes para que tivessem a opção de expressar seus significados sobre a espiritualidade e a seguir para que socializassem no grupo. No segundo encontro foi oferecido a cada participante um material bibliográfico, o qual foi escolhido por apresentar uma leitura agradável e instigante a respeito do tema espiritualidade. Foi, então, solicitado pela pesquisadora que os participantes trouxessem para os encontros seguintes, bibliografias de suas preferências, como forma de propor reflexão e a construção de significados sobre a espiritualidade.

Os grupos foram gravados em áudio e contaram também com a participação de dois membros observadores, que percebiam as expressões não verbais comunicadas ao longo das discussões e uma moderadora que ao longo dos encontros grupais, buscou facilitar as discussões, encorajando os depoimentos e assegurando espaço para que todos os participantes se expressassem.

Após a coleta, os dados foram escritos na íntegra e tratados por análise temática. A análise dos dados constituiu-se de três etapas: a ordenação dos dados, que compreendeu a transcrição das entrevistas e a leitura dos depoimentos. Após os dados foram agrupados em dois temas de acordo com a questão norteadora e os objetivos do

estudo. Na análise final dos dados, ocorreu reflexão dos pesquisadores sobre achados, buscando a sua interpretação e articulação com material teórico sobre a espiritualidade (11).

Para o desenvolvimento do estudo, foram respeitados os procedimentos éticos exigidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (12); com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas e aprovado sob protocolo nº 061/2008.

Resultados

A partir da análise dos dados, emergiram dois temas: *Cuidados paliativos e a espiritualidade* e *Espiritualidade e processo de morrer*, os quais serão apresentados na sequência.

Cuidados paliativos e a espiritualidade

A filosofia do cuidado paliativo propõe a atenção integral à pessoa e sua família como forma de alcançar o alívio de sofrimentos. Deste modo, trata-se não apenas do controle de sintomas físicos, mas também de ações que valorizam a dimensão espiritual do ser que sofre. Neste contexto, têm-se os seguintes depoimentos quanto à relação entre espiritualidade, aceitação da morte e cuidados paliativos:

Pacientes com doenças fora de possibilidades de cura merecem cuidados integrais para alívio dos sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais. Conviver com estes pacientes de forma continuada requer a identificação de mudança na forma de ver estas necessidades, ou seja: nós profissionais temos que reconhecer que os aspectos emocionais e espirituais devem tomar uma maior dimensão no cuidado, permitindo assim abrir um canal para resolução dos conflitos próximos à morte [Pneuma-Sarx].

A espiritualidade, segundo os participantes, pode favorecer a aceitação do processo de morte, pois é um dos princípios do cuidado paliativo. Este fato encontra apoio no ambiente familiar:

Pacientes relatam a necessidade da boa morte; escolhem trocar mais alguns dias de vida numa UTI, pela morte em casa com momentos mais calorosos. Vivendo o momento, a pessoa já busca a espiritualidade [Madalena].

A espiritualidade é vista como facilitadora de uma morte digna, porém há necessidade de profissionais qualificados para exercer as ações propostas no cuidado paliativo:

[...] olhar a pessoa como um todo, integrar a espiritualidade nesse todo. No PIDI se faz isso. Observamos o profissional da psicologia integrado com a psique (alma), pensando tratar as emoções, mas a espiritualidade precisa ser incluída [Philos].

Para integrar a espiritualidade ao cuidado como um todo como sugere um dos participantes, torna-se fundamental o trabalho interdisciplinar, assim como práticas humanizadas que acolham, por meio da escuta e relação empática, questões relacionadas à espiritualidade das pessoas em cuidados paliativos e suas famílias. Contudo, a forma como os profissionais compreendem as situações de final de vida de pacientes, relacionam-se com suas experiências e conceitos individuais sobre o fato e, muitas vezes, deparam-se com dificuldades:

No início foi difícil, pois apesar de trabalhar há algum tempo com pacientes terminais, não tinha um contato tão íntimo com eles. Só comecei a ter este contato e esta experiência depois de visitá-los diariamente em suas casas em contato íntimo com sua família, seu cuidador e a casa propriamente dita. É uma experiência, uma vivência rica, pois aprendi a ficar “amiga” da morte, já que não posso lutar contra ela [Madalena].

Eu, pessoalmente, nunca tive problemas em lidar com a morte. Quando fui convidada a trabalhar no PIDI, não tinha idéia de como seria. Aprendi, com a colega de trabalho, que nós andamos lado a lado com a morte; somos aliados dela [Divina].

Ao vivenciar o processo de trabalho com pessoas em final de vida e suas famílias, os profissionais referem mudar suas ideias e resignificar a morte, compreendida como um processo natural, ao qual se sentem aliados. Entende-se que esta compreensão do fim da vida é fundamental para a equipe que atua neste cenário, na busca de uma morte com dignidade e alívio de sofrimentos. Possivelmente este novo entendimento de morte, apresentado pelos participantes, tenha como apoio a espiritualidade, pois ela possibilita outros sentidos para as experiências vividas.

A espiritualidade e o processo de morrer

Nos depoimentos a seguirem os participantes instigam reflexões acerca de respostas para a morte e de como esta situação é influenciada positivamente pela espiritualidade:

Os pacientes que cultivam a espiritualidade aceitam melhor a morte. Aquele que não tem espiritualidade não consegue falar de morte [Pneuma-Sarx].

Diante da morte, normalmente tenho um ou vários momentos de introspecção, olhar pra si, também de olhar a sua volta, ao passado e ao presente e questionar-se: Qual é o sentido da vida? Para que e para quem fui criado? De onde vim e para onde vou? [...] Na minha experiência profissional em lidar com a morte e o luto da família, quando há um sentido para a vida há também para a morte; há uma nova maneira de encarar a despedida ou o sofrimento e as dores. As pessoas buscam além de respostas para a morte e o morrer, o consolo para o além do evento em si. Perguntam-se: o que vem depois? Estar em paz com isso é importante [Philos].

Os participantes sugerem que as pessoas em cuidados paliativos que cultivam sua espiritualidade, por meio de práticas espirituais como meditação e oração, possivelmente aceitam com maior facilidade a morte. Entende-se que este fato está relacionado com as vivências destes profissionais em seu cotidiano de cuidado, em que observam esta situação e, dessa forma, associam o desenvolvimento da dimensão espiritual com melhor aceitação do final da vida.

Conforme os participantes, a espiritualidade promove alívio dos sofrimentos para as pessoas envolvidas no processo de morrer. Os profissionais também são beneficiados por ela, favorecendo vínculos e trocas:

O nosso trabalho no PIDI nos leva a lidar quase que diariamente com a morte, e a mim parece que estas pessoas têm muito a nos ensinar. Eu me sinto muito mais auxiliada do que auxiliadora. E este auxílio que não apenas como profissionais, mas principalmente como seres humanos que recebemos, seria o contato com a espiritualidade [Caridade].

O contato com morte no trabalho propõe reflexões sobre o sentido da vida e do sofrimento para a equipe de saúde do estudo. Neste ponto, referem encontrar respostas na espiritualidade. Por meio dela as relações humanas, os vínculos são mais facilmente construídos, em um processo de aprendizagem e colaboração mútua.

Discussão

Através da teoria Histórico-Cultural de Vygotsky (9), encontramos subsídios para o desenvolvimento do estudo. Mediante as suas ideias de aquisição de conhecimento foi possível partirmos dos conceitos individuais imersos em cada participante no contexto sócio-histórico-cultural. A respeito de espiritualidade, logo mais sendo profissionais atuantes junto aos cuidados paliativos e ao processo de morrer de usuários com câncer avançado.

Diante análise dos depoimentos, constatamos a existência de uma forte relação entre a espiritualidade e a aceitação da morte para os participantes. Da mesma forma, observamos que os profissionais reconhecem a necessidade da equipe de identificar a complexidade exigida pelo ser humano em cuidados paliativos. Para tanto, a declaração de um dos participantes chama a atenção para os aspectos emocionais e espirituais requerendo maior sensibilidade para poder atender estas carências.

Os cuidados paliativos visam aliviar especialmente os pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas ou em fase terminal, com uma vasta gama de sintomas de sofrimento de ordem física, psíquica e espiritual. Por isso, exige-se a ação de

uma equipe multi e interdisciplinar de especialistas com competências específicas em termos de cuidados, em sintonia entre si para cuidar (13).

No estudo destaca-se a relevância da espiritualidade para o cuidado paliativo, ação executada por uma equipe que se fundamenta nos princípios da interdisciplinaridade, prática essa repleta de limites, os quais servem de mola propulsora para o enfrentamento dos mesmos.

Ao enfrentar situações de dor e sofrimento, como o final da vida, os relacionamentos interpessoais são ressignificados, seja com a família ou com a equipe de cuidados paliativos. A aproximação e os vínculos passam a ser a essência do cuidado que encontra apoio na espiritualidade (14).

Na expressão de outro participante, identificamos que os pacientes costumam eleger o ambiente domiciliar para seus momentos finais, no qual buscam o apoio da família e encontram espaço para vivenciar tal momento com paz e serenidade e é considerada sua singularidade, questões básicas do cuidado paliativo.

Os programas de cuidados paliativos criam uma nova representação social do morrer, permitindo o gerenciamento do cuidado no final da vida. Os profissionais paliativistas, como passam a ser conhecidos aqueles que elegem os serviços de cuidados paliativos, mantêm uma nova relação com o processo de morrer. A morte deixa de ser um evento puramente biológico e passa a ser um evento construído socialmente. Nos programas de cuidados paliativos a morte deixa de ser oculta para se tornar visível, sendo mais aceita pelos profissionais. Desta forma, são importantes as habilidades para administrar as contingências da morte (15).

Assim, a morte passa a fazer parte da equipe do PIDI e juntamente a ela as práticas espirituais, como preces, contemplações e meditações, as quais alteram o estado de consciência e influenciam na mudança da percepção de um evento que desencadeie sofrimento. As pessoas que enfrentam eventos traumáticos frequentemente procuram novos sentidos e significados em suas vidas, promovendo percepções resilientes e comportamentos como a aprendizagem positiva da experiência. E um fator decisivo ao desenvolvimento de uma resposta resiliente relaciona-se a espiritualidade (16).

Neste pensar, a dimensão espiritual é percebida como forma de enfrentamento, a qual recorre às pessoas que vivenciam situações consideradas difíceis, como no caso do diagnóstico do câncer ou a morte em decorrência da doença. E dessa forma, a espiritualidade promove conforto e alívio para o sofrimento, contribui positivamente para a aceitação e funciona como uma espécie de guia que dá sentido para a experiência do fim da vida (17).

Uma das participantes expressou a dificuldade ao se prestar cuidados paliativos, em especial, o convívio com o processo de morrer dos pacientes, já que a equipe tinha um contato diário em seus lares. Por outro lado, considera ser essa uma experiência rica, pois ao se tratar da morte não devemos vê-la como uma experiência terrificante por que não podemos fazer nada. Precisamos nos aproximar para então termos a capacidade de oferecer apoio e conforto tanto para os usuários quanto para sua família e compreender a atenção espiritual como um facilitador para os cuidados paliativos.

O cuidado paliativo em sua filosofia defende elementos fundamentais sobre o cuidar. O primeiro é o controle efetivo da dor e de outros sintomas; e o segundo é o cuidado com as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e seus familiares. Dessa forma, a espiritualidade se constitui em importante estratégia de enfrentamento diante de situações que causam impacto e sofrimento na vida das pessoas como o processo de morrer, por isso a assistência espiritual é essencial para alcançar uma boa morte (18).

Um dos participantes verbalizou que não apresenta dificuldade em lidar com a morte, porém confessa que aprendeu com uma colega a ser aliada da morte, no mesmo sentido que reforça a necessidade de enfrentamento a partir de uma aproximação com a realidade, com a possibilidade de oferecer amparo para o indivíduo e sua família no processo de aceitação deste evento. Neste sentido, compete aos profissionais que trabalham assistindo usuários em cuidados paliativos prestar alívio dos sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais, como recomenda a filosofia paliativista.

Temos como base as idéias de Vygotsky de que os fenômenos devem ser estudados como processos em movimento e em mudança (19). Desta maneira, Vygotsky nos auxiliou a ver a espiritualidade

como um pensamento abstrato e que deveríamos investigá-la a partir da interação do organismo com as condições sociais e nas formas histórico-sociais-culturais de vida dos profissionais que participam da equipe interdisciplinar do PIDI (9).

A equipe evidenciou que para conseguirmos oferecer conforto e apoio espiritual ao cliente, primeiramente é preciso refletir sobre o processo de morrer do próprio profissional, além de promover encontros da equipe para discussão de tal temática.

Assim, faz-se necessário mencionar que a espiritualidade diz respeito a tudo que envolve a existência do ser humano, com tudo o que isso implica, em termos de capacidade de autotranscendência, relacionamentos, amor, desejo e criatividade, altruísmo, auto-sacrifício, fé e crença. É a dinâmica de integração da pessoa em relação à sua identidade única e original e a partir dessa perspectiva segue-se que todas têm necessidades espirituais, as quais adquirem uma importância muito maior quando se busca enfrentar a própria morte (20), como se apresentou nas expressões dos participantes.

A palavra *morte* traz consigo muitos atributos e associações: dor, ruptura, interrupção, desconhecimento, tristeza. Designa o fim absoluto de um ser humano, de um animal, de uma planta, de uma ideia que ao chegar ao topo da montanha admira-se ante a paisagem, mas compreende ser obrigatória a descida. Numa posição antagônica, a morte coexiste com a vida, o que não a impede de ser angustiante, incutir medo e, ao mesmo tempo, ser musa inspiradora de filósofos, poetas e psicólogos (21).

Desta maneira, evidenciamos que as pessoas em situação de terminalidade buscam apoio na força espiritual através de orações com o intuito de se aproximarem de algo superior. O ato de rezar ou orar pode acrescentar otimismo ao processo de enfrentamento da doença. A oração possibilita ao ser humano entrar em contato com seu eu mais profundo e leva à crença de controle sobre si, seu corpo e sua mente. O simples fato de acreditar que pode controlar algo que vai além de explicações definidas dá ao homem a sensação de auto-suficiência (22).

No depoimento de um dos participantes, ele instiga à reflexão em busca de respostas para o episódio da morte. Estes momentos de introspecção, de tomada de consciência, são peculiares nos profissionais que atuam em cuidados paliativos, principalmente quando presenciamos a finitude de nossos semelhantes e estes questionamentos nos levam a reflexões que modificam nosso modo de olhar o mundo à nossa volta. De tal modo, passamos a atribuir um novo sentido a existência.

O luto antecipatório representa uma forma de compartilhar os sentimentos e o sofrimento em relação a estas perdas. Os limites acerca de tratamentos devem ser informados e esclarecidos para evitar processos *distanásicos*, pois há limite para tratamentos e não para cuidados nas várias dimensões do sofrimento humano. Não há solução para a morte, mas se pode ajudar a morrer bem, com dignidade. Para se ter dignidade é fundamental apoio emocional e espiritual e acesso a cuidados paliativos (23).

No relato de um dos participantes, percebe-se a relação entre o processo de morrer e o de viver, quando ele descreve sua experiência em tal evento. Cabe ressaltar aí a importância de entender o sentido de nossa existência, inclusive para o momento em que inevitavelmente deixaremos de vivê-la, pois em sua colaboração relata que a vida e a morte se inter-relacionam, portanto uma influencia na outra. Fato que comumente nos leva a pensar sobre o nosso processo de viver.

Outro participante trouxe a experiência de conviver diariamente com pessoas em processo de morrer e evidencia o potencial que têm estas pessoas, o qual pode ser aprendido na relação profissional e usuário. Esta relação estabelecida com o indivíduo e sua família em fase de cuidados paliativos também nos remete à reflexão sobre o sentido de nossa existência, questão básica da dimensão da espiritualidade.

O cuidado paliativo entende a morte como um processo natural, sendo fundamental que os profissionais da saúde proporcionem as pessoas em cuidados paliativos um final de vida digno, com controle de sintomas e alívio de sofrimentos, garantido sua autonomia e amparando-o até o último momento (24). E para tanto preconiza-se humanizar a relação equipe de saúde-paciente-família. Também é importante que o profissional de

saúde esteja em equilíbrio com sua espiritualidade, no sentido de prover o melhor conforto às pessoas e famílias que enfrentam o processo de morte (24). A espiritualidade do profissional dá sentido a vida e, por sua vez, são transmitidas as pessoas a quem se destina o cuidado (25).

Convém reforçar que a vivência dos profissionais com usuários em cuidados paliativos nos parece ser uma excelente oportunidade de aprendizado em relação ao processo de morrer e frente a espiritualidade, pois remete automaticamente ao processo de viver. Fica evidenciado que os pacientes encaram a morte como algo natural, contudo que ainda precisa ser enfrentado por todos como um evento que deve estar permeado por uma harmonia, na qual a espiritualidade torna-se um elemento essencial.

Conclusão

Frente às discussões da equipe, constatamos que os profissionais haviam recebido pouca orientação em relação ao cuidado das necessidades espirituais durante o processo de formação. Porém, o contato com os usuários em processo de terminalidade fez aflorar a necessidade do desenvolvimento de competências para abordar tal assunto tanto com o paciente como com a sua família.

Também foi debatido e refletido a respeito da relação entre cuidados paliativos, morte e espiritualidade, considerando-se que a prática de tais cuidados exige ações interdisciplinares, com vistas a atender aos vários sinais e sintomas que provêm das dimensões física, social, psicológica e espiritual em sintonia com o paciente e sua família. Dessa forma, fica evidenciado que o entendimento do significado de espiritualidade para a equipe favorece a relação com os pacientes em cuidados paliativos, que a espiritualidade possui o potencial integrador e atua como harmonizador das relações.

Entre as discussões do grupo, surgiu que o convívio com pessoas em fase de cuidados paliativos leva os profissionais a reconhecer tal vivência como uma oportunidade de aprendizagem. É preciso cuidar do ser humano na sua integralidade e isto implica também cuidar daquilo que não é visível e palpável. A busca e o estudo da espiritualidade entre profissionais da saúde são imprescindíveis para um cuidado integral, além de atender os avanços do mundo contemporâneo.

Esperamos que este estudo contribua para o desenvolvimento de competências de profissionais de saúde no que tange habilidades, conhecimentos e atitudes, para a abordagem dos aspectos que ultrapassem as necessidades físicas, sociais e psicológicas, incluindo a espiritualidade em suas ações de cuidado.

As limitações deste estudo relacionam-se ao número de participantes e ao local do estudo, um único serviço de atenção domiciliar, o que impede a generalização dos achados, destacando-se a necessidade de estudos complementares que envolvam o tema. Ainda existe uma carência de estudos sobre a espiritualidade na temática de cuidados paliativos em outros cenários de atuação das equipes de saúde.

Referências

- (1) Manchola C, Brazão E, Pulschen A, Santos M. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Rev Bioét.* 2016;24(1):165-175.
- (2) Vasconcelos EM. Espiritualidade na educação popular em saúde. *Cad CEDES.* 2009;29(79):323-333.
- (3) Júnior AG, Mahfoud M. As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e inter-relações na obra de Viktor Frankl. *Psicol USP.* 2001;12(2):95-103.
- (4) Wachholtz AB, Keefe FJ. What physicians should know about spirituality and chronic pain. *South Med J.* 2006;99(10):1174-1175.
- (5) Garanito MP, Cury MR. A espiritualidade na prática pediátrica. *Rev Bioét.* 2016;24(1):49-53.
- (6) Evangelista CB, Lopes ME, Costa SF, Batista PS, Batista JB, Oliveira AM. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(3):591-601.
- (7) Silva Filho AL, Ferreira MC. O impacto da espiritualidade no trabalho sobre o bem-estar laboral. *Psicol. Ciênc Prof.* 2015;35(4):1171-1187.
- (8) Evangelista CB, Lopes ME, Costa SF, Abrão FM, Batista PS, Oliveira RC. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2016;20(1):176-182.
- (9) Vygotsky LS. *A construção do pensamento e da linguagem.* São Paulo: Martins Fontes; 2001.
- (10) Ilha S, Backes DS, Santos SS, Gautério-Abreu DP, Silva BT, Pelzer MT. Doença de alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2016;20(1):138-146.
- (11) Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 12ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2010.
- (12) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em pesquisa em seres humanos. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- (13) Pessini L. O idoso e a dignidade no processo de morrer. Em: Filho ET, Netto M. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica.* 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. pp. 755-762.
- (14) Araújo MM, Silva MJ. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(3):626-632.
- (15) Menezes RA. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos.* Rio de Janeiro: Garamond; 2004.
- (16) Simão MJ, Saldanha V. Resiliência e Psicologia Transpessoal: fortalecimentos de valores, ações e espiritualidade. *O Mundo da Saúde.* 2012;36(2):291-302.
- (17) Morelli AB, Scorsolini-Comin F, Santos MA. Impacto da morte do filho sobre a conjugalidade dos pais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(9):2711-2720.

(18) Cervelin AF, Kruse MH. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: produzindo uma boa morte. *Rev Enferm UFPE*. 2015;9(Supl 3):7615-7624.

(19) Oliveira MK. Vygotsky: Aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico. 4ª ed. São Paulo: Scipione; 2002.

(20) Pessini L, Bertachini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O Mundo Saúde*. 2005;29(4):491-509.

(21) França MD, Botomé SP. É possível uma educação para morte? [Resenha] *Psicol Estud*. 2005;10(3):547-548.

(22) Silva CF, Borges FR, Avelino CC, Miarelli AV, Vieira GI, Goyatá SL. Espiritualidade e religiosidade em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bioét*. 2016;24(2):332-343.

(23) Kováks MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev Bioét*. 2014;22(1):94-104.

(24) Hermes HR, Lamarca IC. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(9):2577-2588.

(25) Leguía LS, Prieto AM. Bienestar espiritual de enfermeras y enfermeros en unidades de cuidado intensivo. *Av Enferm*. 2012;30(1):64-74.

Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com baixa escolaridade: estudo intervenção

Talleres de estimulación cognitiva para ancianos con baja escolaridad: estudio de intervención

Workshops of cognitive stimulation for elderly with low educational status: interventional study

• Rosimere Ferreira Santana¹ • Hanna Araújo Lobato² • George Luiz Alves Santos³ •
 • Shardelle Araújo Alexandrino⁴ • Tâmara Dias de Alencar⁵ • Thaisa Araújo de Souza⁶ •

•1• Pós-Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: rosifesa@gmail.com

•4• Enfermeira, aluna do curso de Especialização em Enfermagem Gerontológica, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.

•2• Enfermeira, aluna do curso de Especialização em Enfermagem Gerontológica, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.

•5• Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica. Aluna do curso de Especialização em Enfermagem Gerontológica, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.

•3• Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde, enfermeiro no Hospital Placi Cuidados Extensivos. Rio de Janeiro, Brasil.

•6• Mestranda em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Residente em Enfermagem Gerontológica, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.

Recibido: 31/07/2014 Aprobado: 25/11/2016

DOI: 10.15446/av.enferm.v34n2.44711



Resumo

Objetivo: Analisar o desenvolvimento de oficinas de estimulação cognitiva específicas para idosos com baixa escolaridade e associá-lo ao desempenho da capacidade funcional.

Metodologia: Estudo de intervenção antes e depois, de abordagem quantitativa. Como instrumentos de coleta de dados, utilizaram-se testes de rastreio cognitivo. Foram incluídos 12 idosos de baixa escolaridade, com queixas subjetivas de memória. Os participantes foram de grupos para terceira idade. A análise foi descritiva e inferencial.

Resultados: A maior parte da amostra foi composta por mulheres (83,3%), indivíduos que residiam sozinhos (41,7%), longevos, com média de idade de $77,4 \pm 6,7$, e com $5,5 \pm 2,2$ anos de escolaridade. As áreas cognitivas mais treinadas nas oficinas foram *atenção, memória de curto prazo e concentração*. A memória de curto prazo e a linguagem foram testadas pelo *Mini Exame do Estado Mental* ($p = 0,50$) e pelo teste de *evocação de palavras* ($p = 0,99$), respectivamente, e não apresentaram significância estatística, mas tiveram variações absoluta e relativa negativas. Houve manutenção da capacidade para as atividades instrumentais de vida diária, com *Lawton* ($p = 0,99$). Obteve-se aumento na variação da *Escala de Depressão Geriátrica* ($p = 0,018$), porém sem significância clínica. Quanto à avaliação das oficinas pelos idosos, a interação e a participação foram consideradas satisfatórias (100%). O 92% dos participantes sentiram-se seguros na realização das atividades propostas. A expressão de melhora na memória foi percebida por 92% com altos níveis (4 e 5), porém 41,7% dos idosos relataram insatisfação com os materiais usados nas oficinas.

Resumen

Objetivo: Analizar el desarrollo de talleres de estimulación cognitiva específicos para ancianos con baja escolaridad, asociándolo al desempeño de la capacidad funcional.

Metodología: Estudio de intervención antes y después, de enfoque cuantitativo. Para la recolección de los datos, se emplearon pruebas de rastreio cognitivo. Se incluyeron 12 ancianos de baja escolaridad, con quejas subjetivas de memoria. Los participantes pertenecían a grupos de la tercera edad. El análisis fue descriptivo e inferencial.

Resultados: La mayor parte de la muestra estuvo compuesta por mujeres (83,3%), individuos que residían solos (41,7%), longevos, con edad media de $77,4 \pm 6,7$ y $5,5 \pm 2,2$ años de escolaridad media. Las áreas cognitivas más desarrolladas en los talleres fueron *atención, memoria de corto plazo y concentración*. La memoria de corto plazo y lenguaje fueron evaluados por el *Mini Examen de Estado Mental* ($p = 0,50$) y por la prueba de *evocación de palabras* ($p = 0,99$), respectivamente, sin presentar significancia estadística, pero con variaciones absoluta y relativa negativas. Se mantuvo la capacidad en las actividades instrumentales cotidianas con *Lawton* ($p = 0,99$). Se incrementó la variación de *Escala de Depresión Geriátrica* ($p = 0,018$), aunque sin significancia clínica. En cuanto a la evaluación de los talleres realizados por los ancianos, la interacción y la participación se consideraron satisfactorias (100%). El 92% de los participantes se sintió seguro en la realización de las actividades. La expresión de mejora en la memoria se percibió en un 92%, con altos niveles (4 y 5), aunque el 41,7% de los ancianos informó insatisfacción con los materiales utilizados en los talleres.

