



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

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 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
Cuevas, Ph.D.**
Universidad Nacional de Colombia

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

María Del 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

**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

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)

Plataforma REDIB

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. RIDALVA DIAS MARTINS FELZEMBURGH Universidade Federal da Bahia	MG. LINA FERNANDA BARRERA SÁNCHEZ Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
MG. KARINE ELIEL STUMM Prefeitura Municipal de Osorio	DRA. ESPERANZA MUÑOZ TORRES Universidad Nacional de Colombia
DRA. ANGELINA LETTIERE Universidade de São Paulo	MG. MAYCKEL DA SILVA BARRETO Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Mandaguari (FAFIMAN)
MG. SILVANA CRUZ DA SILVA Universidade Federal de Santa Maria (UFESM)	MG. MILTON JUNIO CANDIDO BERNARDES Curacenter
MG. MAYARA CAROLINE BARBIERI Universidade Federal de São Carlos	MG. DANIELA HABEKOST CARDOSO Prefeitura Municipal de Pelotas
MG. JAVIER ALFONSO BULA ROMERO Hospital Chapinero E.S.E	MG. DÓRIS HELENA RIBEIRO FARIAS Universidade Federal do Rio Grande
MG. LUZ GARCÍA GARCÍA Universidad de Sucre	DRA. ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA Universidade Federal do Rio Grande do Norte
MG. CAROLINA VARGAS PORRAS Universidad Industrial De Santander	MG. ANDRÉ ALMEIDA DE MOURA Universidade de São Paulo
MG. YOLANDA CAMPOS USCANGA Universidad Veracruzana	

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 xxxv n.º 1 enero-abril 2017

ISSN (impreso): 0121-4500

ISSN (en línea): 2346-0261

Título abreviado: Av Enferm

© Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Diseño de carátula: Edgar Alexander Trillos Calvo

Diagramación: Edgar Alexander Trillos Calvo - Divulgación Facultad de Enfermería

Contenido

- EDITORIAL
- 5 **Investigar en el doctorado: tendencias**
 Viviana Marycel Céspedes Cuevas
- ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN
- 7 **Significado atribuído pela família ao cuidado da criança hospitalizada**
 Significado dado por la familia al cuidado de niños hospitalizados
 Meaning given by family to care for the hospitalized child
 Maria Cristina da Silveira Chagas, Giovana Calcagno Gomes, Fabiani Weiss Pereira, Paula Katiúscia Vergutz Diel, Dóris Helena Ribeiro Farias
- 19 **Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional**
 Lactancia materna en la primera hora de vida: conocimiento y práctica del equipo multiprofesional
 Breastfeeding within the first hour after birth: knowledge and practice of multidisciplinary team
 Marcos Benatti Antunes, Marcela de Oliveira Demitto, Larissa Gramazio Soares, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic, Leda Harumi Higashashi, Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato, Sandra Marisa Pelloso
- 30 **Caminho percorrido até a cirurgia cardíaca: necessidades e expectativas no pré-operatório**
 Camino recorrido hasta la cirugía cardíaca: necesidades y expectativas en el preoperatorio
 Path taken to heart surgery: needs and expectations in preoperative preparation
 Neide da Silva Knihs, Ágata Paula Valmorbidia, Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Bartira de Aguiar Roza, Aline Ghellere
- 42 **Determinantes sociais y logro académico de escolares del municipio de Cúcuta**
 Determinantes sociais e obtenção acadêmica de estudantes do município de Cúcuta

- Social determinants and academic achievement of schoolchildren from municipality of Cúcuta
 Doris Amparo Parada Rico, Ruth Betsabe Olivares Parada
- ARTÍCULO DE REFLEXIÓN (DERIVADO DE INVESTIGACIÓN)
- 53 **Impactos da dor crônica na vida das pessoas e a assistência de enfermagem no processo**
 Impacto del dolor crónico en la vida de las personas y los cuidados de enfermería en el proceso
 Impacts of chronic pain on people's life and nursing care in the process
 Caroline de Castro Moura, Érika de Cássia Lopes Chaves, Valéria Helena Salgado Souza, Denise Hollanda Lunes, Carla Rodrigues Gama Ribeiro, Camila Maria Silva Paraizo, Silvana Maria Coelho Leite Fava, Eliza Maria Rezende Dázio
- ARTÍCULO DE REVISIÓN
- 63 **Suporte on-line às crianças e adolescentes doentes crônicos: uma revisão integrativa**
 Soporte en línea para niños y adolescentes con enfermedad crónica: una revisión integrativa
 Online support for chronically ill children and adolescents: an integrative review
 Verônica de Azevedo Mazza, Débora de Sousa Lemos, Sérgio Luídes Guimarães
- REPORTE DE CASO
- 77 **Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel**
 Ameaça de parto pré-termo: um olhar a partir do modelo Mishel
 Risk of preterm delivery: a look from the Mishel's model
 Débora Milena Álvarez-Yañez, Cindy Lorena Pérez-Bayona
- 87 **Política editorial**
 Política editorial
 Editorial policy

Investigar en el doctorado: tendencias

• Viviana Marycel Céspedes Cuevas ¹•

• 1 • Editora Asociada, Revista *Avances en Enfermería*. Posdoctorado en Narrativa y Ciencia. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá, Colombia. E-mail: vmcespedesc@unal.edu.co

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n1.64469

En los seminarios de investigación, con los estudiantes del Programa de Doctorado en Enfermería, suele evidenciarse el asunto del mérito de la investigación como un tema de permanente interés.

Si bien hace unos años el impulso de las investigaciones se soportaba a partir de los antecedentes de un área del conocimiento, hoy en día la función principal de la investigación depende de la generación y prueba de teorías de enfermería. Esto supone un enfoque en el desarrollo de la disciplina con la consecuente producción de un conocimiento disciplinar específico, y no sólo de un trabajo metodológicamente sólido.

En este sentido, ¿qué significa generar y probar teorías de enfermería en el ámbito de un programa de formación doctoral disciplinar? El entendimiento del alcance investigativo ha marcado rutas en la construcción de las tesis de doctorado, lo cual requiere de la consolidación de productos de investigación formal. Entre estos caminos, se destacan los siguientes:

- La consolidación del área temática, definida como *un conjunto de fenómenos afines*.

- La delimitación de un fenómeno o concepto por investigar entendido desde *la perspectiva del cuidado de enfermería*.
- La construcción de un marco referencial comprendido desde las bases *ontológicas, epistemológicas, metodológicas y éticas*, las cuales representan la coherencia de la indagación.
- La argumentación de los conceptos susceptibles de investigar desde una o varias *perspectivas teórico-conceptuales* que guíen el estudio.
- La selección de un método que dé respuesta a la pregunta de investigación.

Los anteriores principios suponen originalidad en los productos derivados, principalmente por la profundidad que conlleva la aproximación a los conceptos, con el propósito de que éstos se clarifiquen, no sólo desde los supuestos de la teoría, sino desde su capacidad de comprobación. Así mismo, es necesario considerar esto en el marco de un discurso propio que se respalde con precisión, organización, síntesis y claridad, con derivaciones originales de los niveles de abstracción, los cuales, en definitiva, ponen el sello del investigador.

Las tendencias de las tesis doctorales de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia han mostrado un importante esfuerzo por contar con una perspectiva nutrida de la teoría de enfermería, en especial para los enfoques cuantitativos. No obstante, la naturaleza de los fenómenos delimitados en un buen número de investigaciones ha requerido del análisis y de la derivación de conceptos para el avance del conocimiento disciplinar, así como de la generación teórica en sí misma. El creciente soporte de la investigación en teorías de mediano rango y en teorías situacionales con alcance prescriptivo deriva actualmente en intervenciones eficaces con posibilidad de trasladarse a la práctica, la cual se vislumbra con mayor autonomía y capacidad resolutoria.

Es así como la investigación en el doctorado retoma de forma precisa y con diversos alcances la novedad exigida en tesis de esta naturaleza. La iniciativa surge del mérito social fundamentado en el impacto del fenómeno (1) de estudio sobre la vida de las personas, del mérito teórico respaldado en el avance del conocimiento en torno al fenómeno y del mérito disciplinar anclado en la comprensión del ser para guiar la investigación y la práctica futura. Cabe resaltar que el abordaje del mérito o significancia disciplinar ha derivado en una particular inseparabilidad con la significancia teórica, pues esta última se desarrolla en el avance de un conocimiento específico de la disciplina, el cual involucra una consistencia ontológica con la estructura teórica que guía el estudio.

Al margen del mérito científico de la buena ciencia, es imperativo considerar el fortalecimiento de las competencias comunicativas en los estudiantes de doctorado de las últimas dos cohortes con la participación del programa LEA en la Universidad Nacional de Colombia². Las competencias se hacen ciertamente manifiestas en la consistencia semántica de las ideas expresadas en un discurso que soporta claridad y precisión en el flujo de las ideas, apostándole a textos rigurosos pero sucintos.

Finalmente, es importante resaltar el reto de trascender la investigación formal a proyectos que resuelvan los problemas de la práctica disciplinar en este momento de evolución del programa de doctorado en enfermería. Con ello se abre la necesidad de desarrollar un doctorado en la práctica de enfermería con miras a preparar para la transformación de la práctica disciplinar y la investigación aplicada.

Referencias

- (1) Fawcett. J. Applying conceptual models of nursing. Quality improvement, research, and practice. New York: Springer Publishing Company; 2017.

²Programa de Lectura y Escritura Académicas. Universidad Nacional de Colombia.

Significado atribuído pela família ao cuidado da criança hospitalizada

Significado dado
por la familia al
cuidado de niños
hospitalizados

Meaning given by
family to care for the
hospitalized child

• Maria Cristina da Silveira Chagas¹ • Giovana Calcagno Gomes² • Fabiani Weiss Pereira³ •
• Paula Katiúscia Vergutz Diel⁴ • Dóris Helena Ribeiro Farias⁵ •

•1• Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Brasil. E-mail: maria25cris@yahoo.com.br

•2• Doutora em Enfermagem. Docente titular, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Brasil. E-mail: giovanacalcagno@furg.br

•3• Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Brasil. E-mail: enffabiweiss@hotmail.com

•4• Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Brasil. E-mail: enf paulaka@gmail.com

•5• Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Brasil. E-mail: dorisenf@hotmail.com

Recibido: 06/03/2014 Aprobado: 08/02/2017

DOI: 10.15446/AV.ENFERM.V35N1.42466



Resumo

Objetivo: Conhecer os significados atribuídos pela família ao cuidado que oferta à criança no hospital.

Metodologia: Trata-se de um estudo qualitativo, baseado na Teoria Fundamentada nos Dados. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com 15 familiares cuidadores de crianças internadas na Unidade de Pediatria de um hospital universitário do sul do Brasil, no primeiro semestre de 2010. Três familiares mais validaram os dados do estudo.

Resultados: Emergiram quatro categorias referentes à principal referência de cuidado, ao controle sobre os profissionais, ao cuidado da segurança e à fonte de informações acerca das crianças no hospital. A coleta e a análise dos dados, realizadas de forma sistemática e comparativa, mostraram que o familiar cuidador reconhece-se como a principal referência de cuidado da criança, realiza controle no hospital, cuida da segurança e apresenta-se como fonte de informações acerca da criança tanto para a equipe de saúde quanto para outros familiares.

Conclusão: Os familiares necessitam ser auxiliados, instrumentalizados e empoderados pelo profissional da enfermagem para a aquisição de habilidades e competências de cuidado, levando em conta o significado que atribuem à experiência vivida.

Descritores: Criança Hospitalizada; Família; Cuidado da Criança; Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Conocer los significados dados por la familia a los cuidados ofrecidos a los niños hospitalizados.

Metodología: Se trata de una investigación cualitativa basada en la Teoría Fundamentada en Datos. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas a 15 cuidadores familiares de niños internados en la Unidad de Pediatria de un hospital universitario en el sur de Brasil, en el primer semestre de 2010. Los datos del estudio fueron validados por tres familiares más.

Resultados: Surgieron cuatro categorías relacionadas con la principal referencia de cuidado, el control sobre los profesionales, el cuidado de la seguridad y la fuente de información acerca de los niños en el hospital. La recolección y el análisis de los datos, realizados de forma sistemática y comparativa, mostraron que el familiar cuidador es reconocido como la principal referencia de cuidado del niño. Además, lleva el control en el hospital, se ocupa de la seguridad y se identifica, tanto para el equipo de salud como para otros parientes, como una fuente de información sobre el niño.

Conclusiones: El profesional de enfermería debe apoyar, instrumentalizar y empoderar a los familiares de los niños para que adquieran las habilidades y las competencias del cuidado, teniendo en cuenta el significado que se le atribuye a la experiencia vivida.

Descriptor: Niño Hospitalizado; Familia; Cuidado del Niño; Enfermería (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To know meaning given by the family to care provided to the hospitalized children.

Methodology: Qualitative study, based on Grounded Theory. Data were collected using interviews conducted with 15 family caregivers of children admitted to the Pediatric Unit of a university hospital in southern Brazil, in the first half of 2010. The study data were validated by three family members more.

Results: Four categories have emerged concerning the main reference of care, control over professionals, care for safety and the source of information about children in the hospital. Data collection and analysis were carried out in a systematic and comparative manner. They showed that family caregiver is recognized as the primary reference of child care, taking control in hospital, being responsible for security, and identifying, both for health team and for other relatives, as an information source about the child.

Conclusions: Nursing professional must support, instrumentalize, and empower family members of children in order for them to acquire abilities and skills for care, considering the meaning given to the experience.

Descriptors: Child Hospitalized; Family; Child Care; Nursing (source: DECS BIREME).