Abstract

Objective: To analyze the development of specific cognitive stimulation workshops for elderly with low educational status, and to associate it with functional ability performance.

Methodology: This was an interventional before-and-after study with quantitative approach. We used cognitive screening tests. We included 12 elderly people with low education, with subjective complaints of memory. The participants were from groups for the elderly. The analysis was descriptive and inferential.

Results: Most participants were women (83.3%), who lived by themselves (41.7%), long-lived, with average of 77.4 ± 6.7 and mean of 5.5 ± 2.2 years of schooling. The most trained cognitive areas during the workshops were *attention, short-term memory, and concentration*. Short-term memory and language were respectively tested by the *Mini-Mental State Examination* ($p = 0.50$) and by the *word evocation test* ($p = 0.99$) without statistical significance, but with negative absolute and relative variation. There was maintenance of the ability in instrumental activities of daily living, with *Lawton* ($p = 0.99$). There was an increase in the variation of the *Geriatric Depression Scale* ($p = 0.018$), but with no clinical significance. With regard to the assessment of workshops by the elderly, interaction and participation were satisfactory (100%), and 92% of the participants felt safe in performing the proposed activities. The expression of memory improvement was seen in 92% of them with high levels (4 and 5); however, 41.7% reported dissatisfaction with the materials used in the workshops.

Conclusão: As avaliações indicaram estabilização do quadro, portanto, as intervenções demonstraram-se eficazes na manutenção da cognição, bem como uma estratégia para a socialização.

Descritores: Saúde do Idoso; Memória; Escolaridade; Enfermagem; Terapia Cognitiva (fonte: DECS BIREME).

Conclusión: Las evaluaciones indicaron una estabilización del cuadro, por lo que las intervenciones demostraron ser eficaces para el mantenimiento de la cognición y como estrategia de socialización.

Descriptoros: Salud del Anciano; Memoria; Escolaridad; Enfermería; Terapia Cognitiva (fuente: DECS BIREME).

Conclusion: The evaluations indicated stabilization of the state, therefore interventions showed to be efficient in the cognition maintenance and as a socialization strategy.

Descriptors: Health of the Elderly; Memory; Educational Status; Nursing; Cognitive Therapy (source: DECS BIREME).

Introdução

Com o aumento da população idosa amplia-se o risco de declínio cognitivo, que pode ser próprio do envelhecimento ou mesmo patológico. Dentre os aspectos multifatoriais da perda cognitiva em idosos, um aspecto relevante a ser abordado é o nível de escolaridade (1).

A literatura tem identificado idosos sem escolaridade formal, ou ainda, a baixa escolaridade como dado de destaque no cenário nacional (2). Pode-se inferir como sendo um fator limitante ao conhecimento, defesa dos próprios direitos, bem como o usufruto de produtos e bens culturais, levando à exclusão social.

Para que o processo de envelhecimento seja bem-sucedido, são necessárias políticas e práticas eficazes que confirmam ao idoso qualidade de vida e bem-estar, com foco no envelhecimento ativo e saudável, especialmente para as pessoas de baixa escolaridade, já que essa tem impacto na participação da vida comunitária (3). Portanto, torna-se imperativo a diminuição da exclusão social e do isolamento no que concerne a essa parcela da população.

Como intervenções da enfermagem, têm-se as atividades grupais, denominadas *oficinas de estimulação cognitiva* ou *oficinas de memória*. Estas atividades visam estimular o idoso à realização de atividades voltadas para a memória, para o exercício das funções cognitivas e Atividades de Vida Diária (AVDs) (4).

Permite-se, dessa forma, uma melhoria das condições de saúde com impacto na qualidade da vida (5). As atividades são desenvolvidas nos chamados *grupos para terceira idade*, nos quais são realizadas atividades educativas grupais, permitindo a socialização e a construção de vínculos, com possibilidades, inclusive, de participação de familiares. Isso se traduz em sentimento de pertencimento à família e à comunidade (1).

Entretanto, ocorre ainda que, dentre os participantes de grupos para terceira idade, o nível social e o grau de escolarização não foram homogêneos. Comumente, as atividades desenvolvidas são aplicadas de modo indiscriminado, sem o cuidado de

serem destinadas a cada nível de escolaridade. Na maioria das vezes, isso ocorre por conta de mão de obra inexperiente ou do tempo curto disponível para a atividade, ou ainda pelo fato de o material didático não ser adaptado/especializado para esse público.

São poucos os instrumentos validados para avaliar os idosos brasileiros com menos de oito anos de escolaridade, o que dificulta a atuação com idosos desse perfil cognitivo, tanto do ponto de vista clínico como epidemiológico (6). Sabe-se, contudo, que a educação formal pode afetar o desempenho cognitivo em testes, como o *Mini Exame do Estado Mental* (MEEM). Pessoas com baixa escolarização poderiam ser identificadas erroneamente com risco para demência. Estudos indicam que participantes com mais anos de educação formal tiveram melhor desempenho no MEEM do que aqueles com baixa escolaridade (7). Em geral, o nível de educação parece estar positivamente correlacionado com o melhor desempenho (7).

Dessa forma, foram delimitados como objetivos deste estudo analisar o desenvolvimento de oficinas de estimulação cognitiva específicas para idosos com baixa escolaridade e associá-lo ao desempenho da capacidade funcional.

Materiais e Métodos

Estudo de intervenção antes e depois, de abordagem quantitativa, com avaliação da capacidade funcional por meio de testes de rastreio.

O local de estudo foi uma universidade pública do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, no projeto de extensão “Memória Cognitiva, adesão ao tratamento e Inovação Tecnológica: ações para promoção da saúde na terceira idade”.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: participantes com 60 anos de idade ou mais, com até oito anos de escolaridade, que obtivessem o MEEM abaixo do escore indicado de acordo com sua escolaridade e com queixas subjetivas de memória. Foram excluídos os participantes com diagnóstico médico de demência e pontuação na *Escala de Depressão Geriátrica* (EDG) compatível com depressão ou que não frequentassem a oficina de memória regularmente.

Ao todo, foram investigados 118 idosos por especialistas na área, com dez anos de formação e experiência. Ao final, foram alocados para amostra, segundo critérios estabelecidos, 13 sujeitos, porém houve perda de uma amostra —o participante não prosseguiu nas atividades por motivos de saúde—, totalizando 12 idosos. Cabe ressaltar que o enfermeiro facilitador responsável pela intervenção não participou das avaliações pré e pós-intervenção, minimizando possíveis vieses de pesquisa.

Para a coleta de dados, aplicaram-se, antes do início das oficinas e após o período de 12 semanas, testes de rastreio cognitivo. O MEEM avalia o indivíduo quanto à orientação temporal, orientação espacial, atenção e cálculo, memória imediata, evocação, linguagem, praxias, escrita e habilidades construtivas (9).

Contém questões subdivididas em sete categorias com o propósito de avaliar as funções cognitivas de orientação, retenção ou registro de dados, atenção, cálculo, memória e linguagem. No Brasil, o escore do MEEM validado varia entre 0 a 30 pontos e possui, como coadjuvante em sua classificação de resultados, o grau de escolaridade. Os pontos de corte segundo o nível de escolaridade são: 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para baixa a média escolaridade —um a quatro anos e quatro a oito anos de estudo, respectivamente— e 26 pontos para indivíduos de alta escolaridade —mais de oito anos— (9). Embora a revisão sistemática recente evidencie que atualmente existam cerca de onze versões do MEEM, adotou-se nesse estudo a versão e escores considerando a escolaridade latino-americana, com pontos de corte específicos para a população alvo desse estudo. Ademais, a versão do MEEM utilizada data da década de 90, que ainda é igualmente recomendada (7).

O Teste do Relógio (TDR) auxilia na avaliação da habilidade para pensar abstratamente; para planejar, iniciar, dar continuidade e determinar a hora de finalizar um comportamento complexo. Normalmente, é realizado em associação ao MEEM, amplamente utilizado no rastreio das doenças que apresentem prejuízo cognitivo e/ou de memória. Consiste em solicitar ao idoso que desenhe um relógio com todos os ponteiros e números, marcando o horário de 11:10. O escore total soma 4 pontos: 1 ponto para o círculo, 1 ponto para os números, 1 ponto para a posição correta dentro do relógio e 1 ponto para colocação das horas corretamente (8).

O teste de *evocação de palavras* (EVP) auxilia na avaliação da linguagem, memória semântica e funções executivas. É solicitado que o idoso fale o maior número possível de nomes de animais em um minuto. Após esse tempo, é esperado um resultado entre 12 a 18 animais. Ainda são avaliadas as repetições, que são anotadas ao se sublinhar os animais repetidos. Valores inferiores aos escores esperados e o número de repetições dos animais auxiliam na avaliação de um provável prejuízo cognitivo (8).

A escala de avaliação Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)- Lawton examina o grau de dependência para a realização das seguintes atividades: uso do telefone, locomoção fora de casa, realização de compras, preparo de refeições, participação no trabalho doméstico, administração de medicações e gerência da vida financeira. Avalia-se independência no desenvolvimento dessas atividades, ou seja, avalia a autonomia do idoso. Os itens de avaliação são divididos em: *totalmente independente*, *parcialmente dependente*, *totalmente dependente* e/ou *incapaz de realizar uma determinada atividade cotidiana* (10).

Assim, os resultados são analisados da seguinte forma: os valores com resultados de 21 pontos —resultado máximo— são classificados como totalmente independentes; abaixo desse valor, apresentam algum grau de dependência e 7 pontos —resultado mínimo—, para uma pessoa totalmente dependente.

A EDG avalia os casos de transtornos do humor. É um teste útil para seu rastreio, no qual são perguntadas questões relativas à perspectiva do indivíduo em relação à sua vida. O teste apresenta 15 itens em que se solicitam respostas de *sim* ou *não*, cujo ponto de corte adotado nesse estudo foi 6 (11).

As oficinas foram desenvolvidas do período de 29 de abril de 2013 até 29 de julho de 2013, totalizando 14 semanas. No entanto, foram desenvolvidas 12 oficinas por motivo de calendário universitário e feriado.

O desenvolvimento de oficinas de memória como uma intervenção de enfermagem se fundamenta na Taxonomia NIC —*Nursing Interventions Classification/Classificação das Intervenções de Enfermagem*— Domínio 3-Comportamental e a Classe P-Terapia Cognitiva: “Intervenções para reforçar ou promover comportamentos desejáveis, ou alterar comportamentos indesejáveis” (12).

Para a seleção das técnicas de intervenção, foi necessário adaptação das propostas de atividades de memória para um público idoso no geral (13, 14), para pessoas com baixa escolaridade, como também para o trabalho em grupo. Foram desenvolvidas as atividades de forma que se tornassem significativas para os participantes. Na Tabela 1 são apresentadas as atividades bem como seus objetivos e áreas cognitivas treinadas.

Tabela 1. Intervenção proposta para as 12 oficinas de estimulação cognitiva

Semana	Atividade	Individual	Colectiva	Área cognitiva treinada
1	"O que não combina?"	✓		Atenção, concentração, reconhecimento de figuras e categorização.
2	"O labirinto"	✓		Memória de trabalho e de curto prazo, atenção, concentração e percepção espacial.
3	"Memória educativa"		✓	Memória de trabalho, curto e longo prazo, concentração, linguagem e visualização.
4	"Incompleto" "O bazar"	✓		Atenção, observação, memória sensorial e de curto prazo.
5	"Cadeia de palavras"		✓	Linguagem, associação e memória de curto prazo.
6	"As figuras"	✓		Atenção, observação, memória de curto prazo e sensorial.
7	"Jogo dos erros"	✓		Atividade sensorial, atenção e observação, memória sensorial e de curto prazo.
8	"Imediatez linguística"	✓		Atenção/concentração, linguística, percepção auditiva, coordenação motora, preensão manual, categorização, expressão oral, memória associativa.
9	"Passa a bola"	✓		Associação, linguagem, atenção e observação, memória de curto prazo e de trabalho.
10	"Na ordem certa"		✓	Atenção, concentração e categorização, memória de curto prazo.
11	"Em minha rotina eu..."	✓		Percepção temporal, memória de curto prazo e de trabalho.
12	"Vendendo seu peixe"	✓		Atividade sensorial, atenção e concentração, memória associativa.

Fonte: Adaptação de literatura especializada (13, 14)

A análise descritiva apresentou-se na forma de tabelas. Os dados observados foram expressos por média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo; se numéricos (quantitativos) e frequência (*n*) e percentual (%); se categóricos (qualitativos). A análise inferencial foi composta pelo teste dos postos sinalizados de *Wilcoxon* para verificar se existia variação significativa nos escores do pré para pós-intervenção. A variação absoluta correspondeu à diferença entre o escore no pós menos o pré-intervenção. A variação absoluta negativa expressou queda após intervenção, ou seja: quanto maior o valor da variação negativa, maior foi a queda do escore.

Foi utilizado método não paramétrico, pois os escores não apresentaram distribuição normal —distribuição Gaussiana— devido à rejeição da hipótese de normalidade segundo o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. O critério de determinação de significância adotado foi o nível de 5%. A análise estatística foi processada pelo *software* estatístico *SAS® System* versão 6.11 (*SAS Institute, Inc., Cary, North Carolina*).

Ressalta-se que a pesquisa foi aprovada sob o parecer 250.132/13, atendendo as exigências da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos. Todos os passos da pesquisa, bem como seus objetivos e voluntariedade na participação, foram informados e, após concordância, os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Caracterização sociodemográfica

Quanto à caracterização da amostra, obteve-se maioria dos indivíduos do sexo feminino (83,3%); que residiam sozinhos (41,7%); longevos; com média de idade de $77,4 \pm 6,7$. Destacaram-se dois idosos (16,7%) com mais de 86 anos. A amostra apresentou $5,5 \pm 2,2$ anos de escolaridade em média. Detalhando a escolaridade, identificou-se que seis (50%) apresentaram de três a sete anos de estudo; quatro (33,3%), oito anos de estudo; e dois (16,7%) declararam nenhum a dois anos de estudo.

Avaliação da capacidade funcional: pré e pós-intervenção

A Tabela 2 demonstra se houve variação significativa em relação aos escores dos testes de avaliação da capacidade funcional pré e pós-intervenção.

Tabela 2. Escores nas avaliações no pré e pós-intervenção

Variável		Média ± desvio padrão*	Mediana	Valor de p
MEEM	Pré-intervenção	23,8 ± 2,6	23	
	Pós-intervenção	23,1 ± 2,0	24	
	Variação absoluta	-0,67 ± 0,70	-1	0,50
	Variação relativa (%)	-2,17 ± 2,78	-3,9	0,61
EDG	Pré-intervenção	1,08 ± 0,67	1	
	Pós-intervenção	1,92 ± 0,90	2	
	Variação absoluta	0,83 ± 0,24	1	0,018
	Variação relativa (%)	70,8 ± 24,2	75	0,025
Escala de Lawton (AIVDs)	Pré-intervenção	20,0 ± 1,2	20,5	
	Pós-intervenção	19,9 ± 1,6	20,5	
	Variação absoluta	-0,08 ± 0,40	0	0,99
	Variação relativa (%)	-0,31 ± 2,09	0	0,98
EVP	Pré-intervenção	12,9 ± 2,5	12,5	
	Pós-intervenção	13,1 ± 2,6	12,5	
	Variação absoluta	0,17 ± 1,12	-0,5	0,99
	Variação relativa (%)	5,39 ± 9,5	-3,3	0,70
TDR	Pré-intervenção	2,08 ± 1,24	2	
	Pós-intervenção	2,17 ± 1,27	2	
	Variação absoluta	0,08 ± 0,42	0,5	0,97
	Variação relativa (%)	30,56 ± 25,3	16,7	0,26

*Usado para as variações absoluta e relativa; Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon (não paramétrico). MEEM: Mini Exame do Estado Mental; EDG: Escala de Depressão Geriátrica; AIVDs: Atividades de Vida Diária; EVP: evocação de palavras; TDR: Teste do Relógio.

Fonte: Dados da pesquisa

Nota-se que houve aumento na pontuação da EDG. Porém, apesar de significativas as variações absoluta (0,018) e relativa (0,025), a variação de 1 a 2 pontos não apresentou relevância clínica, já que a pontuação corte seria > 5 para indicar a necessidade de intervenção específica para depressão.

Apesar da discreta queda em outros testes, MEEM (-1; -3,9), EVP (-0,5; -3,3) e escala Lawton (-0,31; 2,09) podem explicar esta variação no EDG. Noutras palavras: deve se considerar a hipótese de que a percepção de piora no rendimento cognitivo diminui ou influencia na percepção de seu estado de humor.

Avaliação da participação e da estrutura das oficinas

Ao final das atividades semestrais, também se realizou uma avaliação de satisfação dos idosos quanto sua participação nas oficinas, descritas na Tabela 3.

Tabela 3. Avaliação quanto à participação e a estrutura das oficinas

Participação	n (%)
Sentiu-se seguro quanto à compreensão do conteúdo?	
Sim	11 (91,7)
Não	1 (8,3)
Foi participativo durante as atividades?	
Sim	12 (100)
Interagiu com os colegas?	
Sim	12 (100)
Em uma escala de 0 a 5, sendo que zero corresponde a nenhuma melhora e 5 corresponde a uma melhora total, qual opção corresponde à melhora sentida quanto as queixas de memória?	
3	1 (8,3)
4	7 (58,3)
5	4 (33,3)
Estrutura das oficinas	
O tempo de duração das oficinas é satisfatório?	
Sim	12 (100)
Qual seu grau de satisfação com relação às oficinas?	
Ótimo	4 (33,3)
Bom	7 (58,3)
Regular	1 (8,3)
Os materiais usados durante a realização das oficinas foram satisfatórios/eram de fácil entendimento?	
Em todas	7 (58,3)
Parcialmente	5 (41,7)
A proposta das oficinas cumpriu seus objetivos?	
Sim	12 (100)

Fonte: Dados da pesquisa

Discussão

A característica primordial do grupo estudado foi a baixa escolaridade atrelada à queixa subjetiva de memória. Isso implica no desenvolvimento de atividades apropriadas a esse grupo específico, sem que desqualifiquem suas dificuldades com a escrita e a linguagem.

A baixa escolaridade e a predominância do gênero feminino encontram concordância com outros estudos, além de dados nacionais, que demonstram que 42,6% de pessoas com 60 anos ou mais eram analfabetas, 48,7% eram mulheres (15-17). Dessa forma, desenvolver atividades que atendam o perfil acadêmico e de ambos os gêneros é

um desafio. Apesar da maioria feminina, o gênero masculino deve ser incluído nos grupos para terceira idade, assim como pessoas com baixa escolaridade, no intuito de diminuir os riscos de exclusão nesses grupos.

Outro dado a ser destacado é a participação de idosos mais velhos no grupo estudado (33,3%), o que pode ser atribuído em parte ao crescimento acelerado de pessoas nessa faixa etária. Em um estudo recente, identificou-se que idosos com idade entre 71 e 74 anos pontuaram mais alto nos testes de rastreio cognitivo em comparação aos mais velhos —80 e mais—, com medianas respectivas de 24 e 21 pontos; o que, por si só, pode explicar os resultados de estabilização do MEEM como satisfatórios (18).

Sobre o arranjo familiar, um estudo recente com 878 idosos identificou que a maioria vivia com familiares (15); outro estudo com 3 478 idosos identificou um resultado semelhante ao estudo anterior (2). Entretanto, neste estudo, apenas um idoso residia com os filhos. Contudo, há que se refletir sobre a qualidade desse convívio, onde remete-se à hipótese de que pessoas idosas que procuram os grupos de terceira idade sofrem com o isolamento social ou mesmo convívio familiar insuficiente. Assim, os grupos para terceira idade funcionam como um meio de inserção dessa população na sociedade (1).

No entanto, foram as queixas subjetivas de memória as questões operacionais mais relatadas pelos idosos ao procurarem os grupos. Elas estão inicialmente descritas como presente nos quadros patológicos de demências. Esse termo é utilizado geralmente para designar um relato de problemas de memória, que podem ou não ser percebidos pelos outros, embora atualmente não haja consenso sobre a definição padrão para esse sintoma (19).

Idosos com maior nível de escolaridade têm o surgimento de demências de forma retardada, ou seja: a escolarização atua como um fator de proteção, reforçando, assim, a hipótese da reserva cognitiva. Em contrapartida, quando surgem os sintomas, estes têm um declínio cognitivo acelerado (20). Outro estudo ainda apontou que idosos que possuíam mais anos de educação formal durante a vida tinham risco reduzido de apresentar demência na velhice (21).

Dessa forma, a estimulação de forma mais ampla, física e mental, tanto no início como durante o curso da vida, sugere aumentar a reserva cognitiva, permitindo que a função cognitiva se mantenha na velhice, tanto para proteger quanto para retardar o aparecimento das demências (20). Por isso, destaca-se na intervenção testada como as áreas cognitivas treinadas à atenção, à memória de curto prazo e à concentração, tanto pela dificuldade expressas pelos sujeitos, como pelo conhecido declínio dessas áreas específicas durante o processo de envelhecimento.

Portanto, a não variação significativa nos escores MEEM ($p = 0,50$), *Lawton* ($p = 0,99$), EPV ($p = 0,99$) e do TDR ($p = 0,97$) sugere eficácia da intervenção testada, ou seja: houve a manutenção e estabilização dos escores avaliados. Embora tenha sido apontado na literatura que após participarem de grupos que abordem essas áreas em oficinas, os resultados apontam aumento de escores, dito de outro modo: ganhos com melhora no desempenho cognitivo em pós-teste após 12 seções de grupoterapia (22).

Já em outra pesquisa com estimulação cognitiva em 32 idosos, com escolaridade média de 5,6 anos, aproximada do estudo em questão, a autora observou que os testes de rastreio não apresentaram modificações significativas, exceto na linguagem e nas funções executivas (4).

Quanto ao aumento nos escores do EDG detectado na análise, observa-se, como possíveis causas, a unipessoalidade domiciliar; a dependência causada pelo passar da idade; a insatisfação com o corpo envelhecido e a menor convivência com familiares. Pode-se entender que exista uma maior chance de os idosos apresentarem sintomas depressivos, não em decorrência da idade mais avançada, mas por consequência do estado de saúde mais precário, como a dependência (23).

Do discreto aumento nos resultados da escala *Lawton*, destacam-se a dificuldade da participação do idoso em seu entorno social e a capacidade de um indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade. Daí a importância de incluir no treinamento de memória as atividades que remetam às AIVDS.

Na avaliação qualitativa dos idosos sobre as oficinas, eles demonstraram segurança quanto às atividades realizadas e sobre a participação grupal. Isso remete à hipótese de que indivíduos com diferentes graus de dificuldade em um mesmo grupo precisam de

atenção especial e da adaptação das atividades ao perfil dos integrantes do grupo. Tal sensibilidade, provavelmente, relaciona-se ao grau de satisfação apresentado.

Enfatiza-se ainda a necessidade de avaliação do material utilizado durante as oficinas, pois mais de um terço do grupo declarou que ele atendia parcialmente (41,7%) suas necessidades e, ainda, 9,3% sentiram dificuldade quanto à compreensão do conteúdo. Essa insatisfação pode ser justificada pelo tamanho pequeno das letras ou figuras, difíceis de visualizar em razão da perda da acuidade visual. Noutras palavras: deve-se considerar a escolaridade na construção de atividades educativas grupais (1).

Ao avaliarem a interação com os colegas e a participação grupal, os idosos foram unânimes em declararem o aspecto positivo das oficinas, traduzindo-se em possibilidade de expansão de vínculos sociais, bem como auxiliando na diminuição do sentimento de isolamento, o que pode favorecer a manutenção na participação das atividades grupais (1, 23, 24, 25).

Conclusão

As atividades de estimulação cognitiva específicas para idosos com baixa escolaridade foram eficazes na manutenção da cognição dos participantes. Mas, principalmente, configuraram como uma eficaz estratégia para a socialização e promoção da saúde, precavendo o aparecimento de sintomas evidentes de perda de memória e depressivos, frequentemente desencadeados pelo sentimento de solidão, assim como de estimular a manutenção da independência. Todavia, destaca-se a necessidade de dar prosseguimento ao estudo, com um tempo de intervenção maior e utilizando testes neurocognitivos mais sensíveis ao fator escolaridade para evitar vieses nos resultados.

Agradecimentos

Pesquisa realizada com o apoio financeiro do programa Institucional de Bolsas de Extensão Universitária (IS/PROEX 01/2013-Edital de Bolsa 2014) e do Programa de Desenvolvimento Acadêmico por meio do Edital Interno do Programa Produtos Estudantis-2014.