Introdução

É essencial a permanência dos pais no hospital e o seu envolvimento no processo de saúde e doença no cuidado ofertado à criança, questões consideradas importantes e reconhecidas mundialmente (1). A hospitalização gera estresse para a criança, exigindo grande disponibilidade de quem a cuida. Além disso, seu familiar cuidador necessita adquirir competências específicas para o seu cuidado. Precisa conhecer sobre as implicações e manifestações da doença para aprimorar suas habilidades e oferecer, uma assistência mais adequada para a criança (2).

Em vista da hospitalização, há um acréscimo substancial de responsabilidade para o cuidador, dada a alta dependência das crianças. Se o cuidador for acolhido e apoiado pelos profissionais da equipe de saúde, é possível construir-se uma relação empática e dialógica, criando um ambiente seguro para a criança e favorecendo seu ajuste e recuperação (3).

Durante a hospitalização infantil, a criança passa por circunstâncias que repercutem em toda sua vida. Sentimentos desagradáveis como medo, angústia e ansiedade passam a fazer parte de seu cotidiano (1) e a presença da família é importante para que ela possa superar essas alterações emocionais. Além disso, a literatura evidencia que a permanência dos familiares durante a internação da criança as auxilia a manter as impressões e registros de seu meio de convívio domiciliar, ajudando a torná-las mais seguras e mais cooperativas com a equipe de saúde (4).

Um estudo realizado em quatro países europeus Bélgica, Dinamarca, França e Itália, evidenciou, por meio da prática canguru, que a participação dos pais no cuidado, atrelada a sua permanência no hospital, e a relação entre crianças, pais e profissionais, desencadeiam novas diretrizes na organização da assistência à criança hospitalizada (5). É essencial que a família seja ouvida, incentivada e que possa expor suas dúvidas e opiniões em todo o processo de cuidar, pois a família da criança ocupa uma posição essencial na promoção da saúde durante a internação hospitalar (6). Nesse sentido, o enfermeiro deve estimular a participação do familiar no cuidado à criança, considerando-o como um aliado (7).

A participação da família no cuidado à criança hospitalizada, compartilhando o cuidado com os profissionais de enfermagem, oferecendo informações referentes à saúde da criança e sua evolução tem sido objeto de estudo da enfermagem no que se refere à extensão e ao modo como essa participação tem se dado no cotidiano assistencial. Verifica-se que, no cotidiano das enfermarias pediátricas, em muitos momentos a enfermagem deixa a cargo da família a realização de diversos cuidados. Procedimentos que, mesmo aparentemente simples e similares àqueles realizados em casa, como alimentação, higiene e conforto, no hospital adquirem novas particularidades.

A presença de sondas, drenos e infusões torna o cuidado mais complexo e, nem sempre, a família se sente em condições de realizá-lo (8). Em um estudo que buscou identificar as características definidoras do diagnóstico de enfermagem, no “Conflito no desempenho do papel de mãe ao longo do processo de assumir o cuidado do filho hospitalizado” as mães relataram algumas dificuldades sentimentais diante da experiência de cuidar, como o sentimento de insegurança e fracasso (9).

Assim, os profissionais de enfermagem precisam considerar as tensões, conflitos e instabilidades que permeiam o cotidiano de cuidado familiar à criança no hospital. No entanto, precisam também considerar que tanto a criança quanto os familiares são capazes de reorganizar seu cotidiano, adaptando-se e adequando-se às novas exigências da hospitalização (9).

Verifica-se que a interação terapêutica entre criança, família e enfermagem pode contribuir para a autonomia das pessoas envolvidas, além de colaborar com a construção de formas tecnológicas de operacionalização do cuidado, respaldadas na integralidade e humanização. Assim, construir um projeto terapêutico alicerçado em tais ações pode auxiliar no comprometimento com mudanças reais na forma de organização do processo de trabalho e na oferta da atenção à criança hospitalizada e sua família, resgatando a dimensão cuidadora da enfermagem (10).

Portanto, os familiares e os profissionais de enfermagem necessitam ser mediadores no processo do cuidado da criança hospitalizada, procurando enfatizar o diálogo e o cuidado humanizado durante a hospitalização. Por fim, é importante que ambos considerem a criança como um ser

exposto às inúmeras adaptações, conflitos, incertezas e também instabilidades ocasionadas durante a internação (11). Para a família, cuidar da criança no hospital apresenta-se como um evento repleto de significados que precisam ser apreendidos pelos profissionais da equipe de enfermagem, visando a prestação de um cuidado de qualidade.

Assim, a questão que norteou esse estudo foi: *como a família significa o seu cuidado à criança no hospital?*

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Essa teoria se refere à coleta, codificação e comparação de forma simultânea e sistemática dos dados, que possibilita a exploração do fenômeno a ser investigado e gera uma teoria explicativa, possibilitando a compreensão dos fenômenos sociais e culturais (12). A TFD é considerada um método adequado para as pesquisas com âmbito qualitativo, principalmente na área da enfermagem, pois ela pode gerar teorias e, ao descrever e interpretar um fenômeno, permite o aprofundamento do conhecimento, incluso na multidimensionalidade da experiência do ser humano, no universo de suas atividades diárias (13).

Foi desenvolvido na Unidade de Pediatria de um Hospital universitário do sul do Brasil. Essa unidade conta com o total de 25 leitos, todos os quais são destinados às crianças que possuem convênio pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A composição da população do estudo foi de 18 familiares cuidadores das crianças que estavam internadas no primeiro semestre de 2010. Entre esses, 15 foram distribuídos em quatro grupos amostrais: dois grupos formados por cinco familiares, um grupo por três familiares e outro por dois.

Depois de realizada a análise, três familiares validaram os dados do estudo. Os critérios a escolha dos participantes foram: ser cuidador significativo, ou seja, uma pessoa essencial no cotidiano da criança e prestar-lhe cuidados diretamente no hospital. O número de participantes foi determinado como preconiza a TFD, pelo processo de amostragem teórica. Os familiares foram identificados pelos sentimentos que mais se destacaram durante a entrevista. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi exposto e assinado por todos.

A coleta e a análise dos dados foram realizadas concomitantemente de forma sistemática e comparativa. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram agendadas com cada familiar, realizadas na sala de prescrição do setor, gravadas e transcritas para análise. As famílias foram identificadas por meio de palavras que representavam seus sentimentos: Família Solidão (FS), Família Vitória (FV), Família Carinho (FC), Família Desespero (FD), Família Amor (FA), Família Inexperiência (FI), Família Cansaço (FCans), Família Experiência (FExp), Família Esperança (FE), Família Confiança (FConf). Foram questionados acerca do cuidado que prestam à criança no hospital. A partir da coleta, procedeu-se à codificação aberta dos dados, na qual foi realizado o exame dos dados linha a linha, recorrendo às unidades de análise. Em seguida, deu-se a codificação axial dos dados, com sua categorização e, finalmente, a codificação seletiva, na qual foram determinadas as conexões entre as categorias (14).

Em atendimento à Resolução nº 196/96, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande, recebendo parecer favorável com nº 92/2009.

Resultados

A análise dos dados identificou quatro categorias: *Reconhecendo-se como a principal referência de cuidado da criança no hospital, Realizando controle no hospital, Cuidando da segurança da criança no hospital e Sendo fonte de informações acerca da criança.*

Reconhecendo-se como a principal referência de cuidado da criança no hospital

Na maioria das vezes, é a própria mãe quem se coloca na posição de cuidadora, pois em casa ela já representa este papel:

A minha atenção é exclusiva para ele. É só ele, tudo para ele [FS].

No hospital, a gente cuida 100% da criança, pois em casa a gente tem a lida da casa, tem a roupa, tem a lida de qualquer mãe. Só que aqui dentro eu me esqueço de tudo. Sempre vai ter alguém que vai me auxiliar nestas outras coisas. Mas como mãe eu quero estar 24 horas do dia com ela, eu quero estar com ela, eu quero estar junto a ela [FV].

Em alguns casos, os familiares se revezam, mas, mesmo assim a maior parte do tempo dedicado ao cuidado à criança no hospital recai sobre a mãe. Nestes casos, observamos ainda que o familiar que substitui a mãe é outra mulher. Outras vezes, a mãe é a única cuidadora da criança, mesmo em casa:

Da vez que a tia irmã do marido ficou com ele aqui no hospital, até que ela ficou a noite toda. Mas eu saí daqui quase à meia noite. Eu deixei ele dormindo e voltei com ele ainda dormindo. Eu sabia que ele ia dormir a noite toda por causa dos medicamentos. Mas eu não consigo deixar ele, assim, com ninguém por muito tempo. Eu sei que ele estranha, está sempre comigo em casa. Aqui, não dá para ficar longe dele [FC].

A minha mãe. Geralmente é ela ou a minha irmã que vêm aqui ficar um pouco com ele para mim ir em casa. Mas é rapidinho. Em

seguida eu já volto. Só vou em casa por causa dos outros filhos, mas meu coração fica aqui com ele (chora) [FD].

A partir da decisão de quem permanecerá com a criança, este familiar se torna sua principal referência de cuidado, representando a família no hospital, permanecendo ao seu lado na maior parte do tempo. A família acredita que a criança precisa de alguém que conheça por perto, de quem sinta o cheiro, reconheça o toque e a fisionomia e se reconheça enquanto família, reforçando sua identidade parental:

Para vir ficar com ela não. Eu fico com ela. Qualquer coisa, eu chamo a minha mãe. Mas tem que ser eu. Todo mundo quer vir ficar com ela. Mas ela não quer. É uma questão de cheiro, de pele, de olho. Ela quer a mim. Sempre somos só nós em casa. E eu mesma não ia ficar tranqüila [FA].

No hospital, o ambiente é organizado de forma a possibilitar que a família exerça o cuidado à criança, acompanhando seu processo saúde-doença de forma integral e compartilhada com os profissionais, principalmente, da equipe de enfermagem. Verificou-se que o familiar cuidador assume para si o cuidado, não abdicando de sua responsabilidade junto à criança, nem delegando o mesmo à equipe de saúde:

Eu que cuido dela, porque eu que conheço tudo dela. Cada olhar, cada gesto. Aqui tem tudo que a gente precisa para cuidar e tem o apoio das gurias (enfermagem). Minha mãe mesmo é uma pessoa que cuidaria muito bem

dela aqui. Eu é que não deixo. [...] A gente está juntas nesta e vamos assim até o fim. [...] É uma necessidade minha de estar com ela. Para ela saber que somos eu e ela, juntas sempre. Eu me realizo de estar aqui. Parece que é o cumprimento de uma missão de mãe estar junto. Ela é um pedaço meu. Como vou andar por aí, sabendo que ela está aqui? [FA].

Verificou-se que a mãe pode se sentir insegura em deixar a criança aos cuidados de outra pessoa. Demonstrando medo de que, em sua ausência, alguma coisa ruim aconteça, como um acidente ou a piora no seu quadro clínico. Verificou-se que estar com a criança auxilia a minimizar o sofrimento causado pela situação vivenciada:

Se o meu marido ficar eu vou para casa tomar um banho, mas o descanso não ocorre porque eu tenho que estar ali vendo o que está acontecendo. Não é que a pessoa que vai ficar não vá cuidar, mas a gente se sente insegura. Acho que só posso sair daqui no momento em que ela também sair. Se nós duas estivermos fora daqui juntas. Isto aí é coisa de mãe mesmo. A gente fica insegura se, justo nesse momento, ela piorar, cair e se machucar, chorar por mim. Aí eu vou me sentir muito culpada. Então, eu vou ficar muito mais segura, muito mais tranquila se eu não sair, se eu ficar o tempo todo aqui. Isto faz parte do instinto de mãe [FC].

Realizando controle sobre os profissionais da saúde que cuidam da criança no hospital

Mostra que a família acredita que sua presença junto à criança influencia na qualidade do cuidado realizado pelos profissionais da Unidade. Ela se coloca como protetora da criança, que se encontra frágil e vulnerável. O controle busca garantir que a criança receberá um cuidado de qualidade, adequado às suas necessidades, e que a família irá se manter informada do que está ocorrendo, deixando-os mais seguros e confiantes:

Eu confio. Mas a gente fica cem por cento atenta para saber tudo o que acontece e garantir que ela receba o melhor atendimento. Ela está doente e sofrida e eu preciso garantir que ela receba todo o cuidado que precisa [FA].

Eu cuido ele. Cuido tudo. Controlo cada passo das pessoas que entram no quarto e vão mexer nele. Primeiro tem que me dizer o que é e o que não é. Assim, eu deixo [FC].

A família controla o trabalho da equipe, acompanhando de perto tudo que é realizado, comparando os cuidados com o seu filho com os oferecidos às outras crianças com patologias semelhantes. A partir do seu discernimento, avalia se o cuidado da equipe à criança é o correto:

Comparo o cuidado que ela está recebendo com o que as outras crianças que possuem a mesma doença dela estão recebendo. Aí eu vejo se está tudo certinho [FA].

A análise do controle no hospital revela que a família acompanha de perto a evolução dos sintomas apresentados pela criança, identificando a melhora ou piora no seu quadro clínico, a necessidade de cuidados diferenciados e os resultados dos seus exames:

Eu quero estar com ela, quero estar juntinho. Eu observo pra ver se ela está melhorando ou piorando, os resultados dos exames. O que deu. Tudo! [FV].

Cuidando da segurança da criança no hospital

Mostra que, durante o processo de hospitalização, a criança torna-se mais dependente e passa a ter dificuldades de realizar atividades com as quais estava habituada. Enquanto adapta-se ao hospital, a criança é submetida a riscos como dormir em um berço ou cama diferente, levar um choque elétrico devido a tomadas desprotegidas, escadas, chão liso e escorregadio, entre outros riscos.

Assim, a família preocupa-se com a sua segurança, implementando estratégias que visam sua proteção. Nesse sentido, cuida para a criança não cair da cama, fica com a criança no colo para ela não se machucar, dorme junto com ela na cama ou na cadeira, limita a área física na qual a criança pode se locomover, supervisiona o banho e procura adaptá-la ao ambiente, familiarizando-a ao hospital:

Eu cuido para ela não cair da cama [FH].

Principalmente a questão da segurança. Quando eu cheguei aqui e elas falaram que ela iria para um berço, eu disse para elas que, se elas tivessem uma cama

eu preferia, pois eu me encosto à parede e faço um protetor com cobertas na volta. Eu não durmo, eu fico sentada. Eu estou aqui é para cuidar da minha filha. Eu me sinto insegura com o berço. Para evitar as quedas, eu já pedi se puder depois trocar por uma caminha, seria melhor [FV].

Eu fico muito com ele no colo porque ele é muito curioso e quer colocar o dedo na tomada. Eu tenho medo da escada. Então, fico com ele no colo [FA].

Outra preocupação quanto à segurança da criança, é o medo de que ela adquira outras doenças como uma infecção hospitalar, piorando, assim, o quadro clínico e aumentando seu tempo de hospitalização. Como estratégia de segurança, a família procura limitar o contato de seu filho com outras crianças doentes, não frequentando as outras enfermarias e mantendo a criança no quarto:

Eu mantenho o máximo ele dentro do quarto. Tenho medo dele pegar outras doenças [FA].

Meu maior medo é que ela pegue uma infecção hospitalar. Da outra vez que estive internada, ela pegou e teve que reinternar. Eu não circulo com ela, fico só no quarto [FV].

Outros cuidados com a segurança da criança dizem focam em evitar uma piora no seu quadro clínico como evitar que a criança retire o oxigênio, protegê-la durante as crises convulsivas, oferecer-lhe uma cadeira de rodas para ela não se cansar e não deixá-la chorar:

Eu cuido muito para ela não arrancar o oxigênio [FH].

Meu maior cuidado é para evitar as convulsões. Olho toda hora a cabeça para ver se não está quente, vejo a temperatura. Ele não pode convulsionar [FD].

Se ela chorar fica muito cansada. Então passeio com ela na cadeira de rodas [FV].

Sendo fonte de informações acerca da criança

O familiar cuidador no hospital revela-se como uma importante fonte de informações acerca da criança para a equipe de saúde e para os demais familiares. Além disso, no hospital, este familiar é o primeiro a reconhecer os sinais de alteração no quadro clínico da criança, servindo como sentinela para a equipe de saúde.

Por ser a pessoa que mais conhece a criança no hospital seus referenciais e preferências e por ser quem acompanhou a evolução de seu quadro clínico, desde o domicílio até o hospital, o familiar cuidador apresenta-se para a equipe de saúde como um tradutor da criança, cooperando com os profissionais na condução de sua terapêutica. É este familiar que possui informações acerca do processo de adoecimento, sabendo informar como a doença evoluiu, que medicamentos

e exames a criança já realizou e como ela está reagindo frente à terapêutica instituída no hospital:

Querem saber que medicamentos ela tomou em casa, os exames que ela fez. Todo mundo pergunta, o médico, as enfermeiras, os estagiários [FE].

Eu preciso estar atenta, me lembrar de tudo, pois sou eu quem tem as informações sobre a minha neta aqui [FU].

Sendo a fonte de informações acerca da criança, o familiar cuidador assume, frente à sua família, o compromisso de representá-la no hospital, traduzindo para ela todos os acontecimentos com a criança. Através destas informações, a família participa do processo de hospitalização da criança, podendo assumir outros aspectos da vida familiar, subsidiando tanto a criança como seu cuidador no hospital em suas necessidades:

Como sou só eu para cuidar dela aqui no hospital, eu pergunto tudo. Quando o pai dela chegar do mar vai me cobrar, vai querer saber tudo que aconteceu [FD].

Quem vem aqui eu dou informações dele. Eu ligo, também, para dizer qualquer coisa: como foram os exames [FD].

Este papel de sentinela revela que a família, pela sua proximidade e convivência, está mais capacitada para identificar prontamente as alterações de comportamento da criança e do seu estado de saúde, mobilizando a equipe de saúde no sentido do atendimento de suas necessidades imediatas. Este fato torna a presença do familiar cuidador importante para a equipe, pois os familiares tornam-se os mediadores da criança no mundo do hospital, possuem profundo conhecimento das peculiaridades físicas e emocionais de seus filhos, percebem suas reações e alterações de comportamento e informam a equipe, auxiliando-a na implementação de cuidados efetivos à criança:

Eu acho que quem mais conhece a minha filha sou eu. Até um jeito de olhar dela diferente eu já percebo e aviso as enfermeiras [FCans].

Eu me sinto competente para cuidar aqui no hospital porque eu não sou abusada. Qualquer coisa que eu ache ele ruinzinho, eu já chamo as gurias da enfermagem [FI].

Cuidando para chamar o médico ou as enfermeiras nos casos de piora. Se a gente não negligenciar a nossa parte o resto vai andar. Se eu que estou aqui só com ela não ver as coisas, como é que a enfermeira que tem ene coisas para fazer vai ver? [Fconf].

Discussão

Para a criança, a hospitalização representa sentimentos novos e negativos como o medo do desconhecido, além do sofrimento físico e psicológico diante dos procedimentos médicos e de enfermagem (15). Por determinar processos de perda, independentemente do tempo de internação, a hospitalização torna-se uma experiência desagradável, caracterizada por mais choro e dependência dos pais. As crianças se tornam mais vulneráveis aos sentimentos, pois precisam se adaptar às mudanças no seu cotidiano e ao ambiente hospitalar (16).

Desta forma, além da família ser o apoio emocional da criança, também representa sua principal referência de cuidado (17). Nesse sentido, a literatura evidencia que a mãe se considera uma figura insubstituível nesse processo e sente que não há outra pessoa à sua altura e com a devida responsabilidade para cuidar do filho de forma semelhante a ela (18). Isso é confirmado quando a própria criança a considera como protetora e escolhida dentre todos os demais familiares (3). A criança necessita de dedicação com exclusividade, portanto, ao vivenciar a doença, aspectos que perturbam a família podem interferir no cuidar e a criança não pode se tornar o foco das atenções por todos da família, mas apenas por seus cuidadores (19).

No hospital, a família mantém vigilância constante, controlando o cuidado prestado à criança, colocando-se disponível para ela, sendo uma fonte de apoio (20). Mas, na maioria das vezes, o familiar pode ser interpretado como inflexível, invasivo e até mesmo indesejável pela equipe, por questionar sobre a situação de seu filho (21).

Uma temática emergente que deve ser considerada e discutida se refere à segurança do paciente, observando circunstâncias de risco para as crianças internadas (22). Portanto, tanto a segurança, quanto a proteção necessitam estar inseridas no processo da hospitalização. A garantia de assistência à saúde é direito da criança e não atendê-lo pode ser considerado negligência e violência, o que pode ocorrer em diversos âmbitos (21).

Além da equipe de saúde, a família cuida da segurança da criança no hospital, pois sua presença constitui fonte de proteção e apoio necessários para que ela vivencie o processo de internação, geralmente doloroso e desconhecido, auxiliando-a na adaptação à situação vivida (6). O medo de que

a criança adquira uma infecção hospitalar ou se machuque, piorando seu quadro clínico, é uma realidade que mobiliza a família, no sentido de limitar a convivência com outras crianças nas enfermarias (15).

No hospital as famílias se tornam agentes do processo por meio de questionamentos e contribuições, apresentando sua realidade, costumes, anseios, bem como seus conhecimentos leigos a respeito da doença e da saúde, subsidiando, desta forma, uma assistência possivelmente mais efetiva à criança. O familiar cuidador apresenta-se no hospital como a principal fonte de informações acerca da criança e coopera com o seu cuidado. Embora a equipe de enfermagem detenha conhecimentos científicos e experiência técnica e teórica acerca da internação das crianças, é o familiar, presente e lado a lado no cuidado, quem consegue observar as, talvez, imperceptíveis alterações na saúde da criança e que são importantes para o seu cuidado (6).

É possível conhecer a realidade que a criança vive e seu universo, basta tentar conhecer a família, em particular os pais, o que possibilita uma melhor interação com o paciente (20). Assim, a presença da família junto à criança durante a hospitalização significa segurança para a criança e para a equipe (23,24). Nesse sentido, conforme mostra um estudo realizado na Itália, o cuidado é compartilhado na unidade de internação, pois os pais acolhem a angústia e as revelações trazidas pela doença e as traduzem para a criança da forma mais amena possível, transmitindo informações importantes para a equipe de enfermagem e, subsidiando o cuidado à criança (25).

Tornam-se, assim, mediadores da criança no mundo do hospital porque, geralmente, possuem profundo conhecimento das peculiaridades físicas e emocionais de seus filhos, percebem suas reações e as alterações no seu comportamento antes dos profissionais da equipe, possibilitando a melhoria da qualidade da assistência (26).

Conclusão

Buscou-se conhecer o significado atribuído pela família ao cuidado à criança no hospital. Os dados evidenciaram que o familiar cuidador reconhece-se como a principal referência e cuidado da criança, realiza controle no hospital, cuida da segurança da criança e apresenta-se

como fonte de informações sobre a criança para a equipe de saúde.

Ao considerar-se a principal referência de cuidado à criança, reivindica maior poder de participação no seu cuidado no hospital. Com o controle, procura influenciar a qualidade do cuidado prestado, mantendo-se informada acerca do processo de saúde e doença da criança, acompanhando a evolução do seu quadro clínico.

Em relação ao cuidar da segurança da criança, buscam auxiliá-la a adaptar-se ao hospital, evitando que ela se acidente, contraia uma infecção hospitalar ou outra doença, piorando seu quadro clínico. Além disso, fornecem informações sobre a criança aos outros familiares e aos membros da equipe de saúde, propiciando a prontidão do cuidado de acordo com sua necessidade.

Verificou-se, assim, que frente à internação hospitalar da criança, a família é capaz de, a partir das interações com os profissionais da saúde-enfermagem atuantes no setor, reorganizar-se e agir. Há a necessidade de se repensar o papel da família como cuidadora e nosso papel na interação com ela, durante a relação de cuidado, considerando os significados atribuídos à experiência vivida.

Torna-se necessário criar espaços de liberdade para que a família possa se estabelecer como tal no ambiente do hospital. Evidenciou-se que o cuidado compartilhado torna-se uma perspectiva, onde tanto profissionais como familiares cuidadores atuam na construção de uma responsabilização compartilhada do cuidado, em que cada um beneficia a criança com a especificidade do seu cuidado, negociando ações estratégicas capazes de propiciar-lhe um cuidado integral e humanizado.

A internação hospitalar da criança apresenta-se como um momento singular na sua vida e na de seu familiar cuidador. No hospital, a família não abdica de seu papel junto à criança, assumindo para si o seu cuidado. Assim, necessitam ser auxiliadas, instrumentalizadas e empoderadas para a aquisição de habilidades e competências de cuidado. Só assim poderão continuar sendo protagonistas de sua própria história, preservando sua parentalidade.

Referências

- (1) Ferrante P, Cuttini M, Zangardi T, Tomasello C, Messi G, Pirozzi N *et al.* Pain management policies and practices in pediatric emergency care: a nationwide survey of Italian hospitals. *BMC Pediatr.* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 jan 15]; 13:139. Available from: DOI: 10.1186/1471-2431-13-139
- (2) Melo EM, Ferreira PL, Lima RA, Mello DF. The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. *Rev Latino-Am Enfermagem* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 jan 19]; 22(3):432-439. Available from: DOI: 10.1590/0104-1169.3308.2434
- (3) Santos AM, Amorim NM, Braga CH, Lima FD, Macedo EM, Lima CF. Vivências de familiares de crianças internadas em um Serviço de Pronto-Socorro. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2017 jan 21]; 45(2):473-479. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a23.pdf>
- (4) Wegner W, Pedro EN. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2017 jan 21]; 20(3):427-434. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf
- (5) Pallás-Alonso CR, Losacco V, Maraschini A, Greisen G, Pierrat V, Warren I *et al.* Parental involvement and kangaroo care in European neonatal intensive care units: a policy survey in eight countries. *Pediatr Crit Care Med* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2017 jan 21]; 13(5): 568-577. Available from: DOI: 10.1097/PCC.0b013e3182417959
- (6) Murakami R, Campos CJ. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. *Rev. Bras. Enferm.* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2017 jan 17]; 64(2):254-260. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S003471672011000200006>
- (7) Marques JF, Santos HÁ. A criança como unidade de cuidado e campo de investigação da enfermagem. *ABCS Health Sciences* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2017 jan 21]; 37(2):81-86. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2012/v37n2/a3055.pdf>
- (8) Gomes CG, Leite FL, Souza NZ, Xavier DM, Cunha JC, Pasini D. Estratégias utilizadas pela família para cuidar a criança no hospital. *Rev. Eletr. Enf* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 2017 jan 21]; 16(2):434-442. Disponível em: DOI: 10.5216/ree.v16i2.21112
- (9) Carmona EV, Coca KP, Vale IN, Abrão AC. Conflito no desempenho do papel de mãe em estudos com mães de recém-nascidos hospitalizados: revisão integrativa. *Rev. Esc. Enferm. USP* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2017 jan 17]; 46(2):505-512. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a32v46n2.pdf>
- (10) Collet N. Sujeitos em interação no cuidado à criança hospitalizada: desafios para a Enfermagem Pediátrica [Editorial]. *Rev. Bras. Enferm.* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2017 jan 21]; 65(1):7-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/01.pdf>
- (11) Nicola GD, Ilha S, Dias MV, Freitas HM, Backes DS, Gomes GC. Percepções do familiar cuidador acerca do cuidado lúdico à criança hospitalizada. *Rev. Enferm. UFPE On-line* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 2017 fev 21]; 8(4):981-986. Disponível em: DOI:10.5205/reuol.5829-50065-1-ED-1.0804201425
- (12) Strauss AL, Corbin JM. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques.* Newbury Park, CA: Sage Publications; 1990.
- (13) Strauss AL, Corbin JM. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.* 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- (14) Streubert HJ, Carpenter DR. *Ethnographic research approach.* In: Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative.* Philadelphia: Lippincott; 1995. pp.89-112.
- (15) Dutra CF, Neves NV, Barreto ML, Souza MV, Mayer EM, Cupertino MC *et al.* Programa de atendimento à família no ambiente hospitalar: uma ação de humanização junto

aos acompanhantes das crianças internadas no hospital São Sebastião de Viçosa, MG. Participação. [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2017 jan 21];17:54-60. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/participacao/article/view/5988/4953>