Referências

- (1) Tavares DM, Dias FA, Munari DB. Quality of life of the elderly and participation in group educational activities. *Acta Paul Enferm* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2014 Jun 20];25(4):601-606. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en_aop2012.pdf
- (2) Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira ME et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2015 abr 16];29(4):778-792. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/15.pdf>
- (3) Vicente FR, Santos SM. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2015 mar 16];22(2):370-378. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a13.pdf>
- (4) Lira JO, Rugene OT, Mello PC. Desempenho de idosos em testes específicos: efeito de grupo de estimulação. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2014 jan 14];14(2):209-222. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a03.pdf>
- (5) Rocha AM, Souza JCP. Qualidade de vida na terceira idade em um centro de convivência do idoso na cidade de Manaus. *Amazônica de Saúde - Rev Cient Fametro*. [periódico na Internet]. 2016 [acesso 2016 dez 06]; 2(1): 1-11. Disponível <http://periodicos.fametro.edu.br/index.php/RAS/article/download/187/161>
- (6) Moreira IF, Lourenço RA, Soares C, Engelhardt E, Laks J. *Cambridge Cognitive Examination*: performance of healthy elderly Brazilians with low education levels. *Cad Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2009 [access: 2014 jan 14];25(8):1774-1780. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/13.pdf>

- (7) Melo DM, Barbosa AJ. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 2016 nov 14];20(12):3865-3876. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3865.pdf>
- (8) Matallana D, Santacruz C, Cano C, Reyes P, Samper-Ternent RT, Markides KS *et al*. The relationship between education level and Mini-Mental State Examination domains among older Mexican Americans. *J Geriatr Psychiatry Neurol* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2014 jan 14];24(1):9-18. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3040264/pdf/nihms265671.pdf>
- (9) Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq NeuroPsiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
- (10) Santos RL, Vitorioso-Junior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev Bras Promoç Saúde* [periódico na Internet]. 2008 [acesso: 2015 abr 16];21(4):290-296. Disponível em: http://hp.unifor.br/pdfs_notitia/2974.pdf
- (11) Alvarenga MR, Oliveira MA, Odival F. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paul Enferm* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2015 abr 16];25(4):497-503. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/03.pdf>
- (12) Bulechek GM, Butcher HM, Dochterman JM. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
- (13) Geis PP, Rubí MC. *Ejercicios de motricidad y memoria para personas mayores*. Barcelona: Paidotribo; 2009.
- (14) Carvalho AF, Peixoto ER. *Memória na prática da terapia ocupacional e da fonoaudiologia*. Rio de Janeiro: Rúbio; 2012.
- (15) Santos AA, Mansano-Schlosser TC, Ceolim ME, Pavarini SC *et al*. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2015 abr 16];66(3):351-357. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a08v66n3.pdf>
- (16) Silva HO, Carvalho MJ, Lima FE, Rodrigues LV. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2014 jan 14];14(1):123-133. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n1/a13v14n1.pdf>
- (17) Dias FA, Tavares DM. Fatores associados à participação de idosos em atividades educativas grupais. *Rev Gaúcha Enferm* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2015 mar 18];34(2):70-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a09.pdf>
- (18) Paula AF, Ribeiro LH, D'Elboux MJ, Guariento ME. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. *Rev Bras Clín Médica* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2014 jan 14];11(3):212-218. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3767.pdf>
- (19) Vale FA, Balieiro-Jr AP, Silva-Filho JH. Memory complaint scale (MCS): proposed tool for active systematic search. *Dement Neuropsychol* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2014 jan 14];6(4):212-218. Available from: http://www.demneuropsy.com.br/detalhe_artigo.asp?id=354
- (20) Meng X, D'Arcy C. Education and dementia in the context of the cognitive reserve hypothesis: a systematic review with meta-analyses and qualitative analyses. *PLOS One* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2014 jan 14];7(6):1-16. Available from: doi: 10.1371/journal.pone.0038268
- (21) Brayne C, Ince PG, Keage HA, McKeith IG, Matthews FE, Polvikoski T *et al*. Education, the brain and dementia: neuroprotection or compensation? *Brain* [serial on the Internet]. 2010 [access: 2013 nov 17];133(8): 2210-2216. Available from: doi: 10.1093/brain/awq185.

(22) Irigaray TQ, Filho IG, Schneider RH. Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição de idosos saudáveis. *Psicol Reflex Crit* [periódico na Internet] 2012 [acesso: 2015 mar 18];25(1):182-202 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v25n1/a23v25n1.pdf>

(23) Vello LS, Pereira MA, Popim RC. Mental health of the elderly: perceptions related to aging. *Invest Educ Enferm* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2014 jun 20];32(1):60-68. Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/18568/15958>

(24) Wichmann FM, Couto AN, Areosa SV, Montañés MC. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2016 nov 18];16(4):821-832. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n4/1809-9823-rbgg-16-04-00821.pdf>

(25) Xavier LN, Sombra IC, Gomes AM, Oliveira GL, Aguiar CP, Sena RM. Grupo de convivência de idosos: apoio psicossocial na promoção da saúde. *Rev Rene* [periódico na Internet] 2015 [acesso: 2016 nov 18];16(4):557-66. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/2092/pdf>

Assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com câncer de bexiga

Asistencia de enfermería perioperatoria a pacientes con cáncer de vejiga

Perioperative nursing care to patients with bladder cancer

• Helena Megumi Sonobe¹ • Rouziane Sabino Ravena² • Fábio Saia Moreno³ •
• Luciana Scatralhe Buetto⁴ • Marissa Silva de Oliveira⁵ •

•1• Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Doutora, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, Brasil.
E-mail: megumi@eerp.usp.br

•2• Especialista em Oncologia, Fundação Pio XII. Enfermeira. Barretos, Brasil.

•3• Especialista em Oncologia, Fundação Pio XII. Enfermeiro. Barretos, Brasil.

•4• Doutora pelo Programa Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo. Hospital Unimed de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, Brasil.

•5• Mestre pelo Programa Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo, Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas - UNICAMP. Campinas, Brasil.

Recibido: 15/03/2013 Aprobado: 25/11/2016

DOI: 10.15446/av.enferm.v34n2.37465



Resumo

Objetivo: O planejamento da assistência de enfermagem perioperatória para pacientes com câncer de bexiga requer conhecimento científico e incorporação tecnológica. Este estudo objetivou caracterizar o perfil de pacientes com câncer de bexiga em uma unidade cirúrgica de um hospital especializado em oncologia do interior paulista e analisar os cuidados de enfermagem realizados para esses pacientes.

Metodologia: Estudo exploratório retrospectivo, cujos dados foram coletados em 80 prontuários de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico urológico no período de janeiro a setembro de 2008.

Resultados: Houve predomínio do sexo masculino, na faixa etária de 60 a 80 anos, com formação fundamental incompleta, de raça branca, estadiamento I e procedimento cirúrgico de Ressecção Transuretral. A assistência de enfermagem perioperatória abarca intervenções educativas de autocuidado, cuidados procedimentais como soroterapia, preparo colônico, administração de medicamentos, posicionamento do paciente, monitorização de sinais vitais, cuidados com sonda e drenos, controle hídrico, passagem de plantão e encaminhamento de prontuário e exames. No caso específico de pacientes com urostomia, é importante a avaliação clínica e das condições do estoma; ensinar as ações específicas do autocuidado; planejar a alta hospitalar, fornecer equipamentos e encaminhar aos recursos da comunidade.

Conclusão: Para prestar assistência perioperatória para esses pacientes é necessário um planejamento fundamentado em conhecimentos científicos, educação permanente da equipe de enfermagem e supervisão do trabalho pelo enfermeiro.

Descritores: Cuidados Pré-Operatórios; Neoplasias de Bexiga Urinária; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: El planeamiento de la asistencia de enfermería perioperatoria para los pacientes con cáncer de vejiga requiere del conocimiento científico y de la incorporación tecnológica. El objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil de los pacientes con cáncer de vejiga en una unidad quirúrgica de un hospital especializado en oncología del interior de São Paulo y analizar los cuidados de enfermería realizados para estos pacientes.

Metodología: Estudio exploratorio retrospectivo, cuyos datos fueron recolectados en 80 prontuarios de pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico urológico en el periodo enero-septiembre de 2008.

Resultados: Hubo predominio del género masculino en la franja etaria de 60 a 80 años, con formación fundamental incompleta, de raza blanca, estadiamiento I y procedimiento quirúrgico de Resección Transuretral. La asistencia de enfermería perioperatoria abarca intervenciones educativas de autocuidado y cuidados procedimentales como sueroterapia, preparación colónica, administración de medicamentos, posicionamiento del paciente, monitorización de signos vitales, cuidados con sonda y drenaje, control hídrico, cambio de turno, envío de historia clínica y exámenes. En el caso específico de los pacientes con ostomía urológica, es importante tener en cuenta la evaluación clínica y de las condiciones del estoma; enseñar las acciones específicas del autocuidado; planear la alta hospitalaria proporcionar equipos y enviarlos a los recursos de la comunidad.

Conclusión: Para brindarle asistencia quirúrgica a los pacientes, es necesario un planeamiento fundamentado en conocimientos científicos, educación permanente del equipo de enfermería y supervisión del trabajo realizado por el enfermero.

Descritores: Cuidados Preoperatorios; Neoplasias de la Vejiga Urinaria; Procedimientos Quirúrgicos Operativos (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: The perioperative nursing care planning for patients with bladder cancer needs scientific knowledge and incorporation of technology. Our study aimed to characterize the profile of bladder cancer population in a surgical unit of a hospital specializing in oncology in São Paulo State, and to analyze the nursing care made for this population.

Methodology: Retrospective exploratory study, whose data were collected in 80 medical records of patients undergoing urology surgical treatment from January to September of 2008.

Results: There were prevalence of male gender, in the age group from 60 to 80 years-old, with incomplete elementary school education, white people, staging cancer I and tumor resection. The perioperative nursing care includes educational interventions of self-care, procedural care as antivenin therapy, bowel's prepare, patient position, administration of drugs, monitoring of vital signs, care with catheters and drains, water control, change of shift, and routing of medical records and exams. In the specific case of patients with urostomy it is important to evaluate clinical situation and ostomy conditions; to teach the specific action of self-care, to plan hospital discharge; and to give equipment routing it to community resources.

Conclusion: To give perioperative care to this population, it is necessary a planning based on scientific knowledge, permanent education and job supervision by a nurse.

Descriptors: Preoperative Care; Urinary Bladder Neoplasms; Surgical Procedures Operative (source: DECS, BIREME).

Introdução

Atualmente, o câncer de bexiga tem alta incidência. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva para o ano de 2016, estimam-se 9 670 casos novos. O câncer de bexiga ocupa o sétimo lugar em incidência para os homens e o oitavo lugar entre as mulheres, acometendo de três a quatro vezes mais em homens do que para as mulheres, e mais incidente após os 60 anos (1, 2).

Cerca de 90% dos casos de câncer de bexiga surge a partir da mucosa, ou seja, do urotélio vesical. Cerca de 80 a 90% dos tumores vesicais ocorrem nas células de transição e 10 a 20% nas outras células escamosas como adenocarcinoma (2, 3).

Após seu diagnóstico, as modalidades de tratamento são a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a imunoterapia, utilizados isoladamente ou em conjunção. A indicação do tratamento depende do grau de invasão tumoral, idade, estado mental, emocional e físico do paciente (2, 3).

Na cirurgia, várias técnicas podem ser utilizadas, gerando consequências mutilatórias o que requer planejamento do cuidado de enfermagem especializado. Novas técnicas são frequentemente introduzidas para melhorar a qualidade de vida do paciente, considerando a idade e as condições clínicas, assim como suas condições de autocuidado (4, 5).

A assistência de enfermagem perioperatória está diretamente relacionada com as características destes pacientes, os tratamentos instituídos e a evolução ao longo do seguimento. O planejamento da assistência de enfermagem deve ser realizado com a coleta de dados sobre tratamentos prévios, complicações, evolução, queixas, suporte social e avaliação clínica para identificar necessidade de cuidados prioritários e prevenir complicações e, assim, possibilitar uma recuperação pós-operatória mais rápida e o alcance da reabilitação (4-9).

No período de internação hospitalar, a assistência de enfermagem perioperatória deve focalizar os aspectos físicos e psicossociais. O enfermeiro se defronta com situações mais complexas, que envolvem maior incorporação de tecnologia para a alta resolubilidade da demanda de cuidados

destes pacientes. Assim, a caracterização do perfil dos pacientes atendidos com câncer de bexiga favorece o planejamento da assistência de enfermagem perioperatória (6-8, 10).

Os objetivos deste estudo foram caracterizar o perfil dos pacientes com câncer de bexiga, internados na Unidade de Internação Cirúrgica de um hospital especializado em oncologia do interior paulista, no período de janeiro a setembro de 2008, e analisar os cuidados de enfermagem perioperatória realizados para esses pacientes.

Metodologia

Trata-se de um estudo retrospectivo exploratório sobre os pacientes com câncer de bexiga e os cuidados de enfermagem perioperatória prestados a estes pacientes, em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital especializado em oncologia do interior paulista.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (0052.0.153-08). A coleta de dados foi realizada nos prontuários dos pacientes, para o qual utilizou-se um instrumento sobre características sociodemográficas e clínicas destes pacientes, assim como os cuidados de enfermagem realizados no perioperatório. Os dados foram coletados de 80 prontuários de pacientes com câncer de bexiga, submetidos ao tratamento cirúrgico, no período de janeiro a setembro de 2008. Foi realizada uma análise estatística descritiva.

Resultados e Discussão

A caracterização sociodemográfica da amostra na Tabela 1 indica predomínio do sexo masculino, de pacientes na faixa acima de 61 anos. Isto foi corroborado com a epidemiologia atual deste câncer como a nona causa de óbitos em homens brancos no mundo, cuja incidência aumenta na sexta e sétima década de vida (1, 2).

Também identificamos 53 (66,3%) tabagistas e oito (10%) etilistas, hábitos de risco, principalmente o tabagismo, por aumentar em quatro vezes o risco desta neoplasia para fumantes (1, 2). Contudo, ressaltamos outros fatores de risco como exposição a corantes, solventes industriais ou gases de escape, bem como tratamentos prévios com ciclofosfamida e radiação pélvica, dieta rica em gordura, infecção urinária crônica, paraplegia, baixa ingestão de água e abuso de analgésicos (2).

As baixas condições socioeconômicas e instrucionais constituem os determinantes sociais do adoecimento, pois dificultam as práticas de saúde e de acesso às informações e ao sistema de saúde pública, aumentando a morbimortalidade, além do diagnóstico tardio e tratamentos de maior custo com maior densidade tecnológica (5, 9-11).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra do estudo

Caracterização	n (80)	%
Sexo		
Masculino	67	83,8
Feminino	13	16,2
Faixa etária		
40 a 60 anos	25	31,3
Acima de 61 anos	55	65,0
Cor		
Branca	67	83,8
Negra/parda	13	16,2
Escolaridade		
Analfabetos	7	8,7
Fundamental incompleto/completo	60	75,0
Médio incompleto/completo	5	6,3
Superior incompleto/completo	8	10,0
Renda		
Aposentadoria	1	2,9
Pensão/Auxílio doença	4	11,4
Total	80	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à caracterização clínica da amostra na Tabela 2, verificamos que houve predomínio de estadiamentos I e II, o que corrobora com outros estudos que identificaram prevalência da doença em fase precoce e tipo histológico de células epiteliais transicionais (90% dos casos), células epiteliais (7%) e adenocarcinoma (2%) (1, 2, 5).

Os profissionais da saúde devem utilizar estratégias para sensibilizar e conscientizar os homens sobre medidas preventivas com adoção de hábitos de vida saudáveis, relacionados aos fatores de risco para esta neoplasia, além das consultas periódicas (5, 10, 11).

Por outro lado, em 100% dos casos o tempo de internação foi de um a quatro dias, o que pode estar associado à incorporação da alta tecnologia e à recomendação de alta precoce, para diminuição de custos e prevenção de infecção hospitalar. Para

Tabela 2. Caracterização clínica da amostra do estudo

Dados clínicos	n	%
Neoplasia		
Estadiamentos I e II	55	68,8
Estadiamentos III e IV	25	31,2
Cirurgia realizada		
Ressecção Transuretral de Bexiga (RTU)	45	56,2
Re-RTU de bexiga (Reoperação de RTU)	13	16,3
Cistectomia Radical + Neobexiga/Ureterostomia/Bricker	12	15,0
Ureterostomia bilateral/Evacuação de coágulo	10	12,5
Complicações cirúrgicas		
Hemorragia/Fístulas urinárias/Deiscência cirúrgica	14	17,5
Infecção do trato urinário/sítio cirúrgico	17	21,2
Terapia adjuvante		
Radioterapia	6	7,5
Quimioterapia com BCG intravesical	21	26,3
Total	80	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

tanto, há necessidade de investimento pelos hospitais na educação permanente para capacitação dos profissionais (6, 8). As cirurgias realizadas foram em sua maioria a Ressecção Transuretral de Bexiga —RTU de bexiga—, que resultaram em sequelas mutilatórias.

Para a assistência destes pacientes, é importante a capacitação profissional, principalmente na área de estomaterapia, pois necessitam de intervenções no perioperatório como ensino, demarcação de estoma pré-operatório, preparo psicossocial e físico. Além de ensino do autocuidado com equipamentos coletores e estomias urinárias, assim como encaminhamento ao Programa de Ostomizados para seguimento especializado, mantido pelo governo federal e gerido pelo município (3, 4, 7, 8, 13).

A cistoscopia é um procedimento diagnóstico padrão e de estadiamento da doença, que geralmente constata 90% das lesões por exame anatomicopatológico (2, 3). Posteriormente, quando as lesões são superficiais, realiza-se a RTU endoscópica, com biópsia e remoção das lesões (3, 7).

A recidiva tumoral após RTU pode acometer cerca de 50 a 70% dos casos e para diminuí-las em até 32%, recomenda-se quimioterapia intravesical

com BCG (Bacilos Calmette-Guerin), que se liga ao urotélio, desencadeando reação imune para reconhecimento e destruição das células tumorais. Os melhores resultados ocorrem com a aplicação intravesical nas primeiras 24 horas pós-RTU (7).

Por outro lado, a quimioterapia com BCG intravesical adjuvante foi realizada por uma parcela da amostra como recomendada pelas diretrizes terapêuticas (2, 3). A radioterapia, apesar de constituir outra possibilidade tecnológica, somente uma parcela mínima de pacientes a realizou para obtenção de hemostasia (2, 3).

Identificamos complicações cirúrgicas em 14 (17,5%) pacientes, que apresentaram hemorragia, fístulas entérico-urinárias e deiscência cirúrgica, além de 17 (21,2%) com infecção do trato urinário/sítio cirúrgico. Isso indica a necessidade de assistência perioperatória especializada e no seguimento de controle oncológico (6-8).

A hemorragia foi decorrente do sangramento vesical, conseqüente à lesão e a infecção do trato urinário pela sondagem vesical de demora e por manuseio da sonda. Há necessidade de supervisão da equipe de enfermagem e educação permanente para este procedimento (8). A assistência de enfermagem deve focalizar observação, avaliação e curativo da ferida cirúrgica, rigor asséptico, controle e manutenção de ambiente biologicamente seguro, administração correta de antibióticos, avaliação dos sinais vitais e possíveis intercorrências (7, 8).

O controle da infecção hospitalar depende da otimização dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros, além das equipes de saúde que devem assumir a responsabilidade na manutenção da higiene hospitalar, realizar procedimentos com segurança, racionalização de tempo e movimento no trabalho, aumento de produtividade e diminuição de gastos.

Assistência de enfermagem perioperatória

Na amostra deste estudo, a assistência de enfermagem nos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório imediato totalizaram 2 188 (100%) cuidados, conforme Tabela 3. Identificou-se uma alta demanda de cuidados específicos para a equipe de enfermagem.

Tabela 3. Cuidados de enfermagem pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório imediato prestados para a amostra do estudo

Cuidados de enfermagem pré-operatório	n	%
Orientação pré-operatória; identificação paciente; monitorização sinais vitais; coleta de sangue	320	14,62
Preparo colônico	15	0,68
Administração de medicações intravenosa e oral	35	1,60
Preparo psicossocial	30	1,38
Avaliação da dor	20	0,91
Encaminhamento prontuários/exames; registro de enfermagem	240	10,97
Subtotal	660	30,16
Cuidados de enfermagem intraoperatório	n	%
Montagem da sala; posicionamento do paciente	160	7,31
Auxílio na anestesia; monitorização sinais vitais; controle hídrico	240	10,97
Passagem de plantão; encaminhamento prontuário/exames; registro de enfermagem	240	10,97
Subtotal	640	29,25
Cuidados de enfermagem pós-operatório imediato	n	%
Monitorização sinais vitais; cuidados, higiene corporal e conforto; controle hídrico	240	10,97
Coleta de sangue, medicação intravenosa e intramuscular	178	8,14
Avaliação de dor	80	3,65
Avaliação da ferida operatória e curativo	38	1,74
Cuidados com sondas e drenos	97	4,44
Troca de equipamento de urostomia	15	0,68
Passagem de plantão; encaminhamento prontuário/exames; registro de enfermagem	240	10,97
Subtotal	888	40,59
Total	2188	100,00

Fonte: Dados da pesquisa

O preparo colônico no dia anterior da cirurgia eletiva pode ser realizado com administração via oral da solução de *fleet* enema —preparo anterógrado— ou lavagem intestinal por via retal —preparo retrógrado— para diminuir o risco de evacuação no intraoperatório (4, 15). Em outras instituições, este preparo é realizado no dia da cirurgia, com jejum de oito horas (4, 15, 19). A administração de medicações no pré-operatório relacionou-se com soroterapia, administração de analgésicos e de ansiolíticos, anteriormente à cirurgia (15).

A avaliação psicossocial foi realizada em 30 (6%) pacientes, o que indica a necessidade de maior investimento para que seja estendida para todos os pacientes. Ressaltamos que, quando a cirurgia é de urgência, esta abordagem ao paciente pode ser inviável. Contudo, a família deve ser incluída no planejamento da assistência para favorecer a reabilitação destas pessoas, principalmente pela estomia urinária trazer repercussões físicas e psicossociais (5, 7, 15, 16, 18).

Em todos os pacientes, a coleta de sangue para avaliação hematológica e de alterações hidroeletrólíticas foi realizada, pois a doença oncológica causa depleção e a tipagem sanguínea deve ser feita para garantir a reserva em caso de necessidade de transfusão de hemoderivados, por se tratar de cirurgias de grande porte (5, 9, 20, 21).

A avaliação da dor é um aspecto importante, pois a doença oncológica acarreta dor e mobiliza os recursos fisiológicos e psicossociais, que pode dificultar a recuperação fisiológica em decorrência da fadiga oncológica, que se soma ao estresse do processo anestésico-cirúrgico (15, 16, 18). Para tanto, há necessidade de melhor capacitação dos profissionais.

O registro de enfermagem e os encaminhamentos de prontuário/exames foram valorizados como 240 (10,97%) cuidados pré-operatórios por constituir um documento legal de segurança para os pacientes e profissionais; e como um meio de avaliar a qualidade da assistência prestada (18). O enfermeiro deve planejar uma assistência de enfermagem com o objetivo de atender as necessidades dos pacientes e seus familiares (6, 8, 14).

Um dos aspectos que merece atenção é o ensino pré-operatório, que deve englobar orientações sobre jejum, instalação de soroterapia, explicação sobre cirurgia, possíveis consequências e esclarecimentos de dúvidas do paciente e seus familiares (6, 8, 14, 16). Assim, conhecer o perfil dos pacientes neste estudo, cuja maioria possui formação educacional de ensino fundamental incompleto, pôde favorecer a utilização de estratégias mais apropriadas (15, 16).

A assistência de enfermagem pré-operatória objetiva, além do preparo físico, reduzir a ansiedade do paciente e estabelecer uma comunicação terapêutica com fornecimento de informações e conhecimentos para o paciente, para

que ele possa sanar as dúvidas ou dificuldades em relação à cirurgia e suas consequências (9, 15, 16, 18). Ainda, considerando o predomínio de homens com idade acima de 61 anos há necessidade de ações educativas mais efetivas sobre a saúde do homem, cujas estratégias estejam articuladas à formação cultural e ao contexto social para conscientização sobre práticas de saúde (1, 2, 7, 12, 19).

Foram realizados 640 (29,25%) cuidados no intra-operatório, correspondentes à montagem da sala e posicionamento do paciente, além de cuidados de auxílio na anestesia, monitorização dos sinais vitais e de controle hídrico; e aspectos legais do cuidado como a passagem de plantão, o encaminhamento prontuário/exames e o registro de enfermagem. Todos estes cuidados asseguram um ambiente biologicamente seguro e a própria segurança do paciente e do profissional (20).

No registro de enfermagem, aspectos importantes são o início e término da anestesia e da cirurgia; a realização da entubação e medicações; soroterapia e hemoderivados administrados; colocação da placa de bisturi elétrico; intercorrências, instalação de dispositivos e equipamentos; procedimentos realizados e tipo de curativo e extubação realizada. Isso assegura a qualidade do cuidado realizado (18, 20, 21).

A duração da cirurgia foi de uma a três horas na maioria das cirurgias realizadas e numericamente menor para casos com duração acima de quatro horas, que envolveram cirurgias de cistectomia com confecção de derivações urinárias. Todas estas cirurgias são consideradas de médio e grande porte, o que aumenta o risco, pois a doença de base é o câncer (2, 3, 5, 9, 20).

Um dos cuidados de enfermagem fundamentais durante o intraoperatório para estes pacientes, considerando as posições litotômica e dorsal estendido e o tempo de duração das cirurgias, é a prevenção de lesão por posicionamento perioperatório. Assim, para o posicionamento do paciente, realizado pelo circulante de sala e pelo cirurgião, devem-se utilizar protetores principalmente nas regiões articulares e nas proeminências ósseas (9, 16, 20, 21).

Para dimensionar a importância da assistência de enfermagem intraoperatória, identificamos situações com hemotransfusão, utilização de placa de bisturi elétrico e a associação de tipos de anestesia e necessidade de entubados orotraqueais (20).

Na assistência de enfermagem aos pacientes quando são submetidos à anestesia geral, há necessidade de observação de sinais vitais, com atenção especial ao padrão respiratório, oxigenação arterial, pressão arterial, temperatura e pulso; aos efeitos colaterais como náuseas e vômitos, dor, nível de sedação e evolução clínica do paciente (22).

Quando o paciente é submetido à raqui-anestesia, deve-se contemplar a avaliação da sensibilidade e mobilidade de membros inferiores; mínimo de dor, medicamentos e alimentação via oral, que deve ser liberado somente na enfermaria cirúrgica. Para a alta de enfermaria cirúrgica, não é necessário que o paciente tenha apresentado diurese espontânea, mas deve constatar-se ausência de bexigoma. Além disso, é necessário o balanço hídrico das infusões por soroterapia e medicamentos; e perdas por drenos, sondas e curativo cirúrgico (21, 22).

A assistência de enfermagem intraoperatória requer manutenção de um ambiente biologicamente seguro e capacitação dos profissionais, principalmente pela possibilidade de mudança da condição clínica e de reações ao processo anestésico-cirúrgico (23).

No pós-operatório imediato, os cuidados de enfermagem foram: monitorização dos sinais vitais, cuidados de higiene corporal e conforto e o controle hídrico; coleta de sangue, medicação intravenosa e intramuscular; avaliação da dor e da ferida operatória e realização de curativo; cuidados com sondas e drenos, além da troca de equipamento de urostomia; e aspectos da documentação legal do cuidado como passagem de plantão, encaminhamento de prontuário/exames e registro de enfermagem (21, 22).