(16) Gomes GC, Oliveira PK. Vivências da família no hospital durante a internação da criança. Rev. Gaúcha Enferm. [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2017 jan 15];33(4):165-171. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400021>

(17) Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. Matern Child Health J [serial on the Internet]. 2012 [access: 2017 jan 12];16(2): 297-305. Available from: DOI: [10.1007/s10995-011-0751-7](https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7)

(18) Higham S, Davies R. Fathers roles when their child is in hospital. Nurs Times [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 jan 12];109(35):26-27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24266243>

(19) Sumanović-Glamuzina D, Sesar I, Krišto B, Ostojić L. Child-and family-centered care in the treatment of children-knowledge, attitudes, practice. Psychiatr Danub [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 jan 12];25(Suppl 1):37-40. Available from: http://www.hdbp.org/psiquiatria_danubina/pdf/dnb_vol25_sup1/dnb_vol25_sup1_37.pdf

(20) Côa TF, Pettengill MA. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Rev. Esc. Enferm. USP [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2017 jan 20]; 45(4):825-832. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400005>

(21) Matos JC, Rodrigues MC, Borges MS, Henriques MV, Lima RR. Cultura de segurança do paciente no cuidado em saúde: análise reflexiva. Rev Enferm UFPE Online [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 2017 jan 19];10(6):2223-2229. Disponível em: DOI: [10.5205/relou.9199-80250-1-SM1006201638](https://doi.org/10.5205/relou.9199-80250-1-SM1006201638)

(22) Silva T, Wegner W, Pedro EN. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica

do acompanhante. Rev. Eletr. Enf. [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2017 jan 12];14(2):337-344. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.12977>

(23) Alves DF, Guirardello EB. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. Rev. Gaúcha Enferm. [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 2017 jan 15]; 37(2): e58817. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58817>

(24) Vasli P, Salsali M. Parents' participation in taking care of hospitalized children: a concept analysis with hybrid model. Iran J Nurs Midwifery Res [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Jan 19]; 19(2):139-144. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24834082>

(25) Giannini A, Miccinesi G. Parental presence and visiting policies in Italian pediatric intensive care units: a national survey. Pediatr Crit Care Med [serial on the Internet]. 2011 [access: 2017 Jan 12];12(2):e46-e50. Available from: DOI: [10.1097/PCC.0b013e3181db9c2](https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e3181db9c2)

(26) Lima AS, Silva VK, Collet N, Reichert AP, Oliveira BR. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. Texto Contexto Enferm [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 2017 jan 12];19(4):700-708. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400013>

Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional

Lactancia materna
en la primera hora de
vida: conocimiento y
práctica del equipo
multiprofesional

Breastfeeding within
the first hour after
birth: knowledge
and practice of
multidisciplinary
team

-
- Marcos Benatti Antunes¹ • Marcela de Oliveira Demitto² • Larissa Gramazio Soares³ •
• Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic⁴ • Ieda Harumi Higarashi⁵ •
• Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato⁶ • Sandra Marisa Pelloso⁷ •
-

•1• Doutorando em Enfermagem. Coordenador da Estratégia Saúde da Família - ESF no Município de Sarandi-PR. Maringá, Brasil. E-mail: bena771@gmail.com

•2• Doutora em Enfermagem. Professora contratada, Departamento de Medicina, Unicesumar. Maringá, Brasil. E-mail: mar_demitto@hotmail.com

•3• Doutoranda em Enfermagem. Professora Colaboradora, Universidade Estadual do Centro-Oeste/UNICENTRO. Curitiba, Brasil. E-mail: lari_gramazio@hotmail.com

•4• Doutora em Ciências da Saúde. Professora Assistente, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Brasil. E-mail: kikanovic2010@hotmail.com

•5• Doutora em Educação. Professora Associada, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Brasil. E-mail: ieda1618@gmail.com

•6• Doutora em Enfermagem. Professora Associada, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Brasil. E-mail: sichisato@hotmail.com

•7• Doutora em Enfermagem. Professora Titular, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Brasil. E-mail: smpelloso@uem.br

Recibido: 26/05/2014 Aprobado: 10/02/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n1.43682



Resumo

Objetivo: Verificar o conhecimento e prática sobre a amamentação na primeira hora de vida entre membros da equipe multiprofissional de um hospital do município de Maringá, Paraná.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados entre os meses de outubro e novembro de 2013, por meio de entrevistas gravadas com 11 participantes. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo.

Resultados: Encontrou-se deficiência no conhecimento dos profissionais sobre a amamentação na primeira hora de vida; além disso, a prática não acontece na instituição, desvelando desafios e sugestões para a implantação desse passo.

Conclusão: Sugere-se aderir esta prática às políticas hospitalares de promoção e proteção ao aleitamento materno, que valorizem a equipe multiprofissional e o trabalho colaborativo entre seus membros.

Descritores: Aleitamento Materno; Recém-Nascido; Equipe de Assistência ao Paciente; Pesquisa Qualitativa (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Evaluar el conocimiento y la práctica sobre la lactancia materna en la primera hora de vida entre los miembros del equipo multidisciplinario de un hospital en la ciudad de Maringá, Paraná.

Metodología: Estudio descriptivo-exploratorio con enfoque cualitativo. Los datos fueron recolectados entre octubre y noviembre del 2013 mediante entrevistas grabadas con 11 participantes. Para el procesamiento de los datos, se utilizó la técnica de análisis de contenido.

Resultados: Se encontró que los profesionales de la salud tienen deficiencias en el conocimiento acerca de la lactancia materna en la primera hora de vida; además, la práctica no suele realizarse en la institución, a partir de lo cual surgen desafíos y recomendaciones para establecer esta actividad.

Conclusión: Se sugiere incluir esta práctica en las políticas del hospital para la promoción y protección de la lactancia materna, que consoliden el equipo multidisciplinario y el trabajo colaborativo entre sus miembros.

Descritores: Lactancia Materna; Recién Nacido; Grupo de Atención al Paciente; Investigación Cualitativa (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To evaluate the knowledge and practice about breastfeeding within the first hour after birth among members of the multiprofessional team of a hospital in the municipality of Maringá, Paraná.

Methodology: Qualitative, descriptive, and exploratory study. The data were collected between October and November of 2013, through interviews recorded with 11 participants. For the data treatment, the content analysis technique was used.

Results: Weaknesses in the knowledge of health professionals about breastfeeding within the first hour after birth were found. On the other hand, the practice does not take place in the health institution, revealing challenges and suggestions for the implementation of this custom.

Conclusion: It is recommended that this practice be included in hospital policies to promote and protect breastfeeding, which strengthen the multiprofessional team and the collaborative working among its members.

Descriptors: Breast Feeding; Newborn; Patient Care Team; Qualitative Research (source: DECS BIREME).

Introdução

A amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido (RN) é considerada como fator protetor para a mortalidade neonatal (1). Estudos científicos comprovam que a amamentação na primeira hora de vida tem efeito protetor, devido à colonização intestinal de bactérias saprófitas encontradas no leite materno e aos fatores imunológicos bioativos adequados para o recém-nascido, presentes no colostro materno (2).

No Brasil, a prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida ainda é baixa: entre crianças menores de um ano, é de 67,7% (3), o que indica a necessidade de ações que envolvam os profissionais de saúde para a melhoria dessa taxa. Atualmente, pouco se sabe sobre a vivência dos profissionais que atendem a mulher e o recém-nascido no âmbito hospitalar em relação à amamentação na primeira hora de vida, porém sabe-se que estes exercem papel fundamental na concretização da amamentação na primeira hora de vida (4).

A prática de colocar o recém-nascido para ser amamentado logo após o nascimento, ainda na sala de parto, desde que mãe e filho estejam bem, corresponde ao 4º Passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Este passo preconiza o contato pele a pele ininterrupto entre a mãe e seu filho, adiando qualquer procedimento rotineiro de atenção ao recém-nascido que venha separar os dois (5). O contato precoce da mãe com o bebê facilita a redução da hipotermia e da sepse, além da diminuição da permanência no hospital e do risco de mortalidade na alta hospitalar (6).

A literatura faz referências a alguns entraves para que a amamentação na primeira hora ocorra. Certas características maternas são relacionadas, tais como a cor preta, primíparas, a não realização do pré-natal (7) e o processo de trabalho inadequado em maternidades e no modelo de atenção ao parto brasileiro, no qual impera o excesso de intervenções e a submissão feminina ao profissional que a assiste (8). Além disso, as características do RN, como o baixo peso ao nascer, são fatores que estão associados a um risco elevado de não amamentação precoce (9).

Desta forma, surgiu a seguinte questão de pesquisa: *Qual é o conhecimento da equipe multiprofissional em relação à amamentação na primeira hora de vida?* Ainda, no sentido de subsidiar estratégias futuras que permitam a amamentação na primeira hora de vida, o presente estudo teve como objetivo verificar o conhecimento e a prática sobre amamentação na primeira hora de vida entre membros da equipe multiprofissional de um hospital do município de Maringá, Paraná.

Metodologia

Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, realizado com a equipe multidisciplinar que presta assistência à parturiente e ao recém-nascido em um hospital de médio porte localizado no município de Maringá, Paraná. Esta instituição, que presta atendimentos ao Sistema Único de Saúde (sus), atualmente não é reconhecida como Amiga da Criança, porém ações estão sendo implementadas com vistas a tal acreditação.

A equipe multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fonoaudiólogos. Essa equipe atua nos setores da maternidade, berçário e sala de parto. O critério único de inclusão neste estudo foi ser profissional de saúde que prestasse assistência à mulher no evento do parto; como critério de exclusão, estar em período de férias ou afastado da instituição por tempo superior a 15 dias. Inicialmente, os participantes foram abordados individualmente pelos pesquisadores e convidados a participar da pesquisa; posteriormente, as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade e o interesse de cada profissional em participar do estudo. As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada na própria instituição e cada uma teve duração de aproximadamente 40 minutos.

Em relação ao número de participantes, este foi determinado pelo critério de saturação teórica, que ocorre quando os objetivos do estudo são contemplados, dando início à repetição de dados e à ausência de novas informações pertinentes ao objeto de estudo (10). Deste modo, foram onze os entrevistados da pesquisa em questão.

Os dados foram coletados no período outubro-novembro de 2013 por meio de entrevistas gravadas que foram guiadas por um roteiro

semiestruturado. O roteiro é composto por duas seções: uma voltada à caracterização dos participantes –categoria profissional, idade, tempo de formação, tempo de serviço no setor de atendimento à parturiente e especialização na área– e outra contendo a seguinte questão norteadora: *O que você conhece sobre amamentação na primeira hora de vida e como ela acontece nessa instituição?*

Para a análise dos dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à técnica de análise de conteúdo (11), seguindo as fases de pré-análise, exploração do material, análise e interpretação referencial. No tratamento dos resultados, tais elementos foram então agrupados, de acordo com a semelhança, para a formação de três categorias temáticas: *Conhecimento da equipe multiprofissional*, *Desafios para a implantação da amamentação precoce* e *Sugestões para efetivação da amamentação na primeira hora de vida*. Esta etapa final compreendeu as fases de inferência e interpretação, fundamentada à luz de outros achados da literatura pertinente.

Para respeitar o sigilo dos participantes, foram utilizadas as iniciais da categoria profissional, associada a um número entre 1 e 4 atribuído de acordo com a sequência das entrevistas. As categorias profissionais entrevistadas foram enfermeiros, médicos, fonoaudiólogos e técnicos de enfermagem.

Esta pesquisa respeitou todas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sob parecer nº 449.631/2013. Além disso, cada um dos participantes, ao aceitar fazer parte da pesquisa, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

Os sujeitos do estudo foram quatro enfermeiros, três médicos, um fonoaudiólogo e três técnicos de enfermagem. A idade dos sujeitos variou entre 24 e 47 anos. Quanto ao tempo de formação acadêmica, a média foi de oito anos, tendo como limites inferior e superior dois e 25 anos, respectivamente. Em relação ao tempo de atuação no setor de atendimento à parturiente, a média foi de três anos, com sete meses e oito anos como limites infe-

rior e superior, respectivamente. Destaca-se que apenas quatro profissionais possuíam algum tipo de curso que aprimorasse sua prática profissional na área de saúde da mulher e da criança.

Este dado reflete a necessidade de investir no aprimoramento técnico-científico, sobretudo nas residências multiprofissionais e/ou especializações para a equipe de saúde com vistas a um maior engajamento no processo de trabalho dentro das unidades materno-infantis. É consenso que, para que o profissional de saúde seja um promotor eficaz do aleitamento materno, este deve estar munido de conhecimento técnico e científico acerca das questões que permeiam esse processo (12).

Apresentam-se a seguir as categorias temáticas que emergiram da análise das entrevistas.

Conhecimento da equipe multiprofissional

Esta categoria revela o déficit no conhecimento dos profissionais sobre a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) que estabelece entre suas prerrogativas –os dez passos para promover a amamentação– a implementação do quarto passo, representada pela amamentação na primeira hora de vida:

Não, nunca ouvi falar, não [TE2].

Eu não conheço os dez passos da IHAC [M2].

Mais ou menos. Não ter uso de bico artificial, aleitamento na primeira hora. A gente até consegue fazer algumas coisas aqui; nem todas [F1].

As diversas dificuldades para a implantação da IHAC podem estar associadas à falta de conhecimento dos profissionais. A carência de preparo da equipe acaba tornando-se um empecilho para o sucesso dessa iniciativa, o que indica a necessidade de capacitação de todos os profissionais envolvidos (7).

No que tange à ótica da parturiente, por sua vez, não basta apenas existir o desejo de amamentar, tampouco o conhecimento acerca das vantagens e recomendações do AM; a mulher precisa de apoio e compreensão de sua realidade para que possa vivenciar o processo de amamentação da melhor forma possível (4). Assim, se faz necessário que os profissionais de saúde estejam disponíveis e preparados técnica e cientificamente para amparar e encorajar a mulher nesse processo.

Os dez passos da IHAC propõem uma transformação na rotina hospitalar por meio de ações que priorizam o aleitamento materno. As ações referem-se a início precoce da amamentação em livre demanda, alojamento conjunto, proibição de propaganda e distribuição de fórmulas infantis, bicos e chupetas e uso de leite artificial (1).

A equipe multiprofissional tem revelado o déficit no conhecimento sobre a amamentação na primeira hora e destacado que tal ação não acontece com frequência na instituição. Ainda assim, os profissionais destacam a importância de colocar o recém-nascido para ser amamentado precocemente para a formação de vínculo entre o binômio mãe-recém-nascido:

Eu sei que é essencial, que é o início do vínculo da mãe com a criança, mas que geralmente não é feito mesmo; aqui não é feito [M2].

Mantêm vínculo e fortalece a criança naquele primeiro momento em que ela sai do ventre da mãe. Isso repercute

lá na frente pra ela, seria a coisa mais ideal de estar se fazendo [E4].

Dentre os inúmeros benefícios da amamentação na primeira hora de vida, está o estímulo ao vínculo entre a mãe e o recém-nascido. Esta relação se estabelece por meio do contato pele-a-pele, pela troca de olhares e pelo próprio ato de amamentar (13, 14).

O contato precoce entre a mãe e o recém-nascido na primeira hora após o parto evidencia sua importância, pois oportuniza a mulher de olhar, tocar, pegar e começar a amamentar seu filho, suprindo toda a expectativa que ocorre durante a gestação; além disso, proporciona o fortalecimento do vínculo afetivo existente entre os dois. Portanto, ao nascimento, após avaliação inicial e verificada a vitalidade da criança, esta deve ser colocada junto à mãe para receber os estímulos adequados e proporcionar que a amamentação ocorra na primeira meia hora de vida após o nascimento (15).

Entretanto, a falta de conhecimento em relação à IHAC não foi impeditiva para que os profissionais da instituição pesquisada não implementassem o quarto passo. Mas deve-se ampliar a discussão acerca da iniciativa para que as ações sejam fortalecidas e evidenciadas a partir das práticas já executadas.

Desafios para a implantação da amamentação precoce

A divergência de opiniões e condutas entre os membros da equipe de saúde —especialmente o profissional médico— foi citada como um dificultador para a prática da amamentação precoce:

A dificuldade nossa é com relação à aceitação, por vezes, da própria equipe médica, né?; de abrir esse espaço pra que a gente fique com o bebê nesse momento, lá na sala [de parto] [E1].

Precisa sim de o médico apoiar a equipe toda, porque daí se todo mundo aceitar, fica tranquilo [F1].

Essa mesma realidade foi verificada em outra pesquisa realizada em um hospital privado de Porto Alegre. A investigação mostrou que a assistência de saúde inflexível e “presa” às normas, às regras institucionais e à cultura da competência biomédica são fatores que limitam a prática da amamentação na primeira hora, corroborando os relatos apresentados (16).

A alta demanda de partos e o número insuficiente de funcionários foram também destacados pela equipe como uma justificativa para a não realização do quarto passo da IHAC:

Teve um dia que a gente teve cinco partos normais, um atrás do outro [...] é um número reduzido de funcionários [TE1].

Colocar o bebê pra sugar na sala de parto não é fácil; às vezes eles não “pegam” e você precisa de tempo, e geralmente a gente não tem esse tempo porque a gente faz sala de parto uma atrás da outra. Mas acho que se for uma coisa que começasse a estimular; acho que a gente até possa conseguir [M2].

Essa sobrecarga de trabalho, evidenciada pelos participantes, foi verificada por puérperas em outra pesquisa que buscou compreender a percepção das mulheres em relação à sua prática de amamentação. O estudo considerou a inserção delas no cenário de um Hospital Amigo da Criança (HAC) e da Rede Básica de Atenção

(RBA) na promoção do aleitamento materno, sendo que essas apontaram como a presença e disponibilidade do profissional de saúde um fator crítico para o aleitamento materno (17).

Os relatos permitem identificar uma rotina assistencial pautada no cumprimento de tarefas, a qual não considera a individualidade e a necessidade de cada binômio. Além disso, esta prática expõe o recém-nascido aos procedimentos desnecessários para o momento, ou seja, que podem ser postergados, elevando o tempo entre o nascimento e a primeira mamada:

Tem uma rotina: o banho é dado imediatamente depois do nascimento [...] é feito a vacinação [...] é meio ruim; a mãe não participa. Eu acredito que poderia ser postergado e adiantado a amamentação [M1].

Adicionalmente, observa-se a execução de uma rotina fragmentada, principalmente entre os membros da equipe de enfermagem. Nessa rotina, um profissional é responsável pelos cuidados com as puérperas e o outro com os recém-nascidos, o que impossibilita a visão holística da díade mãe-bebê:

O nosso interesse é futuramente cuidar a maternidade como um binômio; cuidar tanto da mãe quanto da criança. Mas, por enquanto, a gente tem isso separado [E4].

As meninas do berçário é que cuidam dos bebês. A gente cuida das mães antes e depois [do parto] [TE1].

Nesse sentindo, alguns autores reiteram a necessidade de uma mudança na prática assistencial, especialmente para que o contato precoce entre a mãe com seu recém-nascido aconteça logo na primeira hora após o parto. Esta prática demonstra-se favorável para a obtenção de desfechos positivos na continuidade da amamentação, evidenciando os benefícios do alojamento conjunto e rompendo com o modelo assistencial ainda praticado na separação da mãe após o nascimento do filho (18). A separação da mãe e filho ocorre na realidade do cenário pesquisado através dos berçários, pois o alojamento conjunto ainda não é totalmente executado, o que poderia fortalecer as práticas de aleitamento.

Em uma pesquisa realizada no Jersey Shore University Medical Center em Neptune, o objetivo foi discutir as barreiras encontradas por um hospital e as estratégias utilizadas para se tornar Hospital Amigo da Criança. O estudo encontrou que, para o sucesso do aleitamento materno, é fundamental a adoção de estratégias que criem um ambiente que privilegie a amamentação e que as mudanças no processo de trabalho favoreçam o contato precoce pós-parto entre mãe e filho (19).

No alojamento conjunto, é possível que a equipe de enfermagem, juntamente com a equipe do Banco de Leite Humano (BLH), repassem as informações sobre a amamentação e sobre o manejo clínico da lactação, além das orientações e técnicas para prevenções das dificuldades que podem surgir no início da amamentação (20).

O tipo de parto foi destacado pelos profissionais de saúde como barreira para a amamentação na primeira hora, especialmente o parto cesáreo, como pode ser verificado nas seguintes falas:

Quando é parto normal, [a amamentação] é mais ou menos na primeira hora. É porque a mãe já está assim: em boas condições. Quando é cesárea, é três horas depois que o neném vem do berçário para a mãe, porque a mãe já passou aquela fase da anestesia [TE1].

Agora, se fosse um parto normal, que a mãe consegue segurar a criança; aí tudo bem. Mas, parto cesárea, eu acho mais difícil [TE3].

Muitas vezes no parto normal a mãe se cansa muito, então ela não tem força nem pra dar de mamar [E2].

Na cesárea é bem difícil, até daria para tentar; mesmo com três horas já é com dificuldade [...]. A gente não pode nem virar a paciente, por causa da cefaleia pós-raqui. Se ela começa a conversar, dá gases. Muito difícil..., até a posição do bebezinho é desconfortável. A mãe está fraca, em jejum 12 horas, está morrendo de dor, não consegue nem mexer a perna [E5].

Algumas pesquisas afirmam que um dos principais entraves para o cumprimento do quarto passo está diretamente relacionado com o modelo de atenção ao parto (4). Um inquérito, realizado no Brasil em 2014, apontou que as taxas de cesarianas do Brasil são de 52% no setor público e 88% no setor privado; e que os partos vaginais que acontecem estão permeados por intervenções desnecessárias. Além disso, este inquérito afirma que o parto por cesariana contribui para a separação da mãe do bebê, em contraste com os partos vaginais em que houve a permanência maior entre eles. Portanto, o tipo de parto contribui significativamente para que o quarto passo aconteça (21).

A cesárea é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um fator de risco para a amamentação ao nascimento. A OMS preconiza que nos hospitais amigos da criança pelo menos 80% das mães com parto normal e 50% daquelas submetidas ao parto cesáreo devem ser ajudadas a colocarem o bebê em contato pele a pele para iniciar a amamentação (5). Este dado demonstra a necessidade da presença de um profissional de saúde capacitado para auxiliar a parturiente na primeira mamada, tendo em vista o esforço depreendido no caso do parto normal e do desconforto anestésico no caso do parto cesárea.

Diante de tantos desafios, destaca-se a necessidade da instituição hospitalar de aderir às políticas de promoção e proteção o aleitamento materno, permitindo a ação conjunta de todos os membros da equipe de saúde para a real efetivação da amamentação na primeira hora.

Sugestões para efetivação da amamentação na primeira hora de vida

Os profissionais enfermeiros relataram a importância de iniciar o preparo da mulher para a amamentação na Unidade Básica de Saúde (UBS), durante as consultas de pré-natal:

O grande trabalho que deveria ser feito é o trabalho da equipe de saúde do posto. A gente pega as pessoas “cruas” e convive com elas por 24 horas, 36 horas, 48 horas no máximo” [E4].

A coisa mais errada que eu vejo é que as pacientes não têm um pré-natal correto [...]; elas chegam aqui no hospital e tudo ela aprende aqui [...]. O certo seria um pré-natal correto; estar fazendo curso de gestantes; estar tendo todas as informações no começo pra ela chegar aqui e já ter uma bagagem [E5].

Em análise sobre os fatores que influenciam a decisão sobre o aleitamento materno exclusivo em crianças, constatou-se que mulheres que realizam três ou mais consultas no pré-natal com aconselhamento sobre AM apresentam maior predisposição a iniciar a amamentação precoce (9). Os profissionais sugeriram, ainda, a reorganização do atendimento à mulher e ao recém-nascido, de modo a estabelecer uma nova rotina, priorizando o aleitamento materno:

Eu acho que a gente deve reunir com a equipe de pediatra, fonoaudiólogo, ginecologista, obstetra, pra a gente tentar implantar, porque é muito bom para o bebê, né?; mudar um pouco a rotina [F1].

Uma remodelação do atendimento, acho que isso por primeiro. Não só do médico, mas dos demais profissionais envolvidos também. Acho que seria o primeiro passo [M3].

Alguns autores compartilham da opinião dos participantes ao apontarem para a dificuldade imposta entre os níveis de decisão no que se refere à burocracia que torna o processo de implantação de novas estratégias de ação, moroso e complicado. Além disso, a baixa adesão de profissionais de outras equipes, em especial da equipe médica na sala de parto —bem como a falta de um maior comprometimento destes com as mudanças propostas— acabam por gerar sobrecarga de trabalho sobre aqueles envolvidos com este processo de adoção do quarto passo (22).

Os dados refletem a importância de ações de todos os níveis de atenção para a promoção ao aleitamento materno. É durante o pré-natal que as gestantes devem ser informadas e empoderadas para a amamentação, pois tal ação irá refletir no suces-

so no momento do parto e sobretudo na primeira hora de vida. Ademais, as instituições que almejam o reconhecimento como Hospital Amigo da Criança, devem rever o processo de trabalho, tanto físico-estrutural, como de recursos humanos, a fim de consolidar os dez passos.

Pesquisas recentes sugerem que, para implantar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, esta exige uma abordagem interdisciplinar. As instituições devem identificar médicos ou enfermeiros líderes que compartilham paixões, visões e valores semelhantes ao da iniciativa (23). Além disso, este modelo compartilhado entre os profissionais melhora a qualidade da assistência e o clima institucional ao envolver todos os membros da equipe e os principais interessados para otimizar as mudanças culturais nas práticas de cuidado (24).

É preciso um novo paradigma para garantir que todas as mães do mundo possam ter um parto seguro e digno; não basta simplesmente fornecer cuidados obstétricos de emergência para recém-nascidos dentro das quatro paredes do hospital/centro de saúde. À medida que os líderes mundiais planejam qual a melhor maneira de atender a comunidade, aqueles que cuidam de mães e recém-nascidos devem repensar como garantir que as mães recebam cuidados de qualidade culturalmente apropriados, dignos e seguros. Faz-se necessário um pacote transversal a todas as políticas e ações dos profissionais envolvidos na atenção materno-infantil (25).