Chamou-nos a atenção o fato dos cuidados relacionados à avaliação da ferida operatória e curativo terem sido realizados em apenas 19 (23,75%) pacientes; estes constituem prioridade no pós-operatório imediato, pois uma das complicações é a hemorragia, que pode agravar a condição clínica.

Os cuidados identificados no pós-operatório imediato para esta amostra são coerentes, pois dimensionam as necessidades específicas de cirurgia urológica, que requer coleta de exame de sangue. O anterior é pelo fato dos pacientes apresentarem hematúria ou sangramento no ato cirúrgico, assim como a necessidade de administração de medicações intramusculares e cuidados com sondas, drenos e troca do equipamento de urostomia.

Recomenda-se a monitorização dos parâmetros destes pacientes, considerando-se o comprometimento clínico e o porte cirúrgico a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na segunda hora e a cada hora após a terceira hora (22).

Em relação à higiene corporal e mobilização, os pacientes em pós-operatório receberam assistência integral e auxílio, pois apresentavam punções venosas, drenos e sondas. Isso é importante para a prevenção de lesões de pele e traumas. Os cuidados de enfermagem são intensivos neste período, para que o paciente recupere o equilíbrio hidroeletrólítico, com detecção precoce de complicações relacionadas ao processo anestésico-cirúrgico. Assim, para que o paciente receba alta da recuperação pós-anestésica, os parâmetros de avaliação são: padrão respiratório eficaz com troca gasosa adequada; presença de reflexos glossofaríngeos e estabilização dos sinais vitais; retorno do nível de consciência; mínimo de dor possível; sinais de volemia adequada; diurese de 30 ml/h e pressão arterial estável; e ausência de sangramentos por sondas ou drenos (22).

Para prestar uma assistência de enfermagem qualificada, são necessárias a educação permanente e a incorporação de novas tecnologias pela equipe de enfermagem (22, 23). Em relação à assistência de enfermagem no pós-operatório imediato, na Tabela 4 classificamos os cuidados relacionados ao pós-operatório imediato e à alta hospitalar.

Desta forma, o conjunto de cuidados realizados foi de monitorização de parâmetros vitais e de monitorização de sondas, drenos e bolsa coletora de sinais vitais, além de cuidados de higiene e de conforto. Foram destacados também a terapia medicamentosa e soroterapia, avaliação da ferida operatória, alimentação, encaminhamento de prontuário/exames e o registro de enfermagem (18).

Tabela 4. Cuidados de enfermagem no pós-operatório mediato e para a alta hospitalar prestados para amostra do estudo

Cuidados de enfermagem pós-operatório mediato	n	%
Monitorização sinais vitais; cuidados, higiene corporal e conforto; controle hídrico	240	18,12
Medicação intravenosa, intramuscular e via oral/soroterapia	134	10,12
Cuidados com sondas, drenos e bolsa coletora	97	7,32
Troca de equipamento de urostomia	15	1,13
Avaliação da ferida operatória; cuidados com alimentação	38	2,88
Encaminhamento prontuário/exames; registro de enfermagem	160	12,09
Subtotal	684	51,66
Alta hospitalar	n	%
Orientação paciente; família sobre medicamentos; retorno e seguimento ambulatorial	320	24,16
Orientação troca de equipamento coletor; indicação de equipamento	160	12,09
Encaminhamento prontuário e exames; registro de enfermagem	160	12,09
Subtotal	640	48,34
Total	1324	100,00

Fonte: Dados da pesquisa

No pós-operatório mediato, a avaliação do paciente deve ser realizada comparativamente aos parâmetros pré, intra e pós-operatório imediato. Assim em relação à respiração: permeabilidade, profundidade, frequência; circulação: coloração das extremidades, lábios e edema em membros inferiores. No que se refere ao sistema nervoso: consciência, localização espacial e temporal, além da movimentação. Para a monitorização de drenos: permeabilidade, quantidade e curativo. Para o controle de infusão venosa: tipo, volume, gotejamento e punção venosa. Em relação à ferida cirúrgica: localização, curativo, exsudato; e para avaliar o conforto: dor, posicionamento corporal e estado psicológico como agitação e apatia. É importante atentar sobre o uso de aparelhos específicos —bomba de infusão, frasco de aspiração, monitores—; assim como o registro dos dados e intervenções (22).

O conjunto de cuidados como administração de medicamentos intravenosa, intramuscular e via oral, além da soroterapia, troca de bolsa de urostomia, avaliação da ferida operatória, curativos e

cuidados com alimentação são fundamentais para pacientes submetidos às cirurgias urológicas. Estes cuidados têm especificidade, portanto, requer a avaliação clínica do paciente pelo enfermeiro e a supervisão do trabalho da equipe de enfermagem.

Em relação ao equipamento coletor para a urostomia, indicam-se bolsas transparentes e de peça única para facilitar a visualização e avaliação da urostomia e do efluente. O fim é evitar a manipulação do abdome do paciente e minimização da dor, avaliação do débito de 24 horas e de suas características, bem como avaliação dos sinais flogísticos (8).

Já no pós-operatório mediato, considerando-se as condições do paciente para a alta hospitalar, o estomizado pode escolher, com auxílio do enfermeiro, o equipamento que permita a sua adaptação e retorno às atividades cotidianas e que lhe dê segurança, além do ensino do autocuidado. Por outro lado, o enfrentamento do adoecimento oncológico e da seqüela mutilatória são aspectos importantes da assistência perioperatória destes pacientes (24, 25). Os protetores cutâneos são indicados para facilitar a colocação do equipamento na urostomia; são materiais constituídos por hidrocoloides, compostos por gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica que formam a resina sintética, protegendo a pele do paciente. Ainda, é possível a indicação de adjuvantes, conforme as necessidades específicas (21).

Neste período, é importante retomar o ensino do autocuidado em relação à ferida operatória, cuidados com sondas e trocas de bolsa de urostomia, além de cuidados higiênicos e de alimentação (8, 15).

Os cuidados para a alta hospitalar foram orientação do paciente e da família sobre medicamentos, retorno e seguimento ambulatorial, bem como sobre troca e indicação de equipamento e encaminhamento de prontuário/exames e registro de enfermagem.

No período pós-operatório é necessário observar e avaliar condições do estoma —localização, coloração, protrusão e complicações—; controlar qualidade e quantidade do efluente do estoma; avaliar adaptação do equipamento coletor. Ao realizar a primeira troca do sistema coletor —48 a 72 horas a cirurgia—, é possível ensinar ações específicas do autocuidado —troca e esvaziamento do dispositivo—, retomando o ensino pré-operatório e planejar a alta hospitalar. Deve-se estimular o

retorno gradual às atividades da vida diária, por meio de um trabalho multidisciplinar com nutricionistas, psicólogos, equipe médica e fisioterapeutas; e avaliar o aprendizado alcançado pelo paciente e familiar. É para assegurar a aquisição de equipamentos é fundamental encaminhar aos recursos da comunidade como o Programa de Ostomizados, mantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (8, 13, 14-16, 24, 25).

Os pacientes com urostomia foram encaminhados ao Programa de Ostomizados com o relatório médico com as informações sobre o diagnóstico médico, cirurgia realizada e tipo de estomia e do enfermeiro com a indicação do equipamento adequado para o paciente, adaptação à nova condição e capacidade para o autocuidado. Considerando o custo da bolsa coletora e a necessidade de seguimento especializado por esses pacientes, este encaminhamento assegura a sua recuperação fisiológica e psicossocial (9, 14, 24, 25).

Por outro lado, é importante que estes pacientes possam ter maior conscientização em relação à saúde e que realizem um seguimento de controle oncológico, pois muitas vezes não está descartada a possibilidade de recidiva ou metástase (1, 2, 12, 13). Na prática clínica, a orientação do seguimento ambulatorial não expressa necessariamente as recomendações preconizadas sobre o seguimento de controle oncológico de cinco anos (1, 2, 5, 12, 13).

Para prestar assistência perioperatória para esses pacientes, é necessário um planejamento fundamentado em conhecimentos científicos, educação permanente da equipe de enfermagem e supervisão da equipe de enfermagem pelo enfermeiro.

Conclusões

Na amostra deste estudo predominaram pacientes do sexo masculino, com câncer de bexiga em fase precoce, acima de 61 anos, com nível fundamental incompleto; brancos e submetidos à cirurgia de RTU de bexiga.

Com os resultados deste estudo verificamos a assistência de enfermagem perioperatória destes pacientes, com intervenções educativas para o autocuidado e assistenciais, como soroterapia, preparo colônico, administração de medicamentos, posicionamento cirúrgico, monitorização de sinais vitais, cuidados com sonda e drenos, controle hídrico, passagem de plantão e encaminhamento de

prontuário e exames. Para os pacientes com urostomia é importante assegurar o encaminhamento para a aquisição de equipamentos e o seguimento secundário especializado.

Um aspecto não explorado neste estudo e que futuramente merece ser abordado é o enfrentamento do processo de estomização.

Referências

- (1) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [informe na Internet]. Rio de Janeiro: Coordenação de Prevenção e Vigilância. Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica; 2015 [acesso: 2016 nov 21]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
- (2) Skare NG. Câncer de bexiga. Em: Sociedade Brasileira de Oncologia. 2º Manual de condutas. Oncologia Clínica. 2ª ed. Gramado (RS): Editora O Lutador; 2011.
- (3) Stenzl A, Witjes JA, Compérat E, Cowan NC, DeSantis M, Kuczyk M *et al*. Diretrizes para o câncer de bexiga músculo invasivo e metastático [cartilha na Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Urologia e Sociedade Brasileira de Patologia; 2012 [acesso: 2016 nov 21]. Disponível em: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/Muscle-invasive-and-metastatic-Bladder-Cancer-2012-pocket1.pdf>
- (4) Tiraboschi RB, Dias-Neto JA, Martins AC, Cologna AJ, Suaid, HJ, Tucci Jr S. Fatores de risco em carcinomas de células transicionais da bexiga. *Acta Cir Bras*. 2002; 17(Supl 3):20-23.
- (5) Moon A, Vasdev N, Thorpe AC. Continent Urinary Diversion. *Indian J Urol* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Nov 21];29(4):303-309. Available from: doi:10.4103/0970-1591.120111
- (6) Martins PAF, Alvim NAT. Saberes e práticas de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária e sua pertinência no cuidado. *Perspect Online Biol Saúde* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2016 nov 21];2(6):54-69. Disponível em: http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/210/127

- (7) Kim SP, Shah ND, Weight CJ, Thompson RH, Wang JK, Karnes RJ *et al.* Population-based trends in urinary diversion among patients undergoing radical cystectomy for bladder cancer. *BJU Int* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Nov 21];112(4):478-484. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-410X.2012.11508.x/epdf>
- (8) Roveron G, DeToma G, Barbierato M. Italian Society of Surgery and Association of Stoma Care Nurses Joint Position Statement on Preoperative Stoma Siting. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Nov 21];43(2):165-169. Available from: http://journals.lww.com/jwocnonline/Abstract/2016/03000/Italian_Society_of_Surgery_and_Association_of.10.aspx
- (9) Silva VL, Cesse EA, Albuquerque MF. Determinantes sociais da mortalidade do idoso: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Epidemiol* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 2016 nov 21];17(Supl 2):178-193. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s2/pt_1415-790X-rbepid-17-s2-00178.pdf
- (10) Jemal A, Miller K, Torre L. Promoção da saúde: Uma abordagem populacional e sistêmica. In: *O Atlas do Câncer*. Jemal A, Vineis P, Bray F, Torre L, Forman D (Eds.). The Cancer Atlas. 2nd ed. Atlanta, GA (EUA): American Cancer Society; 2014 [access: 2016 Nov 21]. pp. 68-69. Available from: <http://canceratlas.cancer.org/assets/uploads/2015/04/The-Cancer-Atlas-Second-Edition-in-Portuguese.pdf>
- (11) Kassouf W, Aprikian A, Black P, Kulkarni G, Izawa J, Eapen L *et al.* Recommendations for the improvement of bladder cancer quality of care in Canada: A consensus document reviewed and endorsed by Bladder Cancer Canada (BCC), Canadian Urologic Oncology Group (CUOG), and Canadian Urological Association (CUA), December 2015. *Can Urol Assoc J* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Nov 21];10(1-2):E46-80. Available from: doi: 10.5489/caaj.3583
- (12) Lukacz ES, Sampsel C, Gray M, Macdiarmid S, Rosenberg M, Ellsworth P *et al.* A healthy bladder: a consensus statement. *Int J Clin Pract* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2016 Nov 21];65(10):1026-1036. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3206217/pdf/ijcp0065-1026.pdf>
- (13) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 400 de 16 de novembro de 2009. Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) [regra na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso: 2016 Nov 21]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/p_sas_400_2009_ostomizados.pdf
- (14) Souza EC, Figueiredo GL, Lenza NF, Sonobe HM. As consequências da estomia intestinal para estomizados e seus familiares. *Rev Enferm UFPE On Line* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 2016 Nov 21];4(Esp):1081-1086. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/942/pdf_102
- (15) Lenza NF, Sonobe HM, Zago MM, Buetto LS. Características socioculturais e clínicas de estomizados intestinais e de familiares em um Programa de Ostomizados. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2016 nov 21];15(3):755-762. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n3/pdf/v15n3a18.pdf
- (16) Miranda SM, Luz MH, Sonobe HM, Andrade EM, Moura EC. Caracterização sociodemográfica e clínica de pessoas com estomia em Teresina. *ESTIMA* [periódico na Internet], 2016 [acesso: 2016 nov 21];14(1):29-35. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/download/117/pdf>
- (17) Menezes LC, Guedes MV, Oliveira RM, Oliveira SK, Meneses LS, Castro ME. Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da Teoria de Orem. *Rev Rene* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2016 nov 21];14(2):301-310. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027986008.pdf>

(18) República Federativa do Brasil. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Câmara Técnica de Legislação e Normas (CTLN) [regra na Internet]. Portaria n. 514/2016 Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem de 05 de maio de 2016. [acesso: 2016 nov 21]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html

(19) Matheus WE. Câncer de Bexiga. In: Zerati-Filho M, Nardozza-Júnior A, Reis RB (Eds.). *Urologia Fundamental*. São Paulo: Planmark, 2010. pp. 157-162.

(20) Jardim DP, Bianchi ERE, Costa ALS, Vattimo MFF. Assistência de enfermagem no período transoperatório. Em: Carvalho R, Ferraz EB (Orgs.). *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. Barueri-SP: Manole; 2016. pp. 146-159.

(21) Silveira CT, Silveira RT, Guido LA, Oliveira RC. Posicionamento do paciente para o procedimento anestésico-cirúrgico. Em: Carvalho R, Ferraz EB (Orgs.). *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. Barueri-SP: Manole; 2016. pp. 160-187.

(22) Rossi LA, Dessote CAM, Pompeo DA, Galdeano LE, Peniche ACG. Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica. Em: Carvalho R, Ferraz EB (Orgs.). *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. Barueri-SP: Manole; 2016. pp. 247-280.

(23) Carvalho R, Paula MF, Moraes MW. Assistência humanizada e tecnologia no Bloco Cirúrgico. Em: Carvalho R, Ferraz EB (Orgs.). *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. Barueri-SP: Manole; 2016. pp. 281-295.

(24) Lopes M, Nascimento LC, Zago MM. Paradox of life among survivors of bladder cancer and treatments. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Nov 21];50(2):222-229. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/0080-6234-reeusp-50-02-0224.pdf>

(25) Pazar B, Yava A, Başal S. Health-related quality of life in persons living with a urostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Nov 21];42(3):264-270. Available from: <http://sci-hub.cc/10.1097/won.0000000000000110>

Qualidade de vida e capacidade funcional em pacientes com úlcera arterial

Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con úlceras arteriales

Quality of life and functional ability in patients with arterial ulcers

• Márcia Maria Renó Moreira¹ • Leila Blanes² • Fabiana da Silva Augusto³ •
• Alfredo Gragnani Filho⁴ • Lydia Masako Ferreira⁵ •

•1• BSN, MS, Universidade Federal de São Paulo. Professora da Universidade do Vale do Sapucaí-Minas Gerais, Brasil. E-mail: marciarmoreira@hotmail.com

•2• RN, PhD. Vice-coordenadora do Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Gestão aplicados à Regeneração Tecidual, Universidade Federal de São Paulo. Coordenadora Assistencial de Enfermagem do Hospital São Paulo. São Paulo, Brasil.

•3• BSN, MS, Universidade Federal de São Paulo. Gerente de Enfermagem das Clínicas Cirúrgicas do Hospital São Paulo. São Paulo, Brasil.

•4• MD, PhD. Professor Adjunto, Livre Docente, Programa de Pós Graduação em Cirurgia Translacional, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil.

•5• MD, PhD. Professora Titular, Programa de Pós Graduação em Cirurgia Translacional, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil.

Recibido: 14/11/2011 Aprobado: 8/12/2016

DOI: 10.15446/av.enferm.v34n2.61617



Resumo

Objetivo: Avaliar a Qualidade de Vida (QV) e a capacidade funcional em pacientes com Doença Arterial Periférica (DAP) e Úlceras Arteriais (UA).

Metodologia: Estudo clínico descritivo e transversal, realizado no Sul de Minas Gerais, Brasil. Sessenta pacientes adultos alocados em três grupos —grupo DAP com UA, grupo DAP sem UA e grupo controle, sem DAP e sem UA— foram entrevistados, utilizando-se os questionários *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) e o *Short Form-36 Health Survey* (SF-36) para medir a capacidade funcional e a QV, respectivamente. Para a comparação entre os grupos, foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis*.

Resultados: Quarenta e dois participantes (70%) são mulheres e a idade média foi de 63 anos. Os pacientes com DAP, com ou sem UA, apresentaram incapacidade funcional significativamente maior que pacientes sem DAP ($p < 0,01$) nos componentes relacionados a deambulação, uso de utensílios domésticos, higiene e apreensão/sustentação de objetos. Os pacientes com DAP, com ou sem lesões, apresentaram SF-36 escores significativamente mais baixos —menor QV— nos domínios *Capacidade funcional*, *Aspectos físicos*, *Dor corporal*, *Vitalidade*, *Aspectos sociais* e *Aspecto emocional* do SF-36 em relação ao grupo controle ($p < 0,001$). Também foram observadas diferenças significativas ($p < 0,001$) entre o grupo controle e o grupo com DAP e UA nos domínios *Estado geral de saúde* e *Saúde mental*.

Conclusão: Os pacientes com DAP, com ou sem úlcera, apresentaram redução na capacidade de realização de algumas atividades cotidianas, além de baixos níveis de QV quando comparados aos pacientes sem a doença.

Descritores: Qualidade de Vida; Doença Arterial Periférica; Úlcera Cutânea; Ferimentos e Lesões; Avaliação (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Evaluar la Calidad de Vida (CV) y la capacidad funcional en pacientes con Enfermedad Arterial Periférica (EAP) y Úlceras Arteriales (UA).

Metodología: Estudio clínico descriptivo y transversal, realizado en el sur de Minas Gerais, Brasil. Sesenta pacientes adultos asignados en tres grupos —grupo EAP con UA, grupo EAP sin UA y grupo de control sin EAP y UA— fueron entrevistados, para lo cual se hizo uso de las escalas *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) y el *Short Form-36 Health Survey* (SF-36) que evalúan la capacidad física y la calidad de vida, respectivamente. Para las comparaciones entre los grupos, se utilizó la prueba de *Kruskal-Wallis*.

Resultados: Cuarenta y dos participantes (70%) son mujeres y la edad media fue de 63 años. Los pacientes con EAP, con o sin UA, presentaron limitación funcional significativamente mayor que los pacientes sin PAD ($p < 0,01$) en componentes relacionados con el andar, el uso de utensilios domésticos, la higiene y el alcance/agarre de objetos. Los pacientes con PAD, con o sin lesiones, tenían puntuaciones significativamente más bajas de SF-36 —CV inferior— en las dimensiones *Capacidad funcional*, *Aspectos físicos*, *Dolor corporal*, *Vitalidad*, *Aspectos sociales* y *Aspecto emocional* en comparación con los pacientes del grupo control ($p < 0,001$). También se observaron diferencias significativas ($p < 0,001$) entre el grupo control y el grupo con EAP y UA en las dimensiones *Estado general de salud* y *Salud mental*.

Conclusión: Los pacientes con EAP, con o sin úlcera, mostraron dificultad para realizar algunas actividades cotidianas, así como bajos niveles de CV en comparación con los pacientes sin la enfermedad.

Descriptores: Calidad de Vida; Enfermedad Arterial Periférica; Úlcera Cutánea; Heridas y Traumatismos; Evaluación (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To assess Quality of Life (QOL) and functional ability in patients with Peripheral Arterial Disease (PAD) and Arterial Ulcers (AUS).

Methodology: Descriptive and cross-sectional clinical study, conducted in Southern Minas Gerais, Brazil. Sixty adult patients allocated in three groups —group PAD with AUS, group PAD without AUS, and control group, without both PAD and AUS— were interviewed using the scales *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) and *Short Form-36 Health Survey* (SF-36), which assess physical disability and quality of life, respectively. The *Kruskal-Wallis* test was used in order to compare the groups.

Results: Forty-two participants (70%) are women, and the mean age was 63 years old. Patients with PAD, with or without AUS, had significantly greater disability than patients without PAD ($p < 0,01$) on components related to walking, use of household utensils, hygiene, and reach/grip of objects. Patients with PAD, with or without lesions, reported significantly lower SF-36 scores —lower QOL— on *Physical functioning*, *Role physical*, *Bodily pain*, *Vitality*, *Social functioning*, and *Role emotional* domains, in comparison to patients from the control group ($p < 0,001$). Significant differences ($p < 0,001$) were also observed between the control group and the group with PAD and AUS on the *General health* and *Mental health* domains.

Conclusion: Patients with PAD, with or without AUS, reported difficulty in performing some activities of daily living and impaired QOL in comparison to patients without the disease.

Descriptors: Quality of Life; Peripheral Arterial Disease; Skin Ulcer; Wounds and Injuries; Evaluation (source: DECS BIREME).

Introdução

A doença arterial decorre de situações que causam o estreitamento ou bloqueio das artérias para os membros, o qual resulta em baixo aporte de fluxo sanguíneo para a região e está associada a um alto risco de morbimortalidade cardiovascular (1, 2). A doença causa repercussões em quase todos os aspectos da vida das pessoas e produz significantes conseqüências físicas, psicológicas e socioeconômicas (3, 4, 5, 6, 7). Estima-se que 200 milhões de pessoas têm doença arterial em todo o mundo, condição que está presente em cerca de um terço dos pacientes hospitalizados (3, 5, 6).

Dentre as doenças arteriais, está a Doença Arterial Periférica (DAP), que ocorre predominantemente por fenômenos ateroscleróticos sistêmicos e causam obstruções arteriais, o qual pode levar ao desenvolvimento da Úlcera Arterial (UA) (8). As UAs são feridas bastante dolorosas e se desenvolvem pela redução do suprimento de sangue arterial na região (9). Estas lesões afetam principalmente os dedos dos pés e/ou áreas que sofrem maior ponto de pressão, cujas regiões mais comuns são o calcanhar, o maléolo e o tornozelo (8, 10, 11). Os fatores de risco para o desenvolvimento das UAs são tabagismo, diabetes mellitus, hiperlipidemia e hipertensão; os sintomas mais comuns são dor no membro, claudicação intermitente, atrofia da pele, perda de pêlos, pés frios e unhas distróficas (8). O principal tratamento desta condição é o reestabelecimento do fluxo sanguíneo por meio de intervenções medicamentosas, procedimentos cirúrgicos e uso de curativos apropriados (12, 13).

A alteração na marcha e a convivência com a dor persistente, principais sintomas das UAs, podem alterar o desempenho deste tipo de pacientes para realizarem as suas atividades de vida diária. Neste contexto, a capacidade funcional, situação relacionada com o grau de preservação de aptidão que o indivíduo possui para realizar suas atividades de vida diária, pode estar comprometida, o qual leva a uma série de limitações para a realização de atividades cotidianas (14, 15). Além disso, as alterações no modo de viver dos pacientes que convivem com a UA podem alterar a sua qualidade de vida (4). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a QV como a “percepção do indivíduo de sua

posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (16).

Ainda, são escassos os estudos que abordam a QV e a capacidade funcional em pacientes com UA; por isso, compreender estas condições nesta população é de grande importância para os profissionais de saúde, visto que as conseqüências desta situação requerem aceitação, adaptação e mudanças no dia-a-dia. Esses aspectos motivaram a realização deste estudo, que tem como objetivo avaliar a QV e a capacidade funcional de pacientes com DAP e UA.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e primário, realizado com pessoas residentes de municípios da região do sul de Minas Gerais, Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas Dr. José Antônio Garcia Coutinho, da Universidade do Vale do Sapucaí (n° 442/05).

A casuística foi aleatorizada contando com 60 indivíduos: 20 pessoas com DAP e UA; 20 pessoas com DAP e sem lesões; e 20 indivíduos da comunidade sem DAP e sem feridas nos membros inferiores. A presença ou ausência de DAP foi confirmada a partir do Índice Tornozelo Braço (ITB), considerado de 1,00 a 1,40 como ausência de DAP e < 0,90 como presença de DAP (13). Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 30 anos; concordar em participar do estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido; e possuir capacidade cognitiva para responder às perguntas. Também foram considerados para a inclusão no grupo com DAP e UA o ITB < 0,90 e UA diagnosticadas por cirurgião vascular; no grupo com DAP sem UA, o ITB < 0,90 e ausência de feridas nos membros inferiores; no grupo sem DAP, o ITB variando de 1,00 a 1,40 e ausência de lesões nos membros inferiores. Todos os pacientes com ITB < 0,90 também possuíam arteriografia para a confirmação da DAP (8).

A coleta de dados foi realizada por uma das pesquisadoras por meio de entrevistas no domicílio dos participantes. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento de dados sociodemográficos e clínicos, o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) e o *Short Form-36 Health Survey* (SF-36). Como procedimentos, foi solicitado ao

paciente que pontuasse a resposta que julgasse mais adequada para si. Em caso de dificuldade no entendimento, a questão foi lida quantas vezes se fizesse necessária.

O instrumento para levantamento dos dados sociodemográficos e clínicos continha as variáveis *sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, grau de instrução e situação frente ao trabalho*.