Considerações finais

Foi possível observar os déficits ainda existentes no conhecimento acerca da amamentação na primeira hora de vida entre os profissionais que prestam assistência à parturiente e ao recém-nascido. Ademais, encontraram-se fragilidades para a não realização de tal prática na instituição de estudo.

A divergência de opinião e as condutas entre os profissionais, a alta demanda de partos e o número insuficiente de funcionários, bem como a prevalência do parto cesariano, somada a uma rotina assistencial fragmentada e pautada no cumprimento de tarefas, foram considerados desafios para a efetiva implantação do quarto passo da IHAC. Frente a tantas dificuldades, os profissionais sugeriram uma atenção pré-natal mais eficiente, capaz de sensibilizar e preparar a mulher para a amamentação, bem

como a reorganização das rotinas hospitalares com vistas à prática da amamentação na primeira hora.

Essas são contribuições importantes que devem ser reconhecidas por instituições que almejam a acreditação do Hospital Amigo da Criança. Evidenciam ações que visam mudanças técnico-estruturais necessárias para a concretização dos dez passos da IHAC, sobretudo ações educativas para a equipe multiprofissional que presta assistência materno-infantil.

Em que pesem os limites do estudo, a abordagem qualitativa restringe generalização dos resultados obtidos. Ademais, sugere-se que outras abordagens metodológicas sejam realizadas, como estudos longitudinais que poderão esclarecer outras questões pertinentes à temática central do estudo.

Diante da importância da amamentação na primeira hora de vida para a redução da mortalidade neonatal, faz-se necessário a adesão de políticas. Um exemplo disso é a Política Nacional de Humanização o *Humanizadas*, o qual atua a partir da formação do Grupo de Trabalho de Humanização institucional e da Rede Cegonha. Essas ações favorecem a promoção e a proteção ao aleitamento materno e valorizam a equipe multiprofissional ou o trabalho em equipe, permitindo a realização de uma assistência de qualidade ao binômio mãe-recém-nascido na primeira hora do nascimento.

Referências

- (1) Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MI, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J Pediatr (Rio J)* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Jan 22];89(2):131-136. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.03.005>
- (2) Lönnerdal B. Bioactive proteins in human milk-potential benefits for preterm infants. *Clin Perinatol* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Jan 08];44(1):179-191. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2016.11.013>
- (3) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: DF (MS); 2009.

- (4) Sampaio AR, Bousquat A, Barros C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiol Serv Saúde* [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 2017 jan 12];25(2):281-290. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200007>
- (5) Fundo das Nações Unidas para Infância, Organização Mundial de Saúde (OMS). *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 2. Fortalecendo e sustentando a iniciativa hospital amigo da criança: um curso para gestores*. Brasília: Editora MS, Ministério da Saúde, 2009.
- (6) Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2016 Jun 27];16(3):CD002771. Available from: DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub2
- (7) Pereira CR, Fonseca VM, Oliveira MI, Souza IE, Mello RR. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. *Rev Bras Epidemiol* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2017 jan 22];16(2):525-534. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200026>
- (8) Moreira ME, Gama SG, Pereira AP, Silva AA, Lansky S, Pinheiro RS et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 2016 nov 26];30(Sup1):S128-S139. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00145213>
- (9) Raghavan V, Bharti B, Kumar P, Mukhopadhyay K, Dhaliwal L. First hour initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding at six weeks: prevalence and predictors in a tertiary care setting. *Indian J Pediatr* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Jul 24];81(8):743-750. Available from: DOI: 10.1007/s12098-013-1200-y
- (10) Fontanella BJ, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2008 [acesso: 2016 jan 21];24(1):17-27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- (11) Bardin L. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 7º; 2011.
- (12) Fonseca-Machado MO, Haas VJ, Stefanello J, Nakano AM, Gomes-Sponholz F. Aleitamento materno: conhecimento e prática. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 [acesso: 2016 nov 19];46(4):809-815. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400004>
- (13) Figueredo SF, Mattar MJ, Abrão AC. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno*. *Acta Paul Enferm* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2016 jan 26];25(3):459-463. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300022>
- (14) República Federativa do Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde; 2011.
- (15) Fucks IS, Soares MC, Kerber NP, Meinke SM, Escoba AP, Bordignon SS. A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. *Av Enferm* [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 2016 jan 26];33(1):29-37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.47371>
- (16) Strapasson MR, Fischer AC, Bonilha AL. Amamentação na primeira hora de vida em um hospital privado de Porto Alegre/RS: relato de experiência. *R Enferm UFSM* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2016 ago 21];1(3):489-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/217976922824>
- (17) Orso LF, Mazzetto FM, Siqueira FP. Percepção de mulheres quanto aos cenários de cuidado em saúde na promoção do aleitamento materno. *Rev Recien* [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 2017 jan 20];6(17):3-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24276/2358-3088.2016.6.17.3-12>

(18) Calegari FL, Barbieratto BJ, Fujinaga CI, Fonseca LM, Oliveira CR, Leite AM. Prontidão do recém-nascido a termo durante a primeira mamada em alojamento conjunto. *Rev Rene* [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 2017 jan 14];17(4):444-50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v17i4.4927>

(19) McKeever J, St Fleur R. Overcoming barriers to Baby-Friendly status: one hospital's experience. *J Hum Lact* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Jun 19];28(3):312-314. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0890334412440627>

(20) Saraiva AR, Carvalho AC, Gonçalves GA, Soares JR, Pinto SL. Aleitamento materno: promovendo o cuidar no alojamento conjunto. *Rev Rene* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2016 mar 20];14(2):241-251. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0890334412440627>

(21) Leal MC, Pereira AP, Domingues RM, Theme Filha MM, Dias MA, Nakamura-Pereira M *et al*. Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento: sumário executivo temático da pesquisa [documento na Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014 [acesso: 2016 jan 27]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>

(22) Vannuchi MT, Sentone AD, Monteiro CA, Réa MF. Implantação da iniciativa Hospital Amigo da Criança em um Hospital Universitário. *Semin Ciênc Biol Saúde*. 2012 [acesso: 2016 mar 17];23(1):11-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2002v23n1p11>

(23) Lundeen S, Sorensen S, Bland M, George S, Snyder B. Nurses' perspectives on the process of attaining baby-friendly designation. *Nurs Womens Health* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Jan 28];20(3): 277-287. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nwh.2016.03.004>

(24) St Fleur R, McKeever J. The role of the nurse-physician leadership dyad in implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Nurs Womens Health* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Jan 28];18(3):231-235. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/1751-486X.12124>.

(25) Chamberlain J, Nakabembe E. Moving goals and policy into effective action for mothers and newborns around the world: the mother- and baby-friendly hospital initiative. *J Obstet Gynaecol Can* [serial on the Internet]. 2015 [acesso: 2017 Jan 28];37(1):14-15. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30356-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30356-X)

Caminho percorrido até a cirurgia cardíaca: necessidades e expectativas no pré-operatório

Camino recorrido hasta la cirugía cardíaca: necesidades y expectativas en el preoperatorio

Path taken to heart surgery: needs and expectations in preoperative preparation

• Neide da Silva Knihs¹ • Ágata Paula Valmorbida² • Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni³ •
• Bartira de Aguiro Roza⁴ • Aline Ghellere⁵ •

•1• Doutora em Enfermagem. Docente Adjunta, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil. E-mail: neide.knihs@ufsc.br

•2• Enfermeira especialista, Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Regional Alto Vale. Rio do Sul, Brasil. E-mail: agata.paularsl@hotmail.com

•3• Doutora em Enfermagem. Docente Adjunta, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil. E-mail: gabriela.lanzoni@ufsc.br

•4• Doutora em Enfermagem. Docente Adjunta, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil. E-mail: bartira.roza@unifesp.br

•5• Enfermeira especialista em saúde do adulto, Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Santa Isabel. Blumenau, Brasil. E-mail: ghellere.aline@gmail.com

Recibido: 26/10/2016 Aprobado: 21/02/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n1.60753



Resumo

Objetivo: Compreender as necessidades e as expectativas vivenciadas pelo paciente no percurso da cirurgia cardíaca durante o período pré-operatório.

Metodologia: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido em duas instituições filantrópicas de referência em cirurgia cardíaca no Sul do Brasil, as quais atendem 60% de seus pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde. Os sujeitos da pesquisa foram pacientes adultos internados para realização da cirurgia cardíaca. A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado em uma amostra de 22 pacientes.

Resultados: Foram identificadas as seguintes três categorias: *Desvelando a indicação da cirurgia cardíaca e a necessidade de informações, Dificuldades no percurso até chegar à cirurgia e Ambigüidade de sentimentos vivenciados e possibilidades de um recomeço.*

Conclusão: O estudo apresentou como principais fatores de importância a necessidade de informações claras e simples, e a necessidade de ajuda para agilizar os exames e o agendamento da cirurgia. Como expectativas, o medo do procedimento regado pela esperança da melhora.

Descritores: Enfermagem; Enfermagem Perioperatória; Cuidados de Enfermagem; Cirurgia Torácica; Assistência Centrada no Paciente (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Comprender las necesidades y las expectativas experimentadas por el paciente en el camino hacia la cirugía cardíaca en el preoperatorio.

Metodología: Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, desarrollado en dos instituciones de beneficencia de referencia en cirugía cardíaca en el sur de Brasil, los cuales atienden el 60% de los pacientes del *Sistema Único de Saúde*. Los participantes de la investigación fueron 22 pacientes adultos, internados para que se les realizara una cirugía cardíaca. La recolección de los datos se llevó a cabo mediante una guía de entrevista semiestructurada.

Resultados: A partir del análisis de los datos, surgieron las siguientes tres categorías: *Revelando la indicación de la cirugía cardíaca y la necesidad de información, Dificultades en el trayecto hasta llegar a la cirugía y Ambigüedad de sentimientos experimentados y posibilidades de un nuevo comienzo.*

Conclusión: El estudio presentó, como principales factores, la necesidad de brindar al paciente información clara y sencilla, así como la necesidad de agilizar la toma de exámenes y la programación de la cirugía. Como expectativa, emergió el miedo al procedimiento matizado por la esperanza de mejoría.

Descritores: Enfermería; Enfermería Perioperatoria; Atención de Enfermería; Cirugía Torácica; Atención Dirigida al Paciente (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To understand needs and expectations experienced by the patient in the path to heart surgery in preoperative preparation.

Methodology: Qualitative, descriptive, and exploratory study, carried out in two renowned charitable institutions of cardiac surgery in southern Brazil, which provide care to 60% of patients from the *Sistema Único de Saúde*. The participants in this study were 22 adult patients admitted to heart surgery. Data collection were performed using a semi-structured interview guide.

Results: From the analysis of data, three categories emerged, as follows: *Revealing indication of heart surgery and need for information, Difficulties in the path until reach surgery, and Ambiguous experienced feelings and possibilities of a new beginning.*

Conclusion: This study showed, as the main factors, both need for providing clear and simple information to patient, and need for accelerating taking of clinical examinations and scheduling surgery. As expectation, fear of procedure tempered for the hope of improvement arose.

Descriptors: Nursing; Perioperative Nursing; Nursing Care; Thoracic Surgery; Patient-Centered Care (source: DECS BIREME).

Introdução

As doenças cardiovasculares são prioridade na agenda de saúde no Brasil e no mundo por representarem a principal causa de morte e diminuição da qualidade de vida (1-3). Em 2015, as doenças do aparelho circulatório representaram a terceira causa de hospitalizações no Brasil, com 1 114 462 internações (3). Nos últimos anos, houve uma redução anual nos coeficientes de mortalidade em praticamente todas as regiões, com destaque para as Regiões Sudeste e Sul. Na Região Sul, esta redução se deu principalmente para as doenças isquêmicas do coração (2).

A enfermidade cardíaca desencadeia, em muitas situações, a necessidade de procedimento cirúrgico, considerado de alto risco principalmente pelas complicações e intercorrências no pós-operatório. (4, 5).

A cirurgia cardíaca está indicada quando não há melhora do quadro clínico por meio do tratamento convencional ou, ainda, quando não é possível reverter o problema através de um procedimento terapêutico pouco invasivo –angioplastia– (4, 5).

A indicação da cirurgia gera sentimentos de angústia, insegurança, solidão, desamparo e medo da morte, o que contribui para alterações fisiológicas e, conseqüentemente, aumenta o risco cirúrgico (5-9). A indicação desse procedimento está diretamente relacionada à necessidade de cuidado e orientações específicas no pré-operatório, trazendo maior segurança ao paciente, família e equipe, contribuindo para um menor risco, menor tempo de hospitalização e maior apoio emocional ao paciente.

Quando a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, direciona as ações de cuidado para atender as necessidades do paciente no período pré-operatório, há uma grande probabilidade de ser minimizado o risco cirúrgico (8-10). Uma oportunidade ímpar para o enfermeiro conhecer as necessidades de cada paciente é por meio da consulta de enfermagem, que possibilita o desenvolvimento de um plano de cuidados para todo o período perioperatório.

Um plano de intervenções individualizado no pré-operatório, com a compreensão das demandas de cada paciente, permite o desenvolvimento de estratégias que impactam no cuidado. O cuidado planejado, juntamente com a educação em saúde no pré-operatório, facilita a recuperação no pós-operatório e ameniza a ansiedade, além de proporcionar a adesão ao tratamento (8-11).