O instrumento específico para avaliação de capacidade funcional, o *Health Assessment Questionnaire (HAQ)* é composto por 20 questões divididas em oito componentes, as quais indagam: 1) capacidade de vestir-se e lavar a cabeça e cabelos; 2) capacidade de levantar-se de uma cadeira sem os braços, deitar-se e levantar-se da cama; 3) capacidade de uso de talheres e copos e abrir um saco com líquidos dentro; 4) capacidade de caminhar em lugares planos e subir 5 degraus; 5) capacidade de tomar banho de chuveiro e utilizar o vaso sanitário; 6) capacidade de pegar, elevar e sustentar um pouco acima da cabeça um objeto de mais de 2,5 quilos e pegar suas roupas no chão; 7) capacidade de segurar-se e manter-se em pé em transporte público, destampar potes e abrir e fechar torneiras; e 8) capacidade de fazer compras, entrar e sair de um transporte público e utilizar utensílio de limpeza para varrer e/ou puxar a água. Cada questão é graduada de 0 a 3, sendo 0 a capacidade para realizar a atividade e 3, incapacidade de fazer a ação. O instrumento não prevê pontuação de corte e o escore final é obtido por meio da média aritmética das pontuações dos oito componentes, cujos menores valores são indicativos de melhor capacidade funcional (17). Este estudo utilizou a versão brasileira do questionário proposto por Ferraz e colaboradores (14).

Para avaliação da *QV*, foi utilizado o instrumento genérico que é composto por 36 perguntas, distribuídas em oito domínios: *capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional e saúde mental*. Há também uma questão de avaliação comparativa entre o estado de saúde atual e o estado de saúde de um ano atrás. As pontuações dos domínios são analisadas separadamente e variam de 0 a 100, cujas maiores pontuações são indicativas de melhor *QV* (18). O *SF-36* foi adaptado à cultura brasileira e validado por Ciconelli e colaboradores, versão utilizada no presente estudo (19).

Neste estudo, os dados foram processados pelo pacote *SPSS (Statistical Package for Social Sciences)*. Para as comparações, utilizou-se o teste de análise de variância de *Kruskal-Wallis* e adotou-se 5% como nível de significância estatística ($p < 0,05$).

Resultados

Dos 60 participantes, 42 (70%) eram mulheres; 29 (48,3%) tinham idade igual ou acima de 60 anos, com idade média de 63 anos; 42 (70%) tinham o ensino fundamental; 36 (60%) eram casados; e 23 (38,2%) estavam aposentados (ver Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo as características sociodemográficas e clínicas

Variáveis	Indivíduos							
	Com DAP*				Sem DAP		Total	
	Com úlcera		Sem úlcera					
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gênero								
Masculino	14	70,0	14	70,0	14	70,0	42	70,0
Feminino	6	30,0	6	30,0	6	30,0	18	30,0
Idade								
30 a 39 anos	2	10,0	1	5,0	1	5,0	4	6,7
40 a 49 anos	0	0,0	1	5,0	1	5,0	2	3,3
50 a 59 anos	8	40,0	8	40,0	8	40,0	24	40,0
60 a 69 anos	3	15,0	4	20,0	3	15,0	10	16,7
70 a 79 anos	4	20,0	3	15,0	4	20,0	11	18,3
> 80 anos	3	15,0	3	15,0	3	15,0	9	15,0
Grau de instrução								
Ensino fundamental	17	85,0	14	70,0	11	55,0	42	70,0
Ensino médio	0	0,0	2	10,0	7	35,0	9	15,0
Ensino superior	0	0,0	0	0,0	1	5,0	1	1,7
Sem escolaridade	3	15,0	4	20,0	1	5,0	8	13,3
Situação conjugal								
Casado	10	50,0	11	55,0	15	75,0	36	60,0
Solteiro	2	10,0	4	20,0	1	5,0	7	11,7
Viúvo	7	35,0	5	25,0	2	10,0	14	23,3
Separado	1	5,0	0	0,0	2	10,0	3	5,0
Situação frente ao trabalho								
Aposentado	11	55,0	6	30,0	6	30,0	23	38,3
Desempregado	3	15,0	3	15,0	2	10,0	8	13,3
Prendas domésticas	4	20,0	8	40,0	7	35,0	19	31,7
Autônomo	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
Emprego contratado	1	5,0	3	15,0	5	25,0	9	15,0

* DAP: doença arterial periférica

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação aos resultados obtidos por meio do HAQ, verificou-se que as pontuações dos componentes funcionais variaram de 0,5 a 1,8 nos pacientes com DAP e UA; de 0,1 a 1,6, no grupo com DAP sem UA; e de 0 a 0,1, nos pacientes sem DAP. Com relação aos grupos, os pacientes com DAP, com ou sem UA, apresentaram menores escores nos componentes 2, 4, 5, 6, 7 e 8, indicando maior dificuldade para realizar transferências para cadeira e cama, caminhar, subir degraus, tomar banho, utilizar o vaso sanitário, pegar e elevar e objetos, entrar, manter-se em pé e sair de transporte público, abrir potes e torneiras, fazer compras e utilizar utensílios de limpeza quando comparados aos resultados do grupo sem doença arterial, com $p < 0,01$ em todos estes itens. Não houve diferenças significantes entre os grupos nos componentes 1 e 3, os quais avaliam a capacidade de vestir-se, lavar a cabeça e cabelos, utilizar talheres e copos e abrir um saco com líquidos (ver Tabela 2).

Tabela 2. Escores médios do HAQ pelos componentes da escala

HAQ Componente e a capacidade avaliada	Com DAP*		Sem DAP
	Com úlcera	Sem úlcera	
1. Vestir-se e lavar a cabeça e cabelos	0,6	0,4	0,1
2. Fazer transferências para cadeira e cama	1,1	1,1	0
3. Uso de talheres e copos e abrir um saco com líquidos	0,5	0,1	0,0
4. Caminhar e subir degraus	1,4	1,6	0,0
5. Tomar banho e utilizar o sanitário	0,6	0,6	0,0
6. Pegar, elevar e sustentar objetos acima da cabeça e no chão	0,6	1,4	0,1
7. Manter-se em pé em transporte público e uso de potes e torneiras	1,6	1,5	0,0
8. Fazer compras, entrar e sair de transporte público e utilizar utensílio de limpeza	1,8	1,5	0,0

* DAP: doença arterial periférica

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação aos resultados da avaliação da QV, a média dos escores dos domínios do SF-36 variou de 12,5 a 64,4 no grupo com DAP e UA; de 13,7 a 42,4, no grupo com DAP sem UA; e de 71,2 a 95,0, no grupo sem DAP, indicando níveis baixos de QV nos pacientes com DAP e bons níveis de QV nas pessoas sem esta doença. Quando comparados os grupos, verificou-se que os pacientes com DAP, com ou sem lesões, apresentaram escores de QV mais baixos nos domínios *Capacidade funcional*, *Aspectos físicos*, *Dor*, *Vitalidade*, *Aspectos sociais* e *Aspecto emocional* quando comparados com o grupo sem DAP, com $p < 0,001$.

Também verificou-se diferenças estatísticas ($p < 0,001$) quando comparado às pontuações dos pacientes do grupo sem DAP e do grupo com DAP e UA nos domínios *Estado geral de saúde* e *Saúde mental* com relação às pontuações obtidas pelos pacientes com DAP sem UA, com menores escores de QV neste último grupo (ver Tabela 3).

Tabela 3. Escores médios do SF-36 pelos domínios

SF-36	Grupo com DAP* e com úlcera	Grupo com DAP* e sem úlcera	Grupo sem DAP*
Capacidade funcional	33,0	38,8	90,2
Aspectos físicos	12,5	13,7	95,0
Dor	41,7	37,5	77,1
Estado geral de saúde	61,6	47,6	75,8
Vitalidade	54,0	30,4	71,2
Aspectos sociais	47,2	42,4	92,5
Aspecto emocional	25,0	16,6	96,7
Saúde mental	64,4	55,0	77,3

* DAP: doença arterial periférica

Fonte: Dados da pesquisa

Discussão

A úlcera crônica de etiologia arterial é um importante problema de saúde, causada pela insuficiência arterial. É consequência da perfusão tecidual inadequada para os pés ou para as pernas. Isso se deve a um bloqueio total ou parcial do fornecimento do sangue arterial para as pernas e é denominado de doença vascular periférica (19, 20, 21).

O tratamento da úlcera arterial resulta grandes despesas e o custo pessoal dessas doenças crônico-degenerativas se reflete na perda da independência funcional e autonomia. Esta é aqui entendida como independência funcional na capacidade de realizar atividades de vida diária e autonomia na capacidade da pessoa determinar o curso de sua vida, exercício do seu direito à autodeterminação. Nas doenças mais incapacitantes e prevalentes destaca-se hipertensão arterial, diabetes mellitus e demências (19, 20, 21).

Ao analisar os dados sociodemográficos, observou-se que as idades variavam entre 35 e 88 anos, sendo a média de idade de 63 anos. Autores descrevem que a úlcera arterial é freqüente em pacientes idosos com a doença arterial periférica (22, 31).

A longevidade pode ser um problema com repercussão séria nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social e tem importante implicação para a qualidade de vida do indivíduo idoso e seus familiares. Cada ano pode ser marcado por doenças, declínio funcional, aumento de dependência, perda de autonomia, isolamento social e depressão (21, 34, 35).

Estudos descrevem que as úlceras das extremidades inferiores de etiologia arterial ocorrem geralmente em pacientes acima de 50 anos, mas são ocasionalmente observadas em pacientes mais jovens com diabetes mellitus e hiperlipidemia (22, 31).

No presente estudo obteve-se no grupo controle 65% de pacientes hipertensos, 5% de diabéticos e 30% de ambas as doenças crônicas. Elas, porém, mantinham-se estáveis. Embora a grande maioria dos pacientes seja portador de pelo menos uma doença crônica, nem todos ficam limitados por essas doenças e muitos levam vida perfeitamente normal, com as suas doenças controladas e expressam satisfação na vida (21, 31, 32).

Verificou-se neste estudo que a úlcera arterial foi encontrada mais em mulheres (70%) do que em homens (30%); a provável explicação pode ser atribuída às alterações hormonais nas mulheres desencadeadas a partir do climatério. Em mulheres, o aumento da prevalência da úlcera arterial ocorre após a menopausa, pela ausência do efeito protetor do hormônio estrógeno e, além disso, pela maior frequência de diabetes em mulheres nessa faixa de idade. Outra questão é o fato das mulheres viverem mais do que os homens (22).

Quanto à escolaridade, os três grupos encontram-se concentrados no nível fundamental de ensino e existe um expressivo percentual de pessoas sem escolaridade (15%). A falta de instrução pode ser apontada como um dos fatores responsáveis pela ignorância em relação a determinados cuidados com a saúde (32). Tal situação, somada a outros fatores biossociais, culturais e econômicos, pode levar à adoção de um estilo de vida onde são seriamente considerados determinados fatores de risco para a doença arterial, como as doenças crônicas não transmissíveis.

Uma boa parte dos participantes da pesquisa era aposentada (35%). A aposentadoria causa impacto muito grande em relação à saúde dos idosos, afastando-se das atividades laborais, a tendência

é a perda dos contatos sociais e uma deterioração física e intelectual mais acelerada. Os idosos tornam-se quase sempre mais sedentários, conseqüentemente mais expostos às doenças associadas à inatividade física (33).

Com o crescente aumento na longevidade da população, as úlceras arteriais estão se tornando comuns. Elas são para o paciente fontes de dor, inconveniências, frustrações e despesas, já que a cura não é rápida. Para que o tratamento seja bem sucedido, os pacientes devem estar motivados e incluídos no processo do cuidado (34).

Hoje, a qualidade de vida é um tema de pesquisa que não pode ser dispensado na área de saúde, uma vez que os seus resultados contribuem para aprovar e definir tratamentos e avaliar custo-benefício do cuidado prestado.

A qualidade de vida nos pacientes com úlcera arterial ainda é pouco enfatizada. Ao analisar a qualidade de vida de acordo com os domínios do SF-36, observou-se que em relação à *Capacidade funcional*, os pacientes com doença arterial e presença de úlcera estão mais comprometidos do que aqueles sem úlcera. Isso pode estar relacionado ao fato da limitação física, apesar deles sentirem em bom estado de saúde. As limitações decorrentes deste problema —andar, vestir-se, exercícios e outros— também foram observadas. No entanto, pacientes com úlcera, apesar de também ter comprometido a capacidade funcional, vivenciou por mais tempo essa condição se adaptando a ela (21-35).

No domínio *Aspectos físicos*, dos pacientes com úlcera e sem úlcera observou-se que eles demonstraram alterações significantes em relação ao grupo controle. Pode-se observar que a média do grupo controle é bem maior do que os outros dois grupos. Isto é devido ao descontentamento com eles mesmos em estar realizando o seu trabalho ou alguma atividade diária regular.

Em relação ao domínio *Dor*, observou-se que tanto os pacientes com úlcera quanto os sem úlcera apresentaram dor. Os valores dos escores em relação ao grupo controle foram significantes.

As úlceras arteriais tendem a ser mais dolorosas que as úlceras venosas. Essa dor é aumentada com a deambulação e diminuída quando em repouso. É causa de comprometimento do desempenho físico e psíquico com repercussões

negativas na vida de relação, nas atividades laborativas, sociais, familiares e de vida diária. Compromete especialmente o humor, o sono, o apetite, a atividade sexual e o lazer. Gera estresse físico, avalia a percepção do paciente em relação a sua saúde e a expectativa futura (4, 29, 30, 33).

No domínio *Estado geral de saúde*, observou-se que o grupo de pacientes sem úlcera demonstra a insatisfação do seu estado de saúde em relação aos grupos com úlcera e grupo controle. O estado geral de saúde está mais relacionado com a saúde física e um pouco menos com a saúde mental (34).

Observou-se neste estudo que o domínio *Vitalidade* dos participantes mostrou diferença significativa. Detectou-se que o grau de energia e disposição para realizar suas tarefas diárias é maior nos pacientes do grupo controle em relação aos dos grupos com doença arterial —com úlcera e sem úlcera—. Este domínio está relacionado com os aspectos físicos e emocionais, ou seja: a saúde física e emocional interfere de maneira semelhante na disposição do indivíduo de realizar as suas atividades. Disto ressalta-se que parcela da população estava aposentada sem exercer um trabalho remunerado, o que pode ter interferência nos aspectos físicos e emocionais (23-35).

Ao analisar o domínio *Aspectos sociais*, observou-se que houve diferença significativa entre os grupos com úlcera e o grupo controle. Observou-se também que estes estão prejudicados devido à cronicidade da doença. O apoio familiar e de pessoas amigas faz-se necessário, o qual tem grande importância junto ao tratamento desse paciente. Uma doença pode diminuir ou anular a disposição do indivíduo em se relacionar com familiares, amigos, vizinhos e colegas; de participar de atividades sociais, de lazer e de trabalho, atividades estas realizadas de acordo com a faixa etária, gênero, condição física, social e emocional de cada um, assim como descrito em outros estudos (27, 28, 32, 35).

No domínio *Aspecto emocional*, o escore do grupo controle é bem maior do que os outros dois grupos, tornando-o significativo. Este aspecto do SF-36 refere-se às limitações das atividades da vida diária, como consequência de algum problema emocional, como a ansiedade e depressão.

A ansiedade é uma resposta emocional e comportamental que frequentemente acompanha a dor aguda. A ansiedade no doente com dor pode resultar

da doença de base e de toda gama de complicações e consequências dela advinda, da dor em si ou de ambas as situações. A ansiedade pode ser descrita como um sentimento de perigo, vago, impreciso e desagradável; uma ameaça ao bem estar físico ou mental (27, 28, 35).

A depressão agrava a vivência dolorosa. Quando não controlada, interfere significativamente na qualidade de vida do doente, pois ocasiona maior comprometimento do sono, humor e apetite; maior queixa de fadiga e apreciação negativa da vida em si mesmo; e maiores problemas no relacionamento interpessoal (23-26, 34, 35).

Em relação à *Saúde mental*, detectou-se diferença significativa entre os grupos com úlcera arterial e controle para com o grupo sem úlcera. Pode-se observar que a saúde mental está relacionada com a percepção do sentimento de ansiedade, depressão, felicidade e tranquilidade no cotidiano do indivíduo (23-26).

A saúde no idoso significa satisfação e interesse pela vida. Somam-se a várias causas de ansiedade as adaptações para as limitações físicas, emocionais e socioeconômicas, bem como os problemas que frequentemente surgem com o envelhecimento (23-26, 34, 35).

A qualidade de vida está comprometida como um todo nas pessoas com úlcera arterial e o seu escore máximo dos domínios do SF-36 não ultrapassou a média de 64,4, sem ser observado um estudo semelhante com uso do SF-36.

Nas informações obtidas pelo HAQ, observou-se que no componente 1 e 3 não houve diferença estatisticamente significativa. Os resultados revelam que os entrevistados não apresentam dificuldade para vestir-se, lavar a sua cabeça e os cabelos, cortar um pedaço de carne, levar à boca um copo ou xícara cheia de café, leite ou água, e abrir um saco de leite comum. Estas são atividades diárias que não interferem na vida destas pessoas, uma vez que para isso estão utilizando os membros superiores. Não foram encontrados estudos similares para comparar com os resultados da presente pesquisa.

Nos componentes 2, 4, 6, 7 e 8 que avaliam a capacidade funcional observou-se diferença estatística. Isto revela que os pacientes com úlcera e sem úlcera apresentaram alguma dificuldade de realizar suas atividades da vida diária em relação ao

grupo controle. No componente 5, os três grupos de estudo apresentaram diferença estatística, o qual indica que eles são capazes de fazer suas atividades como lavar o seu corpo inteiro e secá-lo após o banho, sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário, porém com certa dificuldade.

A capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde. Saúde, dentro dessa nova ótica, passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Qualquer uma dessas dimensões, se comprometida, pode afetar a capacidade funcional de um idoso, em especial com doença crônica (27, 28).

Conclusão

Na avaliação da capacidade funcional por meio do HAQ, os pacientes com DAP, com ou sem UA, apresentaram escores nos componentes que indicam maior dificuldade para realizar transferências para cadeira e cama, caminhar, subir degraus, tomar banho, utilizar o vaso sanitário, pegar e elevar objetos, entrar, manter-se em pé e sair de transporte público, abrir potes e torneiras, fazer compras e utilizar utensílios de limpeza quando comparados aos resultados do grupo sem doença arterial.

A média dos escores dos domínios do SF-36 indicaram níveis baixos de QV nos pacientes com DAP e bons níveis de QV nas pessoas sem a doença. Os pacientes com DAP, com ou sem lesões, apresentaram escores de QV menores nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos sociais e aspecto emocional quando comparados com o grupo sem DAP.

Esse estudo teve como limite a pequena amostra, devido à baixa ocorrência dessas úlceras na população. Torna-se necessário o desenvolvimento de novos estudos para poder comparar os resultados com pesquisas em outras regiões e culturas diferentes.

Referências

(1) Hiatt WR, Goldstone J, Smith SC Jr, McDermott M, Moneta G, Oka R *et al.* Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Symposium II: nomenclature for vascular

diseases. *Circulation* [serial on the Internet]. 2008 [access:2016 Nov 26]; 118(25):2826-2829. Available from: doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.191171

(2) Grenon SM, Vittinghoff E, Owens CD, Conte MS, Whooley M, Cohen BE. Peripheral artery disease and risk of cardiovascular events in patients with coronary artery disease: insights from the Heart and Soul Study. *Vasc Med* [serial on the Internet]. 2013 [access:2016 Nov 26];18(4):176-184. Available from: doi: 10.1177/1358863X13493825

(3) Antonopoulos S, Kokkoris S, Stasini F, Mylonopoulou M, Lepeniotis G, Mikros S *et al.* High prevalence of subclinical peripheral artery disease in Greek hospitalized patients. *Eur J Intern Med.* 2005;16(3):187-191.

(4) Wann-Hansson C, Hallberg IR, Klevs-gård R, Andersson E. Patients' experiences of living with peripheral arterial disease awaiting intervention: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2005;42(8):851-862.

(5) Lacroix P, Aboyans V, Voronin D, Le Guyader A, Cautrès M, Laskar M. High prevalence of undiagnosed patients with peripheral arterial disease in patients hospitalised for non-vascular disorders. *Int J Clin Pract.* 2008;62(1):59-64.

(6) Fowkes FG, Rudan D, Rudan I, Aboyans V, Denenberg JO, McDermott MM *et al.* Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis [serial on the Internet]. *Lancet.* 2013 [access:2016 Nov 26];382(9901):1329-1340. Available from: doi: 10.1016/S0140-6736(13)61249-0

(7) Reynolds S, Galiñanes EL, Dombrovskiy VY, Vogel TR. Longitudinal outcomes after tibioperoneal angioplasty alone compared to tibial stenting and atherectomy for critical limb ischemia. *Vasc Endovascular Surg* [serial on the Internet]. 2013 [access:2016 Nov 26]; 47(7):507-12. Available from: doi: 10.1177/1538574413495467

(8) Spentzouris G, Labropoulos N. The evaluation of lower-extremity ulcers. *Semin Intervent Radiol.* 2009;26(4):286-295.

- (9) Cooper R. Managing chronic oedema in a patient with arterial disease and leg ulceration. *Br J Community Nurs* [serial on the Internet]. 2016 [access:2016 Nov 26]; 21(Suppl 4):16-22. Available from: doi: 10.12968/bjcn.2016.21.Sup4.S16
- (10) Bartholomew JR, Olin JW. Pathophysiology of peripheral arterial disease and risk factors for its development. *Cleve Clin J Med* 2006;73(Suppl 4):8-14.
- (11) Korhonen M, Halmesmäki K, Lepäntalo M, Venermo M. Predictors of failure of endovascular revascularization for critical limb ischemia. *Scand J Surg*. 2012;101(3):170-176.
- (12) Greer N, Foman N, Dorrian J, Fitzgerald P, MacDonald R, Rutks I et al. Advanced wound care therapies for non-healing diabetic, venous, and arterial ulcers: a systematic review [report on the Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs; 2012 [access: 2016 Nov 19]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0054957/pdf/PubMedHealth_PMH0054957.pdf
- (13) Gerhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C, Barshes NR, Corriere MA, Drachman DE et al. 2016 AHA/ACC guideline on the management of patients with lower extremity peripheral artery disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. *Circulation* [serial on the Internet]. 2016 [access:2016 Nov 26]; [Epub ahead of print]. Available from: pii: CIR.0000000000000471
- (14) Ferraz MB, Oliveira LM, Araújo PM, Atra E, Tugwell P. Crosscultural reliability of the physical ability dimension of the health assessment questionnaire. *J Rheumatol*. 1990;17(6):813-817.
- (15) Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1199-1207.
- (16) The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-1409.
- (17) Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum*. 1980;23(2):137-45.
- (18) Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-483.
- (19) Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-150.
- (20) Sultan S, Hamada N, Soylu E, Fahy A, Hynes N, Tawfick W. Sequential compression biomechanical device in patients with critical limb ischemia and nonreconstructible peripheral vascular disease. *J Vasc Surg* [serial on the Internet]. 2011 [access:2016 Nov 26];54(2):446-447. Available from: doi: 10.1016/j.jvs.2011.02.057
- (21) Furtado KA. Úlceras de perna: tratamento baseado na evidência. *Revista Nursing*. 2003;176:14-23.
- (22) Bright LD, Georgi S. CE credit: peripheral vascular disease: is it arterial or venous? *Am J Nurse*. 1992;92(9): 34-43/45-47.
- (23) Thompson MM, Sayers RD, Reid A, Underwood MJ, Bell PR. Quality of life following infragenicular bypass and lower limb amputation. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 1995;9(3):310-313.
- (24) Albers M, Fratezi AC, DeLuccia N. Walking ability and quality of life as outcome measures in a comparison of arterial reconstruction and leg amputation for the treatment of vascular disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 1996;11(3):308-314.
- (25) Johnson BF, Singh S, Evans L, Drury R, Datta D, Beard JD. A prospective study of the effect of limb-threatening ischaemia and its surgical treatment on the quality of life. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 1997;13(3):306-314.
- (26) Chetter IC, Spark JI, Scott DJ, Kent PJ, Berridge DC, Kester RC. Prospective analysis of quality of life in patients following infrainguinal reconstruction for chronic critical ischaemia. *Br J Surg*. 1998;85(7):951-955.

(27) Delis KT, Nicolaides AN. Effect of intermittent pneumatic compression of foot and calf on walking distance, hemodynamics, and quality of life in patients with arterial claudication: a prospective randomized controlled study with 1-year follow-up. *Ann Surg*. 2005;241(3):431-441.

(28) Chang ST, Hsu JT, Chu CM, Pan KL, Jang SJ, Lin PC *et al*. Using intermittent pneumatic compression therapy to improve quality of life for symptomatic patients with infrapopliteal diffuse peripheral obstructive disease. *Circ J*. 2012;76(4):971-976.

(29) McDermott MM, Ades P, Guralnik JM, Dyer A, Ferrucci L, Liu K *et al*. Treadmill exercise and resistance training in patients with peripheral arterial disease with and without intermittent claudication: a randomized controlled trial. *JAMA* [serial on the Internet]. 2009 [access:2016 Nov 26];301(2):165-174. Available from: doi:10.1001/jama.2008.962

(30) Lindgren H, Gottsäter A, Qvarfordt P, Bergman S. All cause chronic widespread pain is common in patients with symptomatic peripheral arterial disease and is associated with reduced health related quality of life. *Eur J Vasc Endovasc Surg* [serial on the Internet]. 2016 [access:2016 Nov 26];52(2):205-210. Available from: doi:10.1016/j.ejvs.2016.05.004

(31) Gamba MA. Úlcera arterial. Em: Jorge AS, Dantas SR (Organizadores). *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu; 2005. pp. 241-246.

(32) Scholz MR. Deficiências e incapacidades de pessoas com doença arterial oclusiva crônica em membros inferiores. [Tese de Doutorado] São Paulo: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo; 1999.

(33) Pimenta CA, Teixeira MJ. Dor no idoso. Em: Duarte YA, Diogo MJ (Organizadores). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. pp. 373-419.