Diante do exposto, o estudo traz a seguinte questão norteadora: *como o paciente vivencia a trajetória da cirurgia cardíaca durante o período pré-operatório, considerando-se suas necessidades e expectativas?* O objetivo foi compreender as necessidades e as expectativas vivenciadas pelo paciente no percurso da cirurgia cardíaca durante o pré-operatório. Com esses resultados, a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, tem a oportunidade de conhecer a real necessidade dos pacientes que vivenciam essa trajetória e, assim, orientar as atividades durante o pré-operatório, visando auxiliar o paciente e sua família a vivenciar esse processo de forma mais amena e tranquila.

Materiais e Método

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. A pesquisa qualitativa tem a preocupação de descrever a realidade tal como é em sua essência, sem o propósito de introduzir informações substanciais a ela (12).

Os locais onde a pesquisa foi conduzida são duas instituições filantrópicas de grande porte, de referência em cirurgia cardíaca na Região Sul do país, os quais possuem 60% de seus pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS). A seleção dos participantes ocorreu a partir da indicação do enfermeiro responsável pelo setor, considerando como pacientes com vivência no processo cirúrgico, pessoas que aguardavam na lista de espera para realizar o procedimento cirúrgico, pacientes com boa comunicação e com interesse em participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no período entre outubro de 2012 a agosto de 2014, utilizando-se uma entrevista semiestruturada, considerando a questão norteadora. As entrevistas foram realizadas, preferencialmente, entre o primeiro e segundo dia de internação. Não foram feitas entrevistas no dia da cirurgia. A coleta de dados foi encerrada quando as autoras observaram saturação dos dados.

Os critérios de inclusão foram: pacientes que realizaram cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio e troca de válvula cardíaca no período de coleta de dados e pacientes que aceitaram fazer parte da pesquisa. Foram excluídos pacientes menores de 18 anos, pacientes submetidos a cirurgias de aneurisma dissecante de aorta e que fizeram cirurgia de emergência.

O contato com os pacientes/sujeitos foi feito pelos próprios pesquisadores, que fizeram o convite e, na sequência, apresentaram o objetivo da pesquisa. Ao aceitarem participar da pesquisa, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Neste momento, as entrevistas foram agendadas, conforme a disponibilidade dos pesquisadores.

As entrevistas foram realizadas na própria unidade de internação, em ambiente privativo. Em momento algum o nome dos sujeitos foi exposto. Os sujeitos foram representados por número de entrevista, como E1, E2, E3 e assim sucessivamente. As respostas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra, sem interferência dos entrevistadores. A análise das transcrições foi condicionada à aprovação e assinatura do entrevistado.

Participaram do estudo 22 pacientes, sendo 16 homens e seis mulheres, com idade entre 33 e 73 anos, e idade média de 58 anos. Quanto ao grau de escolaridade, a amostra compõe-se de dois pacientes analfabetos, 15 com Ensino Fundamental incompleto, três com Ensino Médio completo e dois com Nível Superior completo. Com relação à ocupação, a amostra compõe-se de dez aposentados, quatro agricultores, dois do lar, três atuantes na indústria, um professor, um contador e um caminhoneiro. Quanto à indicação cirúrgica, 16 pacientes tiveram indicação de revascularização do miocárdio e seis, de troca de válvula.

A análise dos depoimentos ocorreu por meio de Análise de Conteúdo Temática de Bardin (13), organizada em três fases: *pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados*.

A pré-análise iniciou-se com a leitura repetida do conjunto de dados para obtenção do sentido do todo, chamada *leitura flutuante*. Na segunda fase, realizou-se a exploração do material ou codificação, que consiste na definição de categorias com o uso de códigos (13). Este processo foi realizado

manualmente, atribuindo-se um código a cada unidade de significado, seguido do agrupamento por semelhança de conteúdo.

A última etapa consistiu no tratamento dos resultados, que se divide nas inferências e na interpretação (13). Nesta última etapa, os pesquisadores realizaram uma avaliação minuciosa dos agrupamentos dos códigos que emergiram na fase anterior, organizando-os conforme relevância e coerência em três categorias e oito subcategorias. O estudo respeitou os preceitos éticos e foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética da Fundação Universitária para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, por meio do Protocolo 969/2012.

Resultados

Após análise dos dados, foram identificadas as seguintes três categorias: *Desvelando a indicação da cirurgia cardíaca e a necessidade de informações, Dificuldades no percurso até chegar à cirurgia e Ambiguidade de sentimentos vivenciados e possibilidades de um recomeço*.

Desvelando a indicação da cirurgia cardíaca e a necessidade de informações

Esta categoria revela o momento em que o paciente recebe a notícia da indicação da cirurgia cardíaca e é composta por três subcategorias: *Conhecimento técnico, Conhecimento popular e Insatisfação com as informações*.

Esta categoria permitiu compreender que a equipe de saúde, em especial o profissional médico, comunica a indicação cirúrgica e, na sequência, já inicia a explicação dos procedimentos que devem ser realizados antes da internação, sem que haja espaço para os questionamentos do paciente.

Nesta categoria, observamos que a notícia da indicação cirúrgica gera um grande impacto. As falas revelam que o paciente precisa decodificar essa mensagem, não havendo espaço para novas informações nesse momento. O profissional precisa aguardar o paciente se restabelecer da notícia para iniciar o preparo do pré-operatório.

A subcategoria *Conhecimento técnico* apresenta a tentativa dos sujeitos de traduzir e decifrar o emaranhado de palavras técnicas que envolvem a notícia da cirurgia, e mostra a necessidade de

compreensão de todos os procedimentos – exames e consultas com outras especialidades médicas – a serem realizados antes da internação. As falas mostram frases sem significados, palavras soltas, difíceis de ser interpretadas e compreendidas.

As falas dos sujeitos deixam claro que a equipe de saúde forneceu muitas informações. Contudo, o tempo para sua assimilação foi muito curto e fica clara a confusão do paciente na tentativa de assimilação de todas as informações:

O que eu estou sabendo é que vou fazer três safenas, parece que tem três veias entupidas. Mas o que gravei mesmo é que vão cortar meu peito. Não sei como funciona, porque aqui tem osso. Penso que vão quebrar o osso, será que é bem isso? [E.20].

Foi tanta coisa que me falaram, fiquei confuso. Quando ele me disse que precisava fazer a cirurgia fiquei muito nervoso. Depois ele logo já começou a falar de um monte de exame que tinha pra fazer. Naquela hora não entendi quase nada do que ele explicou, a gente fica muito agoniado com a notícia [E.12].

A subcategoria *Conhecimento popular* demonstrou o desejo e a necessidade de buscar novos esclarecimentos para a compreensão da cirurgia e dos procedimentos anteriores à cirurgia. Nota-se que esta subcategoria possibilita o apoio da Internet, amigos e familiares para ajudar a sanar dúvidas e amenizar a ansiedade e as expectativas.

Na fala dos pacientes, não há menção à equipe de saúde para sanar as dúvidas após a notícia da cirurgia. Para isto, o paciente vai em busca de

informações obtidas de maneira empírica. Muitas vezes por meios distorcidos, os quais não oferecem uma compreensão do procedimento ou, ainda, por meio da Internet, amigos que já realizaram a cirurgia. Assim, percebe-se que o paciente fica diante de expectativas e dúvidas que podem ser potencializadas por tensão, medo e estresse, impactando no quadro clínico já existente:

Sei um pouquinho que eu assisti, minhas filhas me mostraram em vídeos pela Internet o que eu vou fazer, que é uma revascularização do miocárdio. Fiquei um pouco assustado porque o corte é bem grande, dá até pra ver o coração [E.22].

Olha, eu fui conversando com um colega, com vizinho e amigos, fui perguntando para cada um alguma coisa. Aí, aos poucos, fui entendendo um pouco mais [E.08].

Cada pessoa que eu sabia que tinha feito a cirurgia perguntava mais coisas e, assim, aos poucos, fui entendendo um pouco mais [E.13].

A subcategoria *Insatisfação com as informações recebidas* apresenta a insegurança e o descontentamento diante de tantas palavras desorganizadas. Demonstra a inconsistência do conteúdo apresentado pelos profissionais e a necessidade de informações simples e claras.

Esta subcategoria expressa o descontentamento do paciente com a equipe de saúde, além de apresentar a descontinuidade no pré-operatório. Por meio das falas, fica clara a divergência de informações, levando o paciente ao descontentamento, ao cansaço e a mais estresse:

É muita coisa que a gente escuta, tive horas que fiquei muito bravo com a equipe, acho que eles poderiam explicar melhor as coisas pra gente, tenho certeza de que, se fosse melhor explicado, não dava tanta confusão [E.12].

A gente vai em um médico, aí ele diz uma coisa, aí tem que fazer mais exames e consultar com outro médico. Aí o outro médico já diz outra coisa. Parece que eles não se entendem. A gente já está cansada e preocupada, e com essas informações confusas é pior ainda [E.04].

Teve algumas horas que eu já nem queria saber mais nada, a cabeça estava cheia de tanta coisa que é dita, mas muitas coisas eu não entendi [E.02].

Dificuldades no percurso até chegar à cirurgia

Esta categoria foi composta por duas subcategorias: *A busca por atendimento na rede pública* e *Limitações impostas pela doença*, mostrando a fragilidade do paciente diante da necessidade

de realizar uma série de exames e consultas com outros médicos especialistas.

Por meio desta categoria foi possível perceber que, ao sair do consultório médico, o paciente tem a impressão de que será rápido e tranquilo o agendamento dos exames e de outras consultas com a equipe multiprofissional. Mas, ao tentar realizar os agendamentos, depara-se com filas e listas de espera para conseguir dar o próximo passo da rotina do pré-operatório. Tudo isso somado à fragilidade gerada pela doença.

A primeira subcategoria, *A busca por atendimento na rede pública*, revelou as diferentes situações vivenciadas pelos pacientes até conseguirem se internar para realizar a cirurgia. Apresenta as idas e vindas às unidades de saúde para realizar os exames, bem como as dificuldades para conseguir agendar as consultas com os especialistas. Além da incerteza da vaga na unidade de terapia intensiva para realizar a cirurgia:

Nossa! Até chegar aqui, eu penei muito. Dias e dias esperando as consultas com outros médicos e os exames [E.08].

Nossa! É muita espera, muito vai pra lá, vem pra cá. Cada consulta e exame demoram quase seis meses e a gente vai ficando com medo de morrer e não dar tempo [E.06].

O que mais penei para poder internar foi pela dificuldade em conseguir uma vaga na unidade de terapia intensiva, duas vezes a cirurgia foi desmarcada [E.17].

A subcategoria *Limitações impostas pela doença* apresenta as dificuldades diante das restrições físicas, dor e cansaço, mesmo em situações que exigiam pouco esforço. É possível compreender quão árdua é a espera de meses pela cirurgia.

Esta subcategoria revela que, mesmo frágil, com dor e com risco de complicações, o paciente precisa seguir todo o protocolo do pré-operatório. Ficou claro que não há prioridades de atendimento e de resolutividade da rotina, inclusive diante de pacientes com limitações severas de saúde:

Muita dor no peito, cansaço e falta de ar também, às vezes não consigo fazer nada, é ruim até para tomar banho, escovar os dentes e colocar a roupa [E.16].

A gente sente que vai piorando a cada dia, às vezes não conseguia nem tomar banho sozinho, ficava muito cansado e fraco e, mesmo assim, tinha que ir agendar os exames [E.04].

Ambiguidade de sentimentos vivenciados e possibilidades de um recomeço

Nesta categoria, os sentimentos mostraram a dificuldade de passar pelas etapas que antecedem a cirurgia. É composta pelas seguintes subcategorias: *Sentimentos que geram confiança*, *Sentimentos que geram insegurança* e *Movidos pela possibilidade de uma nova vida*.

A categoria revela que, mesmo diante do medo, angústia e de limitações clínicas, o paciente precisa buscar forças para acreditar que tudo dará certo. Eles mantêm pensamentos positivos e apoiam-se em amigos e familiares, fortalecendo-se para seguir em frente.

A subcategoria *Sentimentos que geram confiança* apresenta a fé, otimismo e esperança. Traz o desejo de querer fazer a cirurgia, resolver a situação com rapidez e acabar com o sofrimento. Esses sentimentos foram apoiados pela crença religiosa, confiança na equipe e pelo desejo de melhorar seu estado de saúde:

Eu confio em vocês, confio nos médicos e em Deus, ele é o Pai de todos, dos pobres e dos ricos [E.4].

Em todos os momentos eu me apego em Deus, rezo muito, tenho fé, pois é nisso que acredito [E.07].

Nesse tempo que fiquei esperando, sei de muitas pessoas que fizeram a cirurgia e morreram, mas eu tenho fé que vou ficar bom [E.18].

Contrapondo-se aos *sentimentos* anteriores, a subcategoria *Sentimentos que geram insegurança* revela o medo, ansiedade e a preocupação. Demonstra a possibilidade de interrupção da vida. Esta subcategoria traz o simbolismo do coração; mexer nesse órgão significou ameaça à vida e a possibilidade de deixar as pessoas que amam, diante da incerteza da vida ou da morte:

Meu nervosismo e minha preocupação é muito. Eu tenho esposa e uma filha, preciso melhorar, mas tenho muito medo de morrer [E.14].

Tem horas que dá vontade de desistir, eu fico pensando se vale a pena, o medo toma conta e penso talvez seja melhor ficar como está [E.11].

Sei lá, mexer no coração, dá muito medo. Será que vai dar certo isso. É uma cirurgia tão grande! (E.09).

A subcategoria *Movidos pela possibilidade de uma nova vida* apresenta as expectativas do paciente diante da possibilidade do recomeço. Os pacientes acreditam que, após a cirurgia, eles terão a oportunidade de poder seguir em frente sem que haja tantas limitações e frustrações frente ao adoecer. Têm esperança de voltar a trabalhar, ter momentos de lazer e voltar a socializar-se normalmente:

Eu tenho filhos, netos, depois da cirurgia é uma chance de continuar com eles, é uma chance que tenho de viver mais tempo e melhor [E.2].