(34) Eliopoulos C. *Enfermagem gerontológica*. 5ª edição. São Paulo: Artmed; 2001.

(35) Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. Em: Freitas EV, Py L (Eds.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. pp. 72-78.

Política editorial

Ética en la publicación científica

La revista *Avances en Enfermería* define los siguientes criterios y recomendaciones relacionados con la ética en la publicación de artículos científicos:

1. Criterios generales

- 1.1. Los manuscritos deben contener suficiente detalle y referencias que permitan replicar o rebatir el estudio.
- 1.2. Las declaraciones fraudulentas o deliberadamente inexactas constituyen un comportamiento anti-ético.
- 1.3. Si el estudio incluye productos químicos, procedimientos o equipos que tienen cualquier riesgo inusual inherente a su uso, el autor debe identificarlos claramente al interior del artículo.
- 1.4. Si el estudio implica el uso de animales o de seres humanos, el autor debe asegurarse de que el artículo contenga una declaración que haga explícito que se realizaron todos los procedimientos de conformidad con los lineamientos y con la normativa ética.
- 1.5. Se deben respetar los derechos de privacidad de los seres humanos.

2. Autoría

Criterios:

- 2.1. Un *autor* es la persona que ha hecho una contribución intelectual significativa al estudio. Así, todas las personas nombradas como *autores* deben reunir los requisitos de autoría y todos aquellos que los reúnan deben ser mencionados de forma explícita.
- 2.2. Se deben cumplir colectivamente tres criterios básicos para ser reconocido como autor:
 - a) Contribución sustancial a la concepción y al diseño, adquisición de datos, análisis e interpretación del estudio.
 - b) Redacción o revisión del contenido intelectual.
 - c) Aprobación de la versión final.
- 2.3. El orden de la autoría debe ser una decisión conjunta de los coautores.
- 2.4. Las personas que participen en un estudio pero que no se ajusten a los criterios de autoría deben aparecer como *colaboradores* o *personas reconocidas*.
- 2.5. Hay tres tipos de autorías que se consideran inaceptables: autores *fantasma*, que contribuyen sustancialmente pero no son reconocidos —son a menudo pagados por promotores comerciales—; autores *invitados*, que no hacen ninguna contribución discernible pero se nombran para aumentar las posibilidades de publicación; y autorías *honorarias*, que se basan únicamente en una afiliación tenue con un estudio.

Recomendaciones:

- 2.6. Antes de iniciar la investigación, se recomienda documentar la función y la manera como se reconocerá la autoría de cada investigador.
- 2.7. No se debe mentir sobre la participación de una persona en la investigación o en la publicación. Si su contribución es considerada *sustancial*, se justifica la autoría, bien sea como *autor* o como *colaborador*.
- 2.8. No se debe asignar una autoría sin contar con el consentimiento de la persona.

- 2.9. Todas las personas nombradas como autores deben reunir los requisitos de autoría y todos aquellos que reúnan los requisitos deben aparecer como *autores* o *colaboradores*.
- 2.10. Algunos grupos colocan los autores por orden alfabético, a veces con una nota para explicar que todos los autores hicieron contribuciones iguales al estudio y a la publicación.
- 4.3. Los conflictos también pueden existir como resultado de relaciones personales, la competencia académica y la pasión intelectual. Por ejemplo; un investigador que tenga:
- Algún tipo de interés personal en los resultados de la investigación.
 - Opiniones personales que están en conflicto directo con el tema que se esté investigando.

3. Cambios en la autoría

Criterios:

- Hace referencia a la adición, supresión o reorganización de los nombres de autor en la autoría de un artículo aceptado.
- Las peticiones de añadir o eliminar un autor, o para reorganizar los nombres de los autores deben ser enviados por el autor correspondiente del artículo aceptado y deben incluir:
 - La razón por la cual debe ser añadido o eliminado, o los nombres de los autores reorganizados.
 - La confirmación por escrito (por *e-mail*) de todos los autores que están de acuerdo con la adición, supresión o reorganización. En el caso de adición o eliminación de los autores, se debe incluir la confirmación de que el autor sea añadido o eliminado.

4. Conflicto de intereses

Criterios:

- Cuando un investigador o autor tenga alguna opinión o interés financiero/personal que pueda afectar su objetividad o influir de manera inapropiada en sus actos, existe un posible *conflicto de intereses*. Los conflictos pueden ser reales o potenciales.
- Los conflictos de intereses más evidentes se asocian a las relaciones financieras, que pueden ser:
 - Directas*: empleo, propiedad de acciones, becas, patentes.
 - Indirectas*: honorarios, asesorías a organizaciones promotoras, propiedad de fondos de inversión, testimonio experto pagado.

Recomendaciones:

- Revelar si se está en algún conflicto real o potencial de intereses que influya de forma inapropiada en los hallazgos o resultados del trabajo presentado, dentro de los tres (3) años de haber empezado el trabajo presentado, que podría influir indebidamente —sesgar— el trabajo.
- Revelar el papel de uno o varios promotores del estudio —si los hubiere—, en el diseño del estudio, en la recopilación, análisis e interpretación de los datos, en la redacción del informe y en la decisión de presentar el documento para su publicación.
- Los investigadores no deben entrar en acuerdos que interfieran con su acceso a todos los datos y su capacidad de analizarlos de forma independiente; así como tampoco de preparar y publicar los manuscritos.
- Al presentar un documento, se debe hacer una declaración —con el encabezamiento “Papel que ha tenido la fuente de financiación”— en una sección separada del texto y colocarse antes de la sección *Referencias*.
- Algunos ejemplos de posibles conflictos de intereses que deben ser revelados incluyen empleo, consultoría, propiedad de acciones, honorarios, testimonio experto remunerado, solicitudes de patentes/registros y subvenciones u otras financiaciones.
- Todas las fuentes de apoyo financiero para el proyecto deben ser revelados.
- Se debe describir el papel del patrocinador del estudio.

5. Publicación duplicada

Criterios:

- 5.1. Los autores tienen el compromiso de comprobar que su artículo sea basado en una investigación original, es decir: nunca publicada anteriormente. El envío o reenvío intencional de su trabajo a otra publicación, generando una duplicación, se considera un incumplimiento de la ética editorial.
- 5.2. Se produce una publicación duplicada o múltiple cuando dos o más artículos, sin hacerse referencias entre sí, comparten esencialmente las mismas hipótesis, datos, puntos de discusión o conclusiones. Esto puede ocurrir en diferentes grados: duplicación literal, duplicación parcial pero sustancial o incluso duplicación mediante parafraseo.
- 5.3. Uno de los principales motivos por los que la publicación duplicada de investigaciones originales se considera no ético es porque puede dar lugar a una *ponderación inadecuada* o a un *doble recuento involuntario* de los resultados de un estudio único, lo que distorsiona las pruebas disponibles.

Recomendaciones:

- 5.4. Los artículos enviados para su publicación deberán ser originales y no deberán enviarse a otra revista. En el momento del envío, los autores deberán revelar los detalles de los artículos relacionados —también cuando estén en otro idioma—, artículos similares en prensa y traducciones.
- 5.5. Aunque un artículo enviado esté siendo revisado, es necesario indagar por su estado, tomar la decisión de continuar o no en el proceso y en caso de retirarlo, ponerse en contacto con otra revista sólo si la primer editorial no publicará el artículo.
- 5.6. Evite enviar un artículo previamente publicado a otra revista.
- 5.7. Evite enviar artículos que describan esencialmente la misma investigación a más de una revista.
- 5.8. Indique siempre los envíos anteriores —incluidas las presentaciones de reuniones y la inclusión de resultados en registros— que pudieran considerarse una publicación duplicada.
- 5.9. Evite escribir sobre su propia investigación en dos o más artículos desde diferentes ángulos o sobre diferentes aspectos de la investigación sin mencionar el artículo original.

5.10. Se considera una conducta no recomendable crear varias publicaciones a partir de investigaciones no multicéntricas.

5.11. Si desea enviar su artículo a una revista que se publica en un país diferente o en un idioma diferente, solicite información a la editorial y los lineamientos al respecto.

5.12. En el momento del envío, indique todos los detalles de artículos relacionados en un idioma diferente y las traducciones existentes.

6. Reconocimiento de las fuentes

Criterios:

- 6.1. Los autores deben citar las publicaciones que han sido influyentes en la determinación de la naturaleza del trabajo presentado.
- 6.2. La información obtenida de forma privada no debe ser usada sin explícito permiso escrito de la fuente.
- 6.3. La reutilización de las tablas o figuras requiere del permiso del autor y de la editorial, lo cual debe mencionarse de manera adecuada en la leyenda de la tabla o de la figura.
- 6.4. La información obtenida en el transcurso de servicios confidenciales, como manuscritos arbitrales o solicitudes de subvención, no debe ser utilizada sin el permiso explícito y por escrito del autor de la obra involucrada en estos servicios.

7. Fraude científico

Criterios:

- 7.1. El fraude en la publicación científica hace referencia a la presentación de datos o conclusiones falsos o bien que no fueron generados a través de un proceso riguroso de investigación.
- 7.2. Existen los siguientes tipos de fraude en la publicación de resultados de investigación:
 - a) Fabricación de datos: invención de datos y resultados de investigación para después comunicarlos.
 - b) Falsificación de datos: la manipulación de materiales de investigación, imágenes, datos, equipos o procesos. La falsificación incluye la modificación

u omisión de datos o resultados de tal forma que la investigación no se representa de manera precisa. Una persona podría falsificar datos para adecuarla al resultado final deseado de un estudio.

Recomendaciones:

- 7.3. Antes de realizar el primer envío de un artículo, lea cuidadosamente las políticas editoriales y de datos de la revista.
- 7.4. Nunca modifique u omita datos de forma intencional. Esto incluye materiales de investigación, métodos de análisis, procesos, equipos, tablas, citas y referencias bibliográficas.
- 7.5. Tanto la fabricación como la falsificación de datos son formas de conducta incorrecta graves, porque ambas resultan en publicaciones científicas que no reflejan con precisión la verdad observada.
- 7.6. El autor debe hacer una gestión adecuada de los datos que soportan la investigación, teniendo especial cuidado en la recopilación, producción, conservación, análisis y comunicación de los datos.
- 7.7. Mantenga registros minuciosos de los datos en bruto, los cuales deberán ser accesibles en caso de que un editor los solicite incluso después de publicado el artículo.

8. Plagio

Criterios:

- 8.1. El plagio es una de las formas más comunes de conducta incorrecta en las publicaciones. Sucede cuando uno de los autores hace pasar como propio el trabajo de otros sin permiso, mención o reconocimiento. El plagio se presenta bajo formas diferentes, desde la copia literal hasta el parafraseado del trabajo de otra persona, incluyendo datos, ideas, conceptos, palabras y frases.
- 8.2. El plagio tiene diferentes niveles de gravedad, como por ejemplo:
 - a) Qué cantidad del trabajo de otra persona se tomó —varias líneas, párrafos, páginas, todo el artículo—.
 - b) Qué es lo que se copió —resultados, métodos o sección de introducción—.

8.3. El plagio en todas sus formas constituye una conducta no ética en el ámbito editorial y académico, lo cual es inaceptable.

8.4. La copia literal sólo es aceptable si se indica la fuente e incluye el texto copiado con los signos de citación adecuados.

Recomendaciones:

- 8.5. Recuerde siempre que es esencial reconocer el trabajo de otros —incluido el trabajo de su asesor o su trabajo previo— como parte del proceso.
- 8.6. No reproduzca un trabajo palabra por palabra, en su totalidad o en parte, sin permiso y mención de la fuente original.
- 8.7. Mantenga un registro de las fuentes utilizadas al investigar y dónde las utilizó en su artículo.
- 8.8. Asegúrese de reconocer completamente y citar de forma adecuada la fuente original en su artículo.
- 8.9. Cuando haga referencia a la fuente, evite utilizar el trabajo de otras personas palabra por palabra salvo que lo haga entre comillas y sólo si es estrictamente necesario.
- 8.10. El parafraseado sólo es aceptable si se indica correctamente la fuente y se asegura de no cambiar el significado de la intención de la fuente.
- 8.11. Incluya entre comillas y cite todo el contenido que haya tomado de una fuente publicada anteriormente, incluso si lo está diciendo con sus propias palabras.

9. Fragmentación

Criterios:

La *fragmentación* consiste en dividir o segmentar un estudio grande en dos o más publicaciones.

- 9.1. Se considera una práctica inaceptable que los *fragmentos* de un estudio dividido compartan las mismas hipótesis, muestra y métodos.
- 9.2. El mismo *fragmento* no se debe publicar más de una vez. El motivo es que la fragmentación puede dar lugar a una distorsión de la literatura, haciendo creer equivocadamente a los lectores que los datos presentados en cada *fragmento* —es decir, *cada artículo*— se derivan de una muestra de sujetos diferente. Esto no solamente sesga la base de datos científica, sino que

también crea una repetición ambigua a los editores y revisores, que deben ocuparse de cada trabajo por separado. Además, permite que se infle el número de referencias donde aparece citado el autor.

Recomendaciones:

- 9.3. Evite fraccionar inapropiadamente los datos de un solo estudio en dos o más trabajos.
- 9.4. Cuando presente un trabajo, sea transparente en el proceso. Envíe copias de los manuscritos estrechamente relacionados al manuscrito en cuestión. Esto incluye manuscritos publicados, enviados recientemente o ya aceptados.

10. Consentimiento informado

Criterios:

- 10.1. Los estudios sobre pacientes o voluntarios requieren la aprobación de un comité de ética.
- 10.2. El consentimiento informado debe estar debidamente documentado.
- 10.3. Los permisos y las liberaciones deben ser obtenidos cuando un autor desea incluir detalles de caso u otra información personal o imágenes de los pacientes y cualquier otra persona.
- 10.4. Debe tenerse cuidado con la obtención del consentimiento respecto a los participantes, en particular con la población vulnerable; por ejemplo: cuando un niño tiene necesidades especiales o problemas de aprendizaje. Debe recordarse que el uso de fotografías de los participantes o declaraciones explícitas —partes de entrevista— deben contar con la autorización por escrito de los implicados o responsables legales.

11. Corrección de artículos publicados

Criterio:

- 11.1. Cuando un autor descubre un error o una inexactitud significativa en el trabajo publicado, es obligación del autor notificar de inmediato a la revista y cooperar en el proceso de corrección.

Bibliografía

Black, William, Rodolfo Russo y David Turton. "The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes". *Physics Letters B* 694, n.o 3 (noviembre de 2010):246-51.

Elsevier. "Autoría. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0010/183394/ETHICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf.

———. "Conflicto de intereses. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0006/183399/ETHICS_ES_coi01a_updatedURL.pdf.

———. "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0019/183403/ETHICS_ES_SSV01a_updatedURL.pdf.

———. "Ethics. Conducting research". Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>.

———. "Ethics. Writing an article". Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>.

———. "Fragmentación. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0018/183402/ETHICS_ES_SS01a_updatedURL.pdf.

———. "Fraude en investigación. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0017/183401/ETHICS_ES_RF01a_updatedURL.pdf.

———. "Plagio. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0016/183400/ETHICS_ES_PLA01a_updatedURL.pdf.

Instrucciones para los autores

La revista *Avances en Enfermería* de la Universidad Nacional de Colombia se publica cuatrimestralmente y recibe artículos en español, portugués e inglés. Al enviar los artículos para publicación, tenga en cuenta los aspectos relacionados con el proceso:

Tipos de artículos para publicación (según Colciencias)

1. Artículo de investigación científica y tecnológica. Documento original que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos de investigación. La estructura generalmente utilizada contiene cuatro apartes importantes: Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Discusión. Número mínimo de referencias: 25.

2. Artículo de reflexión. Documento que presenta resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales. Número mínimo de referencias: 25

3. Artículo de revisión. Documento que resulta de una investigación en la cual se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de mínimo 60 referencias.

Otras contribuciones no derivadas de investigación

1. Editorial. Documento escrito por el/la Editor/a Jefe, un/a Editor/a Asociado/a, un miembro del Comité Editorial o un/a investigador/a invitado/a sobre orientaciones en el dominio temático de la revista.

2. Documento de reflexión no derivado de investigación. Documento tipo ensayo que no es producto de una investigación. Utiliza la perspectiva analítica del autor sobre un tema específico a partir de fuentes originales. Número mínimo de referencias: 25.

3. Reporte de caso (Situaciones de enfermería). Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos. Número mínimo de referencias: 15.

4. Traducción. Traducciones de textos clásicos o de actualidad o transcripciones de documentos históricos o de interés particular en el dominio de publicación de la revista.

5. Reseña bibliográfica. Síntesis concreta con una visión crítica de una publicación estilo libro que describe la importancia, los aspectos destacados y los aportes particulares de la publicación.

Criterios de elegibilidad de los artículos

El material que se ponga a consideración del Comité Editorial debe cumplir con los siguientes criterios:

1. Claridad y precisión en la escritura: La redacción del documento debe proporcionar coherencia al contenido y claridad al lector.

2. Originalidad: El documento debe ser original, es decir: producido directamente por su autor, sin imitación de otros documentos.

3. Objetividad y validez: Las afirmaciones deben basarse en datos e información válida.

4. Importancia y aportes al conocimiento: El documento hace aportes interesantes al estado del arte del objeto de estudio.

Información del autor

Los artículos deben ser enviados únicamente a través del sistema ojs (Open Journal System):

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm>

El autor de un artículo debe remitirlo con una carta en la cual indique su dirección, teléfono y correo electrónico vigente. Si el artículo es de varios autores, debe identificarse la contribución de cada autor al trabajo. Para el caso de los informes de investigación, el investigador principal

asumirá la responsabilidad sobre la integridad y confiabilidad de los datos acopiados. Si la autoría de un artículo es grupal, se debe designar uno o más autores para que asuman la responsabilidad en nombre del grupo. En este caso, los otros miembros no son autores, y se listan en los reconocimientos. Al presentar a consideración del Comité Editorial un artículo, su autor acepta que:

- En ningún caso recibirá pago por la inclusión de su documento en la publicación.
- No podrá presentar el mismo documento a consideración de comités de otras publicaciones hasta tanto no obtenga respuesta escrita de la decisión tomada en relación con la aceptación o rechazo de su artículo.
- De publicarse, su artículo se convierte en propiedad permanente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y no podrá ser publicado en otro medio sin permiso escrito de su autor y de la Universidad.

Proceso de elección y revisión de artículos

El procedimiento para la revisión y posterior elección de los artículos a incluir en la revista *Avances en Enfermería* es el siguiente:

1. Una vez sometidos a través del sistema *ojs*, todos los artículos remitidos al Comité Editorial son revisados inicialmente por el/la Editor/a Asistente para verificar que cumplan con los elementos formales que se solicitan en las *Instrucciones para los autores*. De no cumplir con estos criterios, el documento será rechazado para continuar con el proceso de evaluación. Si las falencias son mínimas, el manuscrito será enviado a su/s autor/es con indicación de corregirlas antes de seguir el proceso.
2. Si cumple con los requisitos formales, el documento será sometido al sistema anti-plagio de la revista y se le hará un exhaustivo seguimiento de las referencias bibliográficas, luego de lo cual el/los autor/es recibirá/n una notificación de recibido por medios electrónicos.
3. Acto seguido, el artículo se remite al Comité Editorial para que designe dos (2) pares evaluadores para su revisión: uno de ellos docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y otro externo a ésta —nacional o internacional—, los cuales

deben ser expertos en el tema que trata el artículo. Si el artículo es evaluado positivamente por un evaluador y negativamente por otro, se designa uno tercero, y con base en su concepto se decide la inclusión del documento en la publicación. La identidad del autor de un artículo no se revela a los pares evaluadores y tampoco la de éstos al primero. El plazo para la emisión de conceptos que se dan a los pares evaluadores será de quince (15) días calendario y será notificada a cada par evaluador la fecha estimada de recepción del concepto.

4. Con base en los conceptos de los pares evaluadores, el Comité Editorial define si se publicará o no. En cualquiera de los casos, el autor recibe una comunicación electrónica en la que se le indican los conceptos de los pares evaluadores, se señala la decisión tomada y, de ser aceptado, se le informan las sugerencias y cambios a que haya lugar antes de publicar el artículo.
5. Recibidos los cambios hechos por el autor, el Comité Editorial remite el documento a un corrector de estilo o editor de documentos. Hecha la edición correspondiente, el artículo es devuelto al autor para que dé su aprobación en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles. El autor debe enviar la autorización y señalar con precisión los cambios que no acepta, puesto que con esto se hace responsable de todas las afirmaciones que haga en su artículo, incluyendo las que han sido sometidas a cambios por el/la corrector/a de estilo o Editor/a Asistente.
6. Si cinco (5) días hábiles después de la recepción del documento el autor no se pronuncia al respecto, el Comité Editorial asumirá que acepta los cambios editoriales que se hicieron sobre el manuscrito.
7. El autor debe enviar al Comité Editorial sus datos en el formato *Publindex*.

Requisitos para la presentación de artículos

La revista *Avances en Enfermería* y su contenido son propiedad de la Universidad Nacional de Colombia. Antes de remitir un documento, verifique que cumpla con las siguientes especificaciones:

- Certificados de Cesión de Derechos y Originalidad: los artículos deberán ser remitidos con una hoja de vida de los autores y una carta manifestando que los materiales para publicación son inéditos, es decir, originales, y que ceden todos los derechos patrimoniales del artículo a la Universidad Nacional de Colombia. Para esto, deben diligenciar los formatos en la lista de comprobación para la preparación de envíos, haciendo click en el siguiente enlace: www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/about/submissions#authorGuidelines.
- El documento no debe excederse de las 5 000 palabras ni 25 páginas (7 000 palabras ni 30 páginas si es artículo de revisión) tamaño carta, debe estar escrito en letra Times New Roman tamaño 12, a doble espacio, con márgenes de 2,5 en los 4 lados.
- Las páginas del documento deben estar numeradas.

Portada

Título: Debe aparecer el *título*, el cual debe ser preciso, no tener más de 80 caracteres y venir en español, inglés y portugués. Dentro del texto no debe describirse la presentación del/los autor/es, sino incluirse en un archivo aparte y constar de: nombres y apellidos completos, formación académica, cargo actual e instituciones a las que está/n vinculado/s, dirección electrónica vigente para contactarlo/s, ciudad y país.

Resumen: El artículo incluirá un *resumen* en español, inglés y portugués y no debe contener más de 250 palabras. Debe plasmar el objetivo, los puntos centrales y las conclusiones del artículo. En caso de artículos originales, el resumen debe estar estructurado por los apartados Objetivo, Metodología, Resultados y Conclusiones. Para artículos de revisión, de reflexión y traducciones, el resumen debe incluir objetivo, síntesis del contenido y conclusión.

Palabras clave (o descriptores): Se deben incluir de 3 a 5 descriptores o palabras clave en el idioma original, que correspondan a los DECS (BIREME). Consultar: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

Nota: El documento no debe señalar nombres comerciales de medicamentos, equipos o materiales, a menos que sea estrictamente necesario.

Ayudas y subvenciones

Si el trabajo es derivado de investigación se debe incluir el nombre de la investigación original. Para el caso de investigaciones que hayan tenido patrocinio o subvención de instituciones, se debe adicionar esta información.

Lineamientos generales para la estructuración y presentación de artículos originales (formato IMRYD)

1. Introducción: En esta sección el autor debe incluir el problema, el objetivo o propósito del estudio y la argumentación lógica.

2. Materiales y Métodos: Incluye el tipo de estudio, el fenómeno estudiado, las medidas, los análisis de datos y el proceso de selección de la muestra del estudio, especificando el tiempo y el lugar. También, instrumentos utilizados y métodos de análisis empleados. Si es el caso, los aspectos éticos contemplados en el estudio y la aprobación del Comité de Ética correspondiente.

3. Resultados: Deberán ser presentados en forma lógica, con las directrices del propósito y con las respuestas a la pregunta de estudio. Deben contener los datos y sus respectivos análisis. En el caso que se utilicen tablas, cuadros, gráficas e imágenes, éstos deben estar numerados de acuerdo a como han sido citados en el texto, contener su respectivo título, el cual será breve y claro, y la fuente de la información. Además, las gráficas, diagramas, imágenes, dibujos lineales, mapas y fotografías deberán presentarse en el programa original que se utilizó para elaborarlas (*Excel, Word, Power Point, Paint, etc.*).

4. Discusión: En ésta se destacarán las consideraciones nuevas y más importantes de la investigación, además de las conclusiones que de ella surjan. Deberá dar cuenta de las interpretaciones del autor y de las explicaciones en relación con sus hipótesis originales y con las fuentes bibliográficas estudiadas, las cuales deberán ser consistentes con la investigación. Podrá incluir las implicaciones para la práctica clínica y las recomendaciones para futuros estudios.

5. Referencias: La revista *Avances en Enfermería* sigue las orientaciones sobre referencias bibliográficas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, por lo cual se exige que el manuscrito se complemente estrictamente con las *Normas Vancouver*. Consultar: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

De acuerdo a los requerimientos de indexación en cuanto a la vigencia y calidad de la bibliografía, en la lista de referencias sólo se aceptará un 20% de la denominada "Literatura Gris" (libros, capítulos de libros, tesis, disertaciones, memorias, guías, informes, reportes, manuales, datos estadísticos, leyes, auto-citas, citas de otras citas, etc.), es decir: todas aquellas referencias que no provengan de artículos de investigación publicados en revistas indexadas. Así mismo, es necesario que las referencias de revistas indexadas procedan de artículos de no más de 5 años de publicación. El manuscrito enviado deberá tener el número mínimo de referencias exigido por la revista, conforme la sección (tipo de artículo) en la que se haya incluido. El Equipo de Redacción hará un exhaustivo seguimiento de estos requerimientos, resultado que determinará si el manuscrito continúa el proceso, si es necesario realizar ajustes de referencias o incluso si debe ser rechazado.

Las referencias bibliográficas deberán numerarse consecutivamente, entre paréntesis y en tamaño normal, de acuerdo al orden de aparición de las citas en el texto. A continuación se presentan ejemplos de la forma de presentación de los documentos y referencias respectivas:

- *Artículo de revista*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título del artículo. Título abreviado de la revista. Año;volumen (número);página inicial-final. Cuando el artículo tenga más de seis autores se escribirá después de éstos la abreviatura *et al.*
- *Libros y monografías*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título. Edición. Lugar de publicación (ciudad): editorial y año.
- *Capítulo de un libro*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es del capítulo. Título del capítulo. La palabra "En": director/coordinador/editor/compilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad) : editorial; año. Página inicial del capítulo-página final del capítulo.
- *Ponencias*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es de la ponencia. Título de la ponencia. La palabra "En": título oficial del congreso, simposio o seminario. Lugar de publicación: (ciudad) editorial; año. Página inicial-página final de la ponencia.
- *Artículo de revista en Internet*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es del artículo. Título del artículo. Título abreviado de la revista [revista en Internet]. Año [día mes (abreviado) año de consulta];volumen(número);página inicial-final. "Disponible en: (URL o DOI)"
- *Libro o monografía en Internet*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título [documento en Internet]. Edición (excepto la primera). Lugar de publicación (ciudad): Editorial; fecha de publicación [día mes (abreviado) año de última actualización; día mes (abreviado) año de consulta]. "Disponible en: (URL o DOI)"
- *Material audio visual*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título (CD-ROM, DVD, disquete, según el caso) Edición. Lugar de edición: (ciudad) editorial; año.
- *Documentos legales*: Nombre completo del país de emisión. Nombre de la institución que lo emite. Título de la ley o el decreto, nombre/número del boletín oficial. Fecha de publicación.
- *Tesis de doctorado/maestría*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título de la tesis [tesis de maestría/doctorado]. Lugar de publicación (ciudad): editorial (institución); año.
- *Material no publicado*: hace referencia a los artículos ya aceptados pero pendientes de publicación. El formato es: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título. Nombre de la publicación. "En prensa". Fecha.

Política editorial

Ética na publicação científica

A revista *Avanços em Enfermagem* define os seguintes critérios e recomendações relacionadas com a ética na publicação de artigos científicos:

1. Critérios gerais

- 1.1. Os manuscritos devem conter suficiente detalhe e referências que permitam replicar ou rebater o estudo.
- 1.2. As declarações fraudulentas ou deliberadamente inexatas constituem um comportamento antiético.
- 1.3. Se o estudo incluir produtos químicos, procedimentos ou aparelhos que apresentam qualquer risco inusual inerente a seu uso, o autor deve identificá-los claramente no interior do artigo.
- 1.4. Se o estudo implicar o uso de animais ou de seres humanos, o autor deve garantir que o artigo contenha uma declaração que explicita que se realizaram todos os procedimentos de conformidade com as diretrizes e com a normativa ética.
- 1.5. Devem respeitar-se os direitos de privacidade dos seres humanos.

2. Autoria

Critérios:

- 2.1. Um *autor* é a pessoa que fez uma contribuição intelectual significativa ao estudo. Desta maneira, todas as pessoas nomeadas como *autores* devem reunir os requisitos de autoria e todos aqueles que os reúnem devem ser mencionados de forma explícita.
- 2.2. Devem se cumprir coletivamente três critérios básicos para ser reconhecido como autor:

- a) Contribuição substancial à conceição e ao desenho, aquisição de dados, análises e interpretação do estudo.
 - b) Redação ou revisão do conteúdo intelectual.
 - c) Aprovação da versão final.
- 2.3. A ordem da autoria deve ser uma decisão conjunta dos coautores.
 - 2.4. As pessoas que participem em um estudo, mas que não se ajustem aos critérios de autoria, devem aparecer como *colaboradores* ou *pessoas reconhecidas*.
 - 2.5. Há três tipos de autorias que se consideram inaceitáveis: autores *fantasma*, que contribuem substancialmente, mas não são reconhecidos —são frequentemente pagos por promotores comerciais— ; autores *convidados*, que não fazem nenhuma contribuição discernível, mas que são nomeados para aumentar as possibilidades de publicação; e autorias *honorárias*, que se baseiam unicamente em uma afiliação tênue com um estudo.

Recomendações:

- 2.6. Antes de começar a pesquisa, recomenda-se documentar a função e a maneira como se reconhecerá a autoria de cada pesquisador.
- 2.7. Não se deve mentir acerca da participação de uma pessoa na pesquisa ou publicação. Se sua contribuição for considerada *substancial*, justifica-se a autoria, bem seja como *autor* ou como *colaborador*.
- 2.8. Não se deve atribuir uma autoria sem contar com o consentimento da pessoa.
- 2.9. Todas as pessoas nomeadas como autores devem reunir os requisitos de autoria e todos aqueles que reúnem os requisitos devem aparecer como autores ou colaboradores.
- 2.10. Alguns grupos colocam os autores por ordem alfabética, às vezes com uma nota para explicar que todos os autores fizeram contribuições iguais ao estudo e a publicação.

3. Mudanças na autoria

Critérios:

- 3.1. Faz referência à adição, supressão ou reorganização dos nomes de autor na autoria de um artigo aceito.
- 3.2. As petições de acrescentar ou eliminar um autor, ou para reorganizar os nomes dos autores, devem ser enviados pelo autor correspondente do artigo aceito e devem incluir:
 - a) A razão pela qual deve ser adicionado ou eliminado, ou os nomes dos autores reorganizados.
 - b) A confirmação por escrito (via *e-mail*) de todos os autores que concordam com a adição, supressão ou reorganização. No caso de adição ou eliminação dos autores, deve se incluir a confirmação de que o autor seja adicionado ou eliminado.

4. Conflito de interesses

Critérios:

- 4.1. Quando um pesquisador ou autor tiver alguma opinião, interesse financeiro/pessoal que puder afetar sua objetividade ou influir de maneira inapropriada em seus atos existe um possível *conflito de interesses*. Os conflitos podem ser reais ou potenciais.
- 4.2. Os conflitos de interesses mais evidentes se associam às relações financeiras, que podem ser:
 - a) *Diretas*: emprego, propriedade de ações, bolsas, patentes.
 - b) *Indiretas*: honorários, assessorias a organizações promotoras, propriedade de fundos de investimento, testemunho como especialista pago.
- 4.3. Os conflitos também podem existir como resultado de relações pessoais, a competência acadêmica e a paixão intelectual. Por exemplo, um pesquisador que tenha:
 - a) Algum tipo de interesse pessoal nos resultados da pesquisa.
 - b) Opiniões pessoais eu estão em conflito direto com o tema que se estiver pesquisando.

Recomendações:

- 4.4. Revelar caso estiver em algum conflito real ou potencial de interesses que influa de forma inapropriada nos achados ou resultados do trabalho apresentado, dentro dos três anos de ter começado o trabalho apresentado, que poderiam influir indevidamente —enviesar— o trabalho.
- 4.5. Revelar o papel de um ou vários promotores do estudo —caso houverem—, no desenho de estudo, na recopilação, análise e interpretação dos dados, na redação do informa e na decisão de apresentar o documento para sua publicação.
- 4.6. Os pesquisadores não devem chegar a acordos que interfiram com seu acesso a todos os dados e sua capacidade de analisá-los de forma independente; também não de preparar e publicar os manuscritos.
- 4.7. Ao apresentar um documento, deve-se fazer uma declaração —com o cabeçalho “Papel que teve a fonte de financiamento”— em uma seção separada do texto e colocar-se antes da seção *Referências*.
- 4.8. Alguns dos exemplos de possíveis conflitos de interesses que devem ser revelados incluem empregos, consultoria, propriedade de ações, honorários, testemunho de perito remunerado, solicitações de patentes/registros e subvenções ou outros financiamentos.
- 4.9. Todas as fontes de apoio financeiro para o projeto devem ser reveladas.
- 4.10. Deve-se descrever o papel do patrocinador do estudo.

5. Publicação duplicada

Critérios:

- 5.1. Os autores têm o compromisso de comprovar que seu artigo seja baseado em uma pesquisa original, ou seja: nunca publicada com anterioridade. O envio ou reenvio internacional de seu trabalho a outra publicação, gerando uma duplicação, é considerada um incumprimento da ética editorial.
- 5.2. Produz-se uma publicação duplicada ou múltipla quando dois ou mais artigos, sem se fazer referências entre si, compartilham essencialmente as mesmas hipóteses, dados, pontos de discussão ou conclusões. Isto pode ocorrer em diferentes graus: duplicação literal, duplicação parcial, mas substancial ou inclusive duplicação mediante parafraseio.

- 5.3. Um dos principais motivos pelos quais a publicação duplicada de pesquisas originais considera-se não ético é porque pode gerar uma *ponderação inadequada* ou uma *dupla contagem involuntária* dos resultados de um estudo único, o que distorce as provas disponíveis.

Recomendações:

- 5.4. Os artigos enviados para sua publicação deverão ser originais e não deverão enviar-se a outra revista. No momento do envio, os autores deverão revelar os detalhes dos artigos relacionados —também quando estiverem em outro idioma—, artigos similares na imprensa e traduções.
- 5.5. Ainda que um artigo enviado esteja sendo revisado, é preciso indagar por seu estado, tomar a decisão de continuar ou não com o processo e caso decidirem retirá-lo, entrar em contato com outra revista só caso a primeira editorial não publicar o artigo.
- 5.6. Evite enviar um artigo previamente publicado em outra revista.
- 5.7. Evite enviar artigos que descrevam, essencialmente, a mesma pesquisa a mais de uma revista.
- 5.8. Indique sempre os envios anteriores —incluídas as apresentações de reuniões e a inclusão de resultados em registros— que pudessem considerar-se uma publicação duplicada.
- 5.9. Evite escrever sobre sua própria pesquisa em dois ou mais artigos, desde diferentes ângulos ou sobre diferentes aspectos da pesquisa, sem mencionar o artigo original.
- 5.10. Considera-se uma conduta não recomendável criar várias publicações a partir de pesquisas não multicêntricas.
- 5.11. Deseja-se enviar seu artigo a uma revista que se publique em um país diferente ou em um idioma diferente, solicite informação à editorial e as diretoras que ao respeito possam existir.
- 5.12. No momento do envio, indique todos os detalhes de artigos relacionados em um idioma diferente e as traduções existentes.

6. Reconhecimento das fontes

Critérios:

- 6.1. Os autores devem citar as publicações que sejam influentes na determinação da natureza do trabalho apresentado.
- 6.2. A informação obtida de forma privada não deve ser usada sem permissão explícita da fonte.
- 6.3. A reutilização das tabelas e figuras requer da permissão do autor e da editorial, o que deve mencionar-se adequadamente na legenda da tabela ou da figura.
- 6.4. A informação obtida no transcurso de serviços confidenciais, como manuscritos para arbitragem ou solicitações de subvenção, não deve ser utilizada sem a permissão explícita e por escrito do autor da obra involucrada nestes serviços.

7. Fraude científica

Critérios:

- 7.1. A fraude na publicação científica refere-se à apresentação de dados ou conclusões falsos ou que não foram gerados através de um processo rigoroso de pesquisa.
- 7.2. Existem os seguintes tipos de fraude na publicação de resultados de pesquisa:
- Fabricação de dados: invenção de dados e resultados de pesquisa para depois comunicá-los.
 - Falsificação de dados: a manipulação de materiais de pesquisa, imagens, dados, equipe e processos. A falsificação inclui a modificação ou omissão de dados ou resultados de tal forma que a pesquisa não se representa de uma forma precisa. Uma pessoa poderia falsificar dados para adequá-la ao resultado final desejado de um estudo.

Recomendações:

- 7.3. Antes de realizar o primeiro envio de um artigo, leia cuidadosamente as políticas editoriais e de dados da revista.
- 7.4. Nunca modifique ou omita dados de forma intencional. Isto inclui materiais de pesquisa, métodos de análises, processos, aparelhos, tabelas, citações e referências bibliográficas.

- 7.5. Tanto a fabricação como a falsificação de dados são formas de conduta incorreta e grave, porque as duas resultam em publicações científicas que não refletem com precisão a verdade observada.
- 7.6. O autor deve fazer uma gestão adequada dos dados que suportam a pesquisa, levando especial cuidado na recopilação, produção, conservação, análises e comunicação dos dados.
- 7.7. Mantenha registros minuciosos dos dados em bruto ou não tratados, os que deverão ser acessíveis, caso um editor os solicitar, inclusive depois de publicado o artigo.

8. Plágio

Critérios:

- 8.1. O plágio é uma das maneiras mais comuns de conduta incorreta nas publicações. Acontece quando um dos autores faz passar como próprio o trabalho de outros sem a permissão, menção ou reconhecimento. O plágio se apresenta sob formas diferentes, desde a cópia literal até o parafraseado do trabalho de outra pessoa, incluindo dados, ideais, conceitos, palavras e frases.
- 8.2. O plágio tem diferentes graus de gravidade, por exemplo:
 - a) Que quantidade do trabalho de outra pessoa se tomou —várias linhas, parágrafos, páginas, o artigo inteiro—.
 - b) Que é o que foi copiado —resultados, métodos ou seção de introdução—.
- 8.3. O plágio em todas suas formas constitui uma conduta não ética no âmbito editorial e acadêmico, o que é inaceitável.
- 8.4. A cópia literal só é aceitável se indica-se a fonte e inclui o texto copiado com os signos de citação adequados.

Recomendações:

- 8.5. Lembre-se sempre que é essencial reconhecer o trabalho de outros —incluindo o trabalho de seu assessor ou seu trabalho prévio— como parte do processo.
- 8.6. Não reproduza um trabalho palavra por palavra, em sua totalidade ou em parte, sem autorização e menção da fonte original.

- 8.7. Mantenha um registro das fontes utilizadas ao pesquisar e onde foram usadas em seu artigo.
- 8.8. Certifique-se de reconhecer completamente e citar de forma adequada a fonte original em seu artigo.
- 8.9. Quando faça referência à fonte, evite utilizar o trabalho de outras pessoas palavra por palavra, exceto que o faça entre aspas e só se é estritamente necessário.
- 8.10. O parafraseado só se aceita se indicar-se corretamente a fonte e se garante de não mudar o significado da intenção da fonte.
- 8.11. Inclua entre aspas e cite todo o conteúdo que tenha tomado de uma fonte publicada anteriormente, inclusive se o estiver dizendo com suas próprias palavras.

9. Fragmentação

Critérios:

A *fragmentação* consiste em dividir ou segmentar um estudo grande em duas ou mais publicações.

- 9.1. Considera-se uma prática inaceitável que os *fragmentos* de um estudo dividido compartilhem as mesmas hipóteses, amostra e métodos.
- 9.2. O mesmo *fragmento* não se deve publicar mais de uma vez. O motivo é que a fragmentação pode dar lugar a uma distorção da literatura, fazendo crer equivocadamente aos leitores que os dados apresentados em cada *fragmento* —ou seja: *cada artigo*— derivam-se de uma amostra de sujeitos diferentes. Isto não somente envia a base de dados científica, senão que também cria uma repetição ambígua aos editores e revisores, que devem ocupar-se de cada trabalho por separado. Além disso, permite que se infle o número de referências onde aparece citado o autor.

Recomendações

- 9.3. Evite fracionar inapropriadamente os dados de um só estudo em dois ou mais trabalhos.
- 9.4. Quando apresentar um trabalho, seja transparente no processo. Isto inclui manuscritos publicados, enviados recentemente ou já aceitados.

10. Consentimento informado

- 10.1. Os estudos sobre pacientes ou voluntários requerem a aprovação de um comité de ética.
- 10.2. O consentimento informado deve estar devidamente documentado.
- 10.3. As permissões e as liberações devem ser obtidas quando um autor deseje incluir detalhes de caso ou outra informação pessoal, ou imagens dos pacientes e qualquer outra pessoa.
- 10.4. Deve se levar cuidado com a obtenção do consentimento respeito aos participantes, em particular com a população vulnerável. Por exemplo: quando uma criança tem necessidades especiais ou problemas de aprendizagem. Deve lembrar-se que o uso de fotografias dos participantes ou declarações explícitas —partes de entrevistas— devem contar com a autorização por escrito dos envolvidos ou seus responsáveis legais.

- . “Ethics. Conducting research”. Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>.
- . “Ethics. Writing an article”. Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>.
- . “Fragmentación. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0018/183402/ETHICS_ES_SS01a_updatedURL.pdf.
- . “Fraude en investigación. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0017/183401/ETHICS_ES_RF01a_updatedURL.pdf.
- . “Plagio. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0016/183400/ETHICS_ES_PLA01a_updatedURL.pdf.

11. Correção de artigos publicados

Critério:

- 11.1. Quando um autor descobre um erro ou uma inexactidão significativa no trabalho publicado, é obrigação do autor notificar imediatamente à revista e cooperar no processo de correção.

Bibliografia

- Black, William, Rodolfo Russo y David Turton. “The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes”. *Physics Letters B* 694, n.o 3 (noviembre de 2010):246-51.
- Elsevier. “Autoría. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0010/183394/ETHICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf.
- . “Conflicto de intereses. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0006/183399/ETHICS_ES_COI01a_updatedURL.pdf.
- . “Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication”. Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0019/183403/ETHICS_ES_SSUB01a_updatedURL.pdf.

Instruções para os autores

A revista *Avances en Enfermería* da Universidad Nacional de Colombia é publicada cada quatro meses e recebe artigos em espanhol, português e inglês. Se quiser enviar artigos para publicação, deve levar em conta os aspetos relativos ao processo:

Tipos de artigos para publicação (segundo Colciencias)

1. Artigo de pesquisa científica e tecnológica. Documento original que apresenta detalhadamente os resultados originais de projetos de pesquisa. A estrutura geralmente utilizada inclui quatro partes fundamentais: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusões. Número mínimo de referências: 25.

2. Artigo de reflexão. Documento que apresenta resultados de pesquisa desde uma perspectiva analítica, interpretativa ou crítica do autor, sobre uma questão específica, utilizando fontes originais. Número mínimo de referências: 25.

3. Artigo de revisão. Documento que decorre de uma pesquisa onde se analisam, sistematizam e integramos resultados de pesquisas publicadas ou não publicadas, sobre um campo científico ou tecnológico, visando informar sobre os avanços e as tendências de desenvolvimento nesse campo. A característica principal consiste em apresentar uma cuidadosa revisão bibliográfica de pelo menos 60 referências.

Outras contribuições não derivadas de pesquisas

1. Editorial. Documento escrito pelo/a Editor/a Chefe, um/a Editor/a um membro do Comitê Editorial ou um/a pesquisador/a convidado/a, sobre orientações dentro do campo temático da revista.

2. Documento de reflexão não derivado de pesquisa. Documento tipo ensaio não decorrente de pesquisa, emprega a perspectiva analítica interpretativa ou crítica do autor sobre um tema específico a partir de fontes originais. Número mínimo de referências: 25.

3. Relatório de caso (Situações de enfermagem). Documento que apresenta os resultados de um levantamento sobre uma situação especial a fim de dar a conhecer as experiências técnicas e metodológicas consideradas para um caso específico. Inclui uma revisão sistemática comentada da literatura sobre casos análogos. Número mínimo de referências: 15.

4. Tradução. Traduções de textos clássicos ou atuais ou transcrições de documentos históricos ou de interesse específico no âmbito da publicação da revista.

5. Resenha bibliográfica. Síntese concreta com uma visão crítica de uma publicação estilo livro que descreve a importância, os aspectos destacados e os aportes particulares da publicação.

Crítérios de elegibilidade dos artigos

O material que for colocado para apreciação do Comitê Editorial deve obedecer aos seguintes critérios:

1. Clareza e precisão na redação: A redação do documento deve ser coerente como conteúdo e clara para o leitor.

2. Originalidade: O documento deve ser original, isto é, produzido diretamente por seu autor, sem imitação de outros documentos.

3. Objetividade e validade: As afirmações devem estar baseadas em dados e informação válida.

4. Importância e contribuições ao conhecimento: O documento faz contribuições interessantes para modernizar o tema objeto de pesquisa.

Informação do autor

Os artigos devem ser enviados por meio do sistema *Open Journal System*:

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm>

O autor de um artigo deve encaminhá-lo junto com uma carta que especifique seu endereço, fone e e-mail vigente. Se o artigo é de vários autores, é preciso identificar a contribuição de cada autor no trabalho. No caso dos relatórios de pesquisa, o pesquisador principal assumirá a responsabilidade sobre a integridade e confiabilidade dos dados compilados. Se a autoria de um artigo é grupal,

é preciso nomear um ou mais autores para assumirem a responsabilidade em nome do grupo. Nesse caso, os outros membros não são autores, e serão incluídos na lista de reconhecimentos. Quando um artigo for submetido à apreciação do Comitê Editorial, seu autor aceita que:

- Sob nenhum conceito receberá pagamento algum pela inclusão de seu documento na publicação.
- Não poderá apresentar o mesmo documento à consideração de comitês de outras publicações até não obter resposta escrita sobre a decisão tomada a respeito da aceitação ou recusa de seu artigo.
- Caso o artigo for publicado, ele torna-se propriedade permanente da Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia e não poderá ser publicado em outro meio sem licença escrita do autor e da Universidade.

Processo de seleção e revisão de artigos

O procedimento para eleger os artigos a serem incluídos na revista *Avances en Enfermería* é o seguinte:

1. Todos os artigos encaminhados ao Comitê Editorial da revista são revisados inicialmente pelo/a Editor/a Assistente a fim de verificar o grau de cumprimento com os elementos formais requeridos nas *Instruções para os autores*. Caso o artigo não obedecer esses critérios, o documento será rejeitado para continuar o processo de seleção. Se as falências forem mínimas, o escrito será devuelto ao seu autor, especificando as fraquezas de forma encontradas na primeira avaliação, com indicação de corrigi-las antes de continuar o processo.
2. Caso contrário, quando o artigo cumpre com os requerimentos formais, o documento será submetido ao sistema anti-plágio da revista, e se fará um exaustivo seguimento das referências bibliográficas, depois o/s autor/es receberão uma notificação de recebido por meio eletrônico.
3. Logo depois, o artigo se remite ao Comitê Editorial para designar dois (2) pares avaliadores para sua revisão: um deles docente da Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia e outro pessoal externo à universidade —nacional ou internacional—, ambos com grande saber notório na área do artigo. Se o artigo é avaliado positivamente

por um avaliador e negativamente por outro, designa-se um terceiro, e com base no seu conceito se decide a inclusão do documento na publicação. A identidade do autor do artigo não é revelada aos pares avaliadores e também não a destes ao primeiro. O prazo para a emissão de conceitos que se dão aos pares avaliadores será de quinze (15) dias calendário e será notificada a cada par avaliador a data estimada de recepção do conceito.

4. Com base nos conceitos dos pareceristas avaliadores, o Comitê decide se o artigo será publicado ou não. Em ambos os casos, o autor recebe uma comunicação eletrônica que inclui as opiniões dos pareceristas e a decisão tomada. Se o artigo for aceito, o autor recebe confirmação sobre as sugestões e correções aplicáveis antes de publicar o artigo.
5. Depois de receber as correções aplicadas pelo autor, o Comitê Editorial envia o documento a um corretor de estilo ou editor de documentos. Quando acaba a edição correspondente, o artigo é devolvido ao autor, quem terá prazo de cinco dias úteis para dar a aprovação final. O autor deve enviar a autorização e apontar claramente as correções não aceites, dado que com isso, ele fica responsabilizado por todas as afirmações feitas no artigo, incluindo aquelas que foram mudadas ou corrigidas pelo/a corretor/a de estilo ou Editor/a Assistente.
6. Se nos cinco (5) dias úteis posteriores ao recebimento do documento o autor não se pronunciar ao respeito, o Comitê Editorial entenderá que ele aceita as correções editoriais realizadas.
7. O autor deve enviar seus dados no formato Publin-dex ao Comitê Editorial.

Requisitos para apresentação de artigos

A revista *Avances de Enfermería* e seu conteúdo são propriedade da Universidad Nacional de Colombia. Antes de enviar um documento, verifique a observância com as seguintes especificações:

- Certificados de Atribuição de Direitos e Originalidade: os artigos deverão ser enviados com um curriculum vitae dos autores e uma carta afirmando que os materiais são inéditos, quer dizer, originais, e

que cedem todos os direitos patrimoniais do artigo à Universidad Nacional de Colombia. Para isso devem preencher os formatos na lista de verificação para a preparação de envios, no seguinte enlace: www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/about/submissions#authorGuidelines.

- O documento não excederá 5 000 palavras nem 25 páginas (7 000 palavras e 30 páginas se for artigo de revisão) tamanho carta, escrito em letra Times New Roman corpo 12, espaçamento duplo, com margens de 2,5 nos quatro lados.
- As páginas do documento devem estar numeradas.

Capa

Título: Deve aparecer o título, que deve ser claro, não conter mais de 80 caracteres e estar em espanhol, inglês e português. Dentro do texto NÃO deve descrever-se a apresentação do/s autor/es, já que esta deverá incluir-se em outro arquivo e conter: nomes e sobrenomes completos, titulação acadêmica, cargo atual e vinculação institucional, bem como endereço eletrônico vigente para contatá-lo/s, cidade e país.

Resumo: O artigo deve incluir resumo em Espanhol, Inglês e Português, não deve ter mais de 250 palavras. Nele tem que se encontrar o objetivo, os pontos focais e as conclusões do artigo. Nos artigos originais, o resumo deve ser estruturado de modo a definir o Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusões. Para artigos de revisão, reflexões e traduções, o resumo deve incluir objetivos, uma síntese do conteúdo e conclusão.

Palavras-chave (ou descritores): O artigo deverá incluir de 3 a 5 descritores ou palavras chave no idioma original, que correspondam aos DECS (BIREME). Consultar: <http://decs.bvs.br>

Atenção: O documento NÃO deve apontar os nomes comerciais de medicamentos, equipamentos ou materiais, a menos que seja absolutamente necessário.

Subvenções e subsídios

Se o trabalho for o resultado de uma pesquisa deverá incluir o nome da pesquisa original. Para o caso das pesquisas que tiveram patrocínio ou financiamento de instituições, deve-se incluir esta informação.

Diretrizes gerais para a estruturação e apresentação de artigos originais (formato IMRED)

1. Introdução: Nesta seção, o autor deve incluir o problema, o objetivo ou o propósito do estudo e a argumentação lógica.

2. Materiais e Métodos: Inclui o tipo de estudo, o fenômeno estudado, as medidas, as análises de dados e o processo de seleção da população do estudo, especificando o tempo e lugar. Além disso, deve incluir instrumentos utilizados, os métodos de análise utilizados. Se for o caso, os aspectos éticos abordados no estudo e aprovação do Comitê de Ética pertinente.

3. Resultados: Devem ser apresentados de uma forma lógica, com as diretrizes do propósito e com as respostas à pergunta de estudo. Deve conter os dados e as análises dos mesmos. Caso forem usadas tabelas, quadros, gráficos e imagens, devem ser numerados de acordo com a ordem como foram citadas no texto, conter o respetivo título, que deve ser breve e claro devendo aparecer a fonte de informação. Além disso, os gráficos, diagramas, imagens, desenhos lineares, mapas e fotografias, deverão apresentar-se no programa original que usou-se para elaborá-las (*Excel, Word, Power Point, Paint, etc.*).

4. Discussão: Nesta se dará destaque às considerações novas e mais importantes da pesquisa, além das conclusões que dela surjam. Deverá dar conta das interpretações do autor e das explicações em relação com suas hipóteses originais e com as fontes bibliográficas estudadas, as que deverão ser consistentes com a pesquisa. Poderá se incluir as implicações para a prática clínica e as recomendações para futuros estudos.

5. Referências: A revista *Avances en Enfermería* segue as orientações sobre referências bibliográficas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, pelo que se exige que o escrito se complemente estritamente com as *Normas Vancouver*. Veja: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

De acordo com os requerimentos de indexação acerca da vigência e qualidade da bibliografia, na lista de referências só se aceitará 20% da denominada "Literatura Cinza" (livros, capítulos de livros, teses, dissertações, memorias, guias, informes, reportes, manuais, dados estatísticos, leis, autocitações, citações de outras citações etc.), é dizer: todas aquelas referências que não sejam de artigos de pesquisa publicados

em revistas indexadas. Outrossim, é necessário que as referências de revistas indexadas sejam de artigos de não mais de 5 anos de publicação. O manuscrito enviado deverá ter o número mínimo de referências exigido pela revista, conforme a seção (tipo de artigo) na que esteja incluído. A Equipe de Redação fará um exaustivo seguimento desses requerimentos, resultado que determinará se o manuscrito continua o processo, se é necessário realizar ajustes de referências ou inclusive, se deve ser rejeitado.

As referências bibliográficas deverão numerar-se consecutivamente entre parêntese e em tamanho normal, de acordo à ordem de aparição das citas no texto. A continuação se apresentam exemplos da forma de apresentação dos documentos e referências respetivas:

- *Artigo de revista*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título do artigo. Abreviatura internacional do título do periódico. Ano; volume(número);página inicial-final. Quando o artigo tiver mais de seis autores as palavras *et al.* serão escritas após o sexto autor.
- *Livros e monografias*: Sobrenome, duas iniciais dos nomes dos autores. Título. Edição. Local de publicação (cidade): editora; ano.
- *Capítulo de livro*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do capítulo. Título do capítulo. Palavra "Em":sobrenome e duas iniciais dos nomes do diretor/coordenador/editor/compilador do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação (cidade): editora; ano. Página inicial-final do capítulo.
- *Palestras*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do trabalho. Título da palestra. Palavra "Em": título oficial do congresso, simpósio ou seminário. Local de publicação (cidade): editora; ano. Página inicial-final da palestra.
- *Artigo de revista on-line*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do artigo. Título do artigo. Título abreviado do periódico [periódico na Internet]. Ano [dia mês (abreviado) ano de consulta];volume(número);página inicial-final. "Disponível em: (URL/doi)"
- *Livro ou monografia on-line*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título [documento em Internet]. Edição. Local de publicação (cidade): editora; data de publicação [dia mês ano da última atualização; dia mês ano de consulta]. "Disponível em: (URL/doi)"
- *Material audiovisual*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título (CD-ROM, DVD, disco, segundo o caso) Edição. Local de edição (cidade): editora; ano.
- *Documentos legais*: Nome completo do país de emissão. Nome da instituição que emite a lei. Título da lei ou decreto, nome/número do diário oficial, data de publicação.
- *Tese de mestrado-doutorado*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título da tese [tese de mestrado/doutorado]. Local de publicação (cidade): editora; ano.
- *Material inédito*: refere-se a artigos aceitos, mas ainda não publicados. O formato é: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título. Nome da publicação. "Na imprensa". Data.

Editorial policy

Ethics in scientific publication

The journal *Avances en Enfermería* stipulates the following principles and recommendations concerning ethics in scientific articles publication:

1. General principles

- 1.1. Manuscripts should include enough details and references that the article may be replied or refuted.
- 1.2. Fraudulent or deliberately inaccurate statements constitute an anti-ethical behaviour.
- 1.3. If research includes chemical products, procedures, or equipment involving any unusual risk inherent in their use, authors must identify them clearly in the main part of the article.
- 1.4. If research implies the use of animal or human beings, authors should make sure that the article contains an explicit statement declaring that all the procedures were carried out in conformity both with the guidelines and ethical regulations.
- 1.5. Rights to privacy of human beings should be respected.

2. Authorship

Principles:

- 2.1. An *author* is the person who has made significant intellectual contribution to the investigation. Thus, anyone mentioned as *author* should fulfil all the requirements of authorship; and, in accordance, anyone who fulfils those requirements should be explicitly mentioned as author.
- 2.2. Authors should satisfy completely three basic requirements to be recognized as such:

- a) Considerable contribution to the conception and design; data collection; and the analysis and interpretation of research.
 - b) Drawing-up or checking of the intellectual content.
 - c) Approval of the final version.
- 2.3. Authorship's arrangement should be a joint decision of co-authors.
 - 2.4. Those people who, taking part in the research, do not satisfy the requirements of authorship, should be mentioned as *contributors* or *acknowledged persons*.
 - 2.5. There are three unacceptable kinds of authorship: *ghost* authors who do contribute substantially to the investigation, but are not recognized—they are usually paid by commercial developers—; *guest* authors who do not noticeably contribute to the investigation, but are mentioned in order to increase the possibilities of the article to be published; and the *ad honorem* authorships, based only in a slight affiliation to the study.

Recommendations:

- 2.6. Before the beginning of the investigation, it is recommended to document the functions of each investigator and how their authorship will be recognized.
- 2.7. There should be no lies about someone's participation in the investigation or publication. If his/her contribution is deemed as *substantial*, then the authorship is justified, whether as *author* or as *contributor*.
- 2.8. No authorship should be assigned without the approval of the person involved.
- 2.9. Anyone mentioned as author should fulfil all the requirements of authorship, and all who meet those requirements should be mentioned as *authors* or *contributors*.

- 2.10. A number of teams present their authors in alphabetical order, in some cases with an explanatory note declaring that all authors contributed equally both to the investigation and to the publication.

3. Modifications in authorship

Principles:

- 3.1. It refers to the addition, suppression, or rearrangement of authors' name in the authorship of an admitted article.
- 3.2. Requests demanding addition or suppression of authors, or the rearrangement of authors' names, should be sent by the respective author of the admitted article, and should include:
- The causes justifying the addition or suppression, or the rearrangement of the authors' names.
 - Confirmation in writing (by e-mail) of all authors agreeing with the addition, suppression or rearrangement. If authors' addition or suppression is required, it must be attached same author's confirmation of his/her addition or suppression.

4. Conflict of interests

Principles:

- 4.1. There is possible conflict of interests if an investigator or author has opinions or personal/financial interests that may affect his/her objectivity, or influence inappropriately his/her actions. These conflicts may be real or potential.
- 4.2. The more evident conflicts of interests are associated with financial relationships, which may be:
- Direct*: employment, stocks ownership, scholarships and patents.
 - Indirect*: fees, consultancy to development companies, investment funds' ownership, paid expert witness.
- 4.3. Conflicts could also emerge as result of personal relationships, academic rivalry, and intellectual passion. For instance, an investigator who has:
- Any kind of personal interest in investigation's results.

- Personal opinions in direct conflict with the subject under research.

Recommendations:

- 4.4. Reveal if there exists any real or potential conflict of interests that may influence inappropriately (slant) the work, by influencing improperly in the findings or results of research, in a three-year period since the beginning of the submitted work.
- 4.5. Reveal the role played by one or more promoters of the study —if any—, in the design of study; in gathering, analysis and interpretation of data; in report's drawing-up; and in the decision to submit the article to be published.
- 4.6. Investigators should not agree on terms interfering with their access to all data; with their capacity to analyse them independently; or with the manuscript's preparation or publication.
- 4.7. When submitting a document, there should be an explicit statement —under the heading "Role of the funding source"— in an independent section of the text and placed before the section of references.
- 4.8. Some instances of possible conflicts of interest that must be revealed may be: employment, consultancy, stocks ownership, fees, paid expert witness, patents/registry applications, and requests to subvention or another funding source.
- 4.9. Every funding source of the project must be revealed.
- 4.10. The role of the project sponsor should be described.

5. Duplicate publication

Principles:

- 5.1. Authors are obliged to prove their article to be based in original research, i.e., to have been not previously published. Intentional sending or re-sending of your work to another journal, thereby generating duplication, is considered a breach of editorial ethics.
- 5.2. Duplicate or multiple publications occur when two or more articles, without mutually referencing each other, share essentially the same hypothesis, data, discussion points, or conclusions. This may occur in different degrees: word-for-word duplication; partial but substantial; or even duplication by paraphrase.

- 5.3. Among the principal reasons why duplicate publication of original researches is considered non-ethical, is that it may allow *inadequate weighting* or *involuntary double recount* of results of a single research, thereby distorting available evidence.

Recommendations:

- 5.4. Articles submitted for publication should be originals and should not be submitted to another journal. When submitting, authors should reveal details of articles relating to theirs—even in another language—, similar articles in press and translations.
- 5.5. Both authors and editors should have continual communication about the state of articles under review; if authors decide to give up the process and withdraw the article, they are obliged to notify the journal about it, before come in contact with another journal.
- 5.6. Avoid submitting articles previously published in another journal.
- 5.7. Avoid submitting to more than one journal articles that describe essentially the same research.
- 5.8. Always indicate previous submissions of the article—including presentation in meetings and inclusion of results in registries—that may be deemed as duplicate publication.
- 5.9. Avoid writing in two or more articles about your own research from different angles, or about different aspects of the research, without mentioning the original article.
- 5.10. Creating several publications about no-multicentre investigations is considered as not recommended behaviour.
- 5.11. If you wish to submit your articles to a journal published in another country or in another language, please ask for information and guidelines about it to the publishing company.
- 5.12. At the time of submission, indicate every detail about articles relating to yours in a different language, and all current translations.

6. Recognition of sources

Principles:

- 6.1. Authors should reference publications that have been influential in the determination of the nature of the submitted article.
- 6.2. Information obtained privately should not be used without explicit permission in writing of the source.
- 6.3. Reuse of tables or figures requires permission of the authors and the publishing company that should be adequately indicated in the legend of the table or figure.
- 6.4. Information obtained in the course of confidential services—e.g. manuscripts of peer review or subvention requests— should not be used without explicit permission in writing of the author of the work involved in those services.

7. Scientific fraud

Principles:

- 7.1. Fraud in scientific publication makes reference to the presentation of false data or results as well as data or results not generated through rigorous investigation process.
- 7.2. Following are the kinds of fraud in publication of investigation results:
- a) Fabrication of data: invention of data and investigation results in order to be published.
 - b) Falsification of data: manipulation of investigation materials, images, data, equipment or processes. Forgery includes modification or omission of data or results, so that the investigation is not properly represented. Someone may falsify data to adequate them to the final desired result.

Recommendations:

- 7.3. Before the first submission of an article, read carefully journal's editorial and data policies.
- 7.4. Never modify or omit data intentionally. This includes investigation materials, analysis methods, processes, equipment, tables, references, and bibliographic references.

- 7.5. Both fabrication and falsification of data are serious forms of misbehaviour, because both of them result in scientific publications not reflecting precisely the observed truth.
- 7.6. Authors should adequately manage data that support investigation, with special care in data collecting, production, keeping, analysis and communication.
- 7.7. Keep thorough records of raw data, which should be accessible in case editors request them even before article's publication.
- 8.7. Keep a record of sources used during investigation, and where did you use them in the article.
- 8.8. Make sure that the original source is entirely acknowledged and adequately referenced in your article.
- 8.9. When referencing the source, avoid using another people's work word-for-word unless you enclose it in quotes and only in case of strict necessity.
- 8.10. Only if the source is correctly indicated and if you make sure of not altering the significance of the source's intention would the paraphrase be acceptable.

8. Plagiarism

Principles:

- 8.1. Plagiarism is one of the more common ways of misconduct in publishing. It occurs when one of authors passes other people's work off as his own, without permission, mention or acknowledgment. Plagiarism appears under different ways, from word-for-word copy to paraphrase of other people's work, including data, ideas, concepts, words or sentences.
- 8.2. Plagiarism has different levels of seriousness, for instance:
 - a) The amount of work taken from another person's work: several lines, paragraphs, pages, the entire article.
 - b) What was copied: results, methods or introductory section.
- 8.3. Plagiarism in all its forms constitutes an unacceptable non-ethical conduct in editorial and academic spheres.
- 8.4. Word-for-word copy is acceptable only if the source is indicated and the copied text included with adequate marks of citation.

Recommendations:

- 8.5. Always remember that it is essential to recognise other people's work—including your adviser's work, or your own previous work—as part of the process.
- 8.6. Do not reproduce any work word-for-word, either partially or entirely, without permission or mention of the original source.

- 8.11. Enclose in quotes and reference all contents taken from a previously published source, even if you are stating them with your own words.

9. Fragmentation

Principles:

- 9.1. *Fragmentation* consists in dividing or segmenting a big research in two or more publications.
- 9.2. It is considered an unacceptable conduct that *fragments* of a divided research share the same hypothesis, sample and methods.
- 9.3. The same *fragment* should not be published more than one time, since fragmentation may allow distortion in literature, and may have readers believe that data presented in each *fragment* (i.e., each *article*) are derived from a different sample of subjects.

Recommendations:

- 9.4. Avoid fragmenting inappropriately the data of just one research in two or more works.
- 9.5. When submitting a work, be transparent during the process. Send copies of other manuscripts closely relating to the manuscript involved.

10. Informed consent

Principles:

- 10.1. Research on patients or volunteers should be approved by an ethics committee.
- 10.2. Informed consent should be appropriately documented.

- 10.3. Permissions and releasing should be obtained when authors wish to include case details or any other personal images or information of patients or anyone else.
- 10.4. When obtaining informed consent, care should be taken regarding participants, especially vulnerable people. For instance, children with special needs or learning disabilities. It must be recalled that the use of photographs or explicit declarations of patients (parts of an interview) should have authorization in writing of those involved or their legal representatives.

- . "Fragmentación. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0018/183402/ETHICS_ES_SS01a_updatedURL.pdf.
- . "Fraude en investigación. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0017/183401/ETHICS_ES_RF01a_updatedURL.pdf.
- . "Plagio. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0016/183400/ETHICS_ES_PLA01a_updatedURL.pdf.

11. Correction of published articles

Principles:

- 11.1. When authors detect mistakes or relevant inaccuracies in the published work, they are obliged to notify immediately the journal and to cooperate in the process of correction.

Bibliography

- Black, William, Rodolfo Russo y David Turton. "The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes". *Physics Letters B* 694, n.o 3 (noviembre de 2010):246-51.
- Elsevier. Autoría. "Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0010/183394/ETHICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf.
- . "Conflicto de intereses. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0006/183399/ETHICS_ES_COI01a_updatedURL.pdf.
- . "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0019/183403/ETHICS_ES_SSUB01a_updatedURL.pdf.
- . "Ethics. Conducting research". Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>.
- . "Ethics. Writing an article". Accedido 8 de agosto de 2014. <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>.

Instructions to authors

The journal *Avances en Enfermería*, of the Universidad Nacional de Colombia, is published thrice a year and receives articles written in Spanish, Portuguese and English. When sending articles to publication, please consider the following features about the process:

Articles types to publication (according to Colciencias)

1. **Scientific and technological research article.** Original manuscript that presents in detail the original results of research projects. The structure generally used contains four important sections: Introduction, Materials and Methods, Results, and Discussion. Minimum of bibliographic references required: 25.
2. **Reflection article.** Document that presents research results from the author's analytic, interpretative or critical perspective on a specific subject, resorting to original sources. Minimum of bibliographic references required: 25.
3. **Literature review article.** Document that results from investigation in which the results of published or unpublished investigations are analyzed, systematized and integrated on a field of science or technology in order to report on advancement and development trends. Its main characteristic is to present a careful bibliographic review of at least 60 references.

Other contributions not derived from researches

1. **Editorial.** Document written by the Chief Editor, an Associated Editor, a member of the Editorial Committee or a guest researcher, about orientations in the subject domain of the journal.
2. **Reflection document not derived from investigation.** Manuscript like essay not resulting from a research. It applies interpretative analytic perspective or critics of the author on a specific topic based on original sources. Minimum of bibliographic references required: 25.

3. **Case report (Nursing situations).** Document that presents the results of a study regarding a particular situation in order to show technical and methodological experiences considered in a specific case. It includes a commented systematic review of the literature on analogue cases. Minimum of bibliographic references required: 15.

4. **Translation.** Translations of classic or current texts or transcripts of historic documents or texts for particular interest on the journal's publication domain.

5. **Bibliographical outline.** Specific synthesis with a critical view for a book publication that describes significance, outstanding topics and characteristic contributions of the publication.

Articles selection criteria

The material submitted to Editorial Committee should meet the following criteria:

1. **Clear and precise writing:** The document's wording should provide coherence on the contents and clarity to readers.
2. **Originality:** The document must be original, that is to say: it must be produced directly by the author, it should not be an imitation of other documents.
3. **Objectivity and validity:** The statements should be based on valid data and information.
4. **Importance and contribution to knowledge:** The document makes interesting contributions to the state of art of the object of the study.

Information of authors

Manuscripts must be submitted only through our system (Open Journal System):

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm>

Authors must send articles forward them accompanied with a letter indicating their address and updated electronic mail. If the article has several authors, each author's contribution should be identified. In case of investigation reports, the main researcher shall assume the responsibility over the

integrity and reliability of the collected data. If the article was produced by a group, one or more researches should be designated to assume the responsibility on behalf of the group. In this case, the other members are not perceived as authors, and they shall be listed on the acknowledgement list. When submitting an article to the Editorial Committee, its author accepts that:

- In no case shall he/she receive any payment for the inclusion of the article in the publication.
- He/she can not submit the same article to the consideration of other publications' Editorial Committee until he/she obtains an answer in writing on the decision made regarding acceptance or rejection of his/her article.
- In case of publication, his/her article becomes permanent property of the Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia and cannot be published in any other media without written permission from its autor and the University.

Articles selection and revision procedure

The procedure to select articles and ensuing revision for inclusion in *Avances en Enfermería* is as follows:

1. As soon as manuscripts are submitted through ojs, they are sent to Editorial Committee and shall be initially reviewed by the Editor Assistant to verify that they comply with the formal elements required in the *Instructions to authors*. Should they not fulfill those criteria, the document shall be excluded of the selection process evaluation. If errors are minor, manuscript will be returned to the author, indicating the failures found in the first evaluation.
2. If it complies with the formal requirements, the document is then submitted to our Non-Plagiarism System and its bibliographic references will be thoroughly revised. Subsequently, we sent an email to inform authors manuscript was received.
3. Immediately, manuscript is sent to two peer-reviewers appointed by Editorial Committee for its review: one of them shall be a professor at the Universidad Nacional de Colombia and the other from outside the University —foreign or native— who should be experts on the topic addressed in the article. If manuscript is positively evaluated by one evaluator and negative by other, one third is

appointed, and based on his/her opinion the document inclusion is decided in the publication. The author's identity shall not be disclosed to the evaluators and the evaluators' names shall not be disclosed to the author.

4. Based on the evaluators' opinion, Committee shall decide if the article is published or not. In any case, the author shall receive an email indicating the opinion of the peer-reviewers, stating the decision made and, if it is accepted, the appropriate suggestions and changes shall be confirmed to the author before article is published.
5. Once changes are received from the author, Editorial Committee shall send the manuscript to copyeditor and/or proofreader. Once corresponding edition is completed, manuscript is returned to the author for his/her approval in a term no longer than five (5) working days. Authors should send authorization and state precisely the changes he/she does not accept, this authorization makes him responsible for all the statements made in his/ her article, including those submitted to changes by copyeditor and/or proofreader and authorized by authors.
6. If five (5) working days after reception of document, autor/s have/s not made any statement regarding contents, Editorial Committee shall assume that he/she/they accept/s editorial changes that were made.
7. Authors should forward the Publindex form data to Editorial Committee.

Requirements to submit manuscripts

The journal *Avances en Enfermería* and its contents are property of Universidad Nacional de Colombia. Before submitting a document, please verify if it satisfies the following specifications:

— Certifications of Transfer of Rights and Originality: Manuscripts should be submitted with an authors' letter, stating that materials are unpublished and that authors transfer copyrights of their articles to Universidad Nacional de Colombia. A curriculum vitae must be attached by authors. Click here to download formats, in the Submission Preparation Checklist: www.revistas.unal.edu.co/index.php/av-enferm/about/submissions#authorGuidelines.

— Document shall not exceed 5 000 words neither 25 letter-size pages (7 000 words neither 30 pages, if it is literature review article). It is typed in Times New Roman font size 12, double space/writing (2.0), and using 2.5 cm margins for all four sides of the format.

— Document pages should be numbered.

Cover

Title: Title must be visible, accurate, and include no more than 80 characters, and translate from native language into English, Spanish and Portuguese. Within the text it should not describe the presentation of author/s, but it should be included in a separate file and consists of: full names, educational background, current position and work institution he/she/they is/are part of, updated email address to contact him/her/them, city and country.

Abstract: Manuscript will include abstract in Spanish, English and Portuguese; it should have no more 250 words that should capture the article's objective, key points and conclusions of research. In original articles, abstract structure must present the Objective, Methodology, Results and Conclusions. For review articles, reflections, translations, the abstract should include purpose, summary and conclusion.

Key words (or descriptors): Manuscript must include from 3 to 5 descriptors or key words in Spanish, English and Portuguese and they must match up with Decs (BIREME). Website at: <http://decs.bvs.br/l/homepagei.htm>

Note: Document does not mention any commercial names of drugs, equipment or material, unless strictly necessary.

Grants and subsidies

If the writing is a result of a research work it should include the name of the original research. For the case of sponsored research that have been sponsored or funded by any institution, manuscript should have a final section in which the sponsor is mentioned.

General guidelines for structure and submitting original articles (IMRAD format)

1. Introduction: In this section authors should include the objective or purpose of the research and logical argument.

2. Materials and Methods: It includes the type of study, phenomenon studied, process of selection of the study population specifying time and place as well instruments and methods of analysis used. If it is applicable, the ethical aspects covered in the study and approval of corresponding Ethics Committee must be included.

3. Results: Results should be logically organized, with guideline of purpose and answers of research question. They must contain data and their corresponding analysis. In case tables, charts, graphs and images are used, they must be numbered following the order they were quoted in the text. The titles should be brief and clear. In addition, source of figures, graphs charts, images, sketches, line drawings, maps, photographs information should be presented on the file program used to create them (*Excel, Word, Power Point, Paint, etc.*).

4. Discussion: In this section new and main considerations from research will be highlighted, along with the conclusions that be arised from them. It should point out the authors' interpretations and explanations related to their original hypotheses and studied literature sources, which must be consistent with research. It may include the implications for clinical practice and recommendations for future investigations.

5. Bibliographic references: The journal *Avances en Enfermería* follows the guidelines for bibliographical references of the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Standards). See: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

According to the requirements of indexing in respect of validity period and quality of the bibliography, in reference list a 20% of the so-called "Grey Literature" will be accepted only (books, book chapters, master/doctoral theses, dissertations, reports, guides, manuals, statistics, laws, self-citations, citations from other citations, etc.), in other words, all of the references that do not come from research/original articles published in indexed journals. It is also necessary for the references of indexed journals to come from articles that they bear a publication date

not more than five years. The manuscript submitted must have the minimum number of references required by the journal, in accordance with section submission (type of article) that it has been included. The Editorial Team will carry out a comprehensive monitoring of those requirements, whose result will determine whether the manuscript continues process, if it requires references adjustments or even if it must be rejected.

Bibliographic references should be numbered consecutively in brackets and in normal size, according to the order of appearance of the citations in the text. Instances of the presentation of documents and corresponding references are presented as follows:

- *Journal article*: Surname and two initials of the names of autor/s. Title of article. International title abbreviation of the journal. Year;volume(issue): first-last page. When the article has more than six authors, the abbreviation *et al.* shall be written after the sixth authors name.
- *Books and monographs*: Surname, and two initials of the names of autor/s. Title of book. Edition. Place of publication (city): publisher; year of publication.
- *Chapter of book*: Surname and two initials of the names of autor/s. Title of the chapter. Word "In": Director/Coordinator/Editor/Compiler of the book. Title of the book. Edition. Place of publication (city): publisher; year of publication. First-last page of the chapter.
- *Presentations*: Surname and two initials of the names of autor/s of the paper. Title of the paper. Word "In": official title of the congress, symposium or seminar. Place of publication (city): publisher; year. First page-last page of the paper.
- *Online journal article*: Surname and two initials of the names of autor/s of the article. Title of the article. International title abbreviation of the journal [serial on the Internet]. Year [access: year month day];volume(issue):first page-last page. "Available from (URL/DOI):"
- *Book or monograph online*: Surname and two initials of the names of autor/s. Title [document on the Internet]. Edition. Place of publication (city): publisher; year of publication [date of last update; date of consultation]. "Available from (URL/DOI):"
- *Audio-visual material*: Surname and two initials of the names of the authors. Title (CD-ROM, DVD, disk, as the case may be). Edition. Place of publication (city): publisher; year of publication.
- *Legal documents*: Full name of the country. Name of emission law institution. Title of law, ordinance, oficial journal name/number and date of publication.
- *Master-doctoral thesis*: Surname and two initials of the names of autor/s. Title of thesis [master/doctoral thesis]. Place of publication (city): publisher (institution); year of publication.
- *Unpublished material*: It refers articles already approved but still not published. The format is: Surname and two initials of the names of the authors. Title. Name of publication. "In press". Date.