Já estou muito tempo ruim, espero depois da cirurgia poder voltar a trabalhar, passear e até, quem sabe, voltar ao clube dos idosos [E.21].

Foi possível desvelar a necessidade de voltar a sonhar, de liberdade, de voltar a viver e deixar de lado a limitação da doença.

Discussão

Aqui, buscou-se focar na temática da compreensão das necessidades e expectativas vivenciadas pelo paciente no percurso da cirurgia cardíaca durante o pré-operatório, período que se iniciou no momento da notícia da indicação de cirurgia e terminou no momento da internação. O estudo possibilitou uma aproximação com a realidade vivenciada pelos sujeitos nesta trajetória, e deu significado a ela.

O ato/procedimento de tocar, mexer e manipular um órgão com tantos significados traz representações de sofrimento como medo, angústia e insegurança. Mas, muitas vezes, sufocados por sentimentos de esperança, força e fé, diante da possibilidade de uma nova vida.

Ao aproximar-se desta realidade, foi possível compreender que, quando os pacientes chegam à instituição para serem submetidos ao procedimento cirúrgico, eles já passaram por um caminho árduo, marcado por dificuldades, insegurança, dúvidas e ansiedade, fundamentadas, principalmente, por informações desconstruídas, baseadas em linguagem técnica.

O estudo mostra que a equipe ainda está voltada a desenvolver atividades de rotina relacionadas ao preparo da cirurgia e preparo físico, deixando de lado cuidados voltados a questões psicológicas, emocionais e espirituais. Há pouca integração da equipe na trajetória do paciente, tornando o cuidado fragmentado e inseguro.

Outros estudos também apontam a insegurança no percurso da cirurgia cardíaca, em especial quanto ao desencontro de informações e à pouca atenção da equipe às necessidades do paciente (7-11). Nesse sentido, entende-se a importância de a equipe rever o planejamento dos cuidados, bem como os protocolos do pré-operatório dessa cirurgia, visando direcionar os cuidados à real necessidade do paciente.

O estudo mostra as diversas dificuldades com o SUS para a realização dos procedimentos do pré-operatório. Algumas falas pontuam uma verdadeira peregrinação até a conclusão de todas as etapas. Essas falas vão ao encontro de outros estudos, que observam que, em muitas situações, os usuários aguardam por dias, meses ou até mesmo anos; outros ainda acabam morrendo antes de realizar o procedimento cirúrgico (14, 15).

Diante disso, questiona-se por que pessoas com diversas restrições relacionadas à patologia devem ficar à mercê de idas e vindas às unidades de saúde para conseguir realizar os procedimentos necessários antes da cirurgia. Apesar de grandes avanços na saúde, ainda há dificuldades enfrentadas pelos usuários no acesso ao atendimento pelo SUS. Neste estudo, os pacientes revelaram a espera de meses até a conclusão de todos os procedimentos para a cirurgia. A internação representou o início de uma nova fase, a possibilidade de uma nova vida.

Foi possível compreender que o desejo de fazer a cirurgia estava abarcado por dificuldades, dúvidas, insatisfação com a equipe e desconhecimento do procedimento. Ainda assim, tinham a cirurgia como possibilidade de restabelecer a saúde. Outros estudos apontam que a possibilidade de realizar a cirurgia representa a cura, mas, ao mesmo tempo, pode ser uma ameaça, pois essa oportunidade é geradora de estresse e ansiedade (16, 17).

As dúvidas apresentadas pelos sujeitos compreendem informações simples –“Será que posso falar após a cirurgia?”– e grandes preocupações –como as complicações e o risco de morte–. O estudo mostra que os pacientes precisam mais do que esclarecimentos embasados em termos técnicos. Mostra a importância da escuta ativa, do acolhimento e do entendimento das necessidades de cada paciente. As necessidades são individualizadas e apresentadas considerando-se o grau de compreensão do procedimento, a gravidade da patologia, o acesso aos procedimentos antes da cirurgia, o apoio da equipe de saúde e da família.

A cirurgia se revelou como um evento marcante e significativo na vida dos sujeitos, que estão sujeitos ao medo, insegurança e à possibilidade de morte. Enfatizamos que seres humanos costumam apresentar reações e sentimentos diversos quando seu equilíbrio é alterado por algo desconhecido (7-11).

A intervenção cirúrgica requer um preparo prévio do paciente e da família. A aceitação da nova realidade, juntamente com o preparo físico e psicológico, pode interferir no estilo de vida e na recuperação pós-operatória, além de proporcionar uma adesão maior do paciente ao tratamento e minimizar a ansiedade. Estudos anteriores já apontaram que muitas pessoas não possuem

estrutura emocional para suportar os momentos de crise e, por vezes, dificultam o tratamento e o prognóstico (16, 18, 19). Essas reações foram expressas pelos sujeitos deste estudo, reforçando a necessidade do atendimento direcionado a cada peculiaridade e não mais direcionado ao procedimento somente.

Neste estudo, ficou evidente a necessidade de maior apoio da equipe de saúde em todas as etapas que envolvem o pré-operatório da cirurgia cardíaca. Entende-se que a equipe tem a oportunidade de auxiliar os pacientes criando mecanismos que possam minimizar o estresse e a ansiedade referentes ao ato cirúrgico. Muitos mecanismos estão relacionados a ações simples, como encaminhar o paciente diretamente a outro colega por meio da referência e contrarreferência, sem que haja essa peregrinação para os agendamentos. Além disso, o profissional poderá realizar visitas semanais e acompanhamento na unidade básica de saúde.

Nesse contexto, entende-se que o profissional enfermeiro, por estar inserido nas unidades básicas de saúde e participar ativamente da equipe de saúde da família, tem a oportunidade e o papel de ajudar a dar suporte a esses pacientes. Outros estudos apontam experiências exitosas dos enfermeiros quando esses profissionais focam sua assistência na valorização da integralidade do paciente e demonstram possibilidades de superação frente ao procedimento cirúrgico (7-11).

A rede de saúde é integrada, mas existe a necessidade de reforço desta rede no sentido de apoiar e dar resolutividade às demandas apresentadas pelos pacientes. Autores apontam a importância do fortalecimento da contrarreferência vislumbrando atender às necessidades de saúde da população (15, 20).

Considerando ser o enfermeiro o profissional com maior oportunidade de estar junto ao paciente nos espaços de saúde, entende-se que este profissional terá mais chance para auxiliar o paciente, pontuando os passos do procedimento, riscos e benefícios, por meio de uma linguagem simples e clara. Autores apontam que a linguagem simples, considerando a demanda emocional, pode proporcionar conforto e tranquilidade no pré-operatório (5, 15). Em um estudo realizado em hospitais, os enfermeiros foram avaliados positivamente, indicando que devem

assumir sua posição na gestão do cuidado, visando a continuidade das ações em saúde de forma qualificada e segura (21, 22).

O elemento central das dificuldades vivenciadas pelos sujeitos foi a falha na comunicação com a equipe de saúde, o que gerou expectativas e insegurança. Experiências exitosas dos enfermeiros no acompanhamento pré-operatório são apontadas pelos pacientes como benefícios para minimizar a ansiedade e facilitar a compreensão do procedimento (23). Autores mostram que o enfermeiro tem papel fundamental para auxiliar o paciente que será submetido à cirurgia cardíaca, principalmente por meio da consulta de enfermagem e do acompanhamento semanal no ambulatório (24, 25).

Considerações finais

O estudo possibilitou compreender as principais necessidades e expectativas vivenciadas pelo paciente no percurso da cirurgia cardíaca durante o pré-operatório. Foi possível perceber que a principal necessidade dos pacientes está relacionada a informações claras e simples fornecidas pela equipe de saúde. Além disso, também mostrou a importância de se passar as informações no momento adequado, de maneira que haja espaço para o paciente decodificar a mensagem.

Outra necessidade identificada está relacionada ao apoio da equipe de saúde quanto ao agendamento dos exames e consultas, na tentativa de minimizar o tempo de espera por esses procedimentos.

Quanto às expectativas, percebe-se que estas estão relacionadas com as possíveis complicações e intercorrências, com a insegurança e o medo da morte. Mas, ao mesmo tempo, com a possibilidade de libertar-se das limitações impostas pela doença.

Durante o desenvolvimento do estudo, algumas limitações surgiram, em especial a dificuldade apresentada pelos pacientes em concretizar a internação. Outra limitação encontrada foi a dificuldade dos pacientes de se lembrarem de alguns fatos ocorridos nesse percurso, já que alguns deles ficaram por mais de um ano aguardando a cirurgia.

Referências

- (1) Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB *et al.* Executive summary: heart disease and stroke statistics-2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 Feb 21];127(1):143-152. Available from: DOI: 10.1161/CIR.0b013e318282ab8f
- (2) Guimarães RM, Andrade SS, Machado EL, Bahia CA, Oliveira MM, Jacques FV. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. *Rev Panam Salud Pública* [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 2017 fev 21];37(2):83-89. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000200003&lng=en
- (3) Silva MP, Araújo AK, Dantas DN, Oliveira DR, Silva RA, Kluczynik CE *et al.* Hospitalizations and hospital cost from cardiovascular diseases in Brazil. *Int Arch Med* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Feb 21];9(138):1-7. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.3823/2009>
- (4) Ministério da Saúde. [Web site]. Brasília-DF: Departamento de Informática do SUS (DATASUS); 2008 [atualizada: 2017 fev 21; acesso: 2017 fev 21]. Informações de saúde (TABNET) [aprox. 1 tela]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>
- (5) Pimentel JF, Ferreira CS, Ruschel PP, Teixeira RC. Qualidade de vida em pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca. *Rev SBPH* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2017 fev 21];16(2):120-136. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000200009
- (6) O'Brien L, McKeough C, Abbasi R. Pre-surgery education for elective cardiac surgery patients: a survey from the patient's perspective. *Aust Occup Ther J* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 Feb 21];60(6):404-409. Available from: DOI: 10.1111/1440-1630.12068
- (7) Erdmann AL, Lanzoni GM, Higashi GD, Baggio MA, Koerich C. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Latino-Am Enfermagem*

[periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2017 fev 21];21(1):8 telas]. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000100007>

(8) Coppetti LC, Stumm EM, Benetti ER. Considerações de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca referentes às orientações recebidas do enfermeiro. *Rev Min Enferm [periódico na Internet]*. 2015 [acesso: 2017 fev 21];19(1):113-119. Disponível em: DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150010>

(9) Costa TM, Sampaio CE. As orientações de enfermagem e sua influência nos níveis de ansiedade dos pacientes cirúrgicos hospitalares. *Rev Enferm UERJ [periódico na Internet]*. 2015 [acesso: 2017 fev 21];23(2):260-265. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.16534>

(10) Costa ME, Farias TR, Oliveira PM. Production science in nursing: focus on pre-surgical care. *Rev Enferm UFPI [serial on the Internet]*. 2013 [acesso: 2017 fev 21];2(2):55-60. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/789/pdf>

(11) Nascimento KT, Fonsêca LC, Andrade SS, Leite KN, Zaccara AA, Costa SF. Cuidar integral da equipe multiprofissional: discurso de mulheres em pré-operatório de mastectomia. *Esc Anna Nery Rev Enferm [periódico na Internet]*. 2014 [acesso: 2017 fev 21];18(3):435-440. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140062>

(12) Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2ª ed. Novo Hamburgo-Rio Grande do Sul: Editora Feevale; 2013.

(13) Bardin L. Content analysis. São Paulo: Edições 70; 2011.

(14) Piegas LS, Bittar OJ, Nogueira V, Haddad N. Cirurgia de revascularização miocárdica: resultados do Sistema Único de Saúde. *Arq Bras Cardiol [periódico na Internet]*. 2009 [acesso: 2017 fev 21];93(5):555-560. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009001100018>

(15) Almeida ND. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde-sus. *Rev Psicol Saúde*

[periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2017 fev 21];5(1):1-9. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v5i1.210>

(16) Assis CC, Lopes JL, Nogueira-Martins LA, Barros AL. Acolhimento e sintomas de ansiedade em pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Bras Enferm [periódico na Internet]*. 2014 [acesso: 2017 fev 21];67(3):401-407. Disponível em: DOI: [10.5935/0034-7167.20140053](http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140053)

(17) Koerich C, Baggio MA, Erdmann AL, Lanzoni GM, Higashi GD. Revascularização miocárdica: estratégias para o enfrentamento da doença e do processo cirúrgico. *Acta Paul Enferm [periódico na Internet]*. 2013 [acesso: 2017 fev 21];26(1):8-13. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000100003>

(18) Lanzoni GM, Higash GD, Koerich C, Erdmann AL, Baggio MA. Fatores que influenciam o processo de viver a revascularização cardíaca. *Texto Contexto Enferm [periódico na Internet]*. 2015 [acesso: 2017 fev 21];24(1):270-278. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003760012>

(19) Dal Boni AL, Martinez JE, Saccomann IC. Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio. *Acta Paul Enferm [periódico na Internet]*. 2013 [acesso: 2017 fev 21];26(6):575-580. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000600011>

(20) Cunha KS, Erdmann AL, Higash GD, Baggio MA, Kahl C, Koerich C et al. Revascularização do miocárdio: desvelando estratégias de referência e contrarreferência na Atenção Primária à Saúde. *Rev Baiana Enferm [periódico na Internet]*. 2016 [acesso: 2017 fev 21];30(1):295-304. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v11i1.16039>

(21) Puello OA, Prieto SR, Rondón MV. Comunicación y coordinación en enfermería en una institución de salud de alta complejidad en Cartagena. *Av Enferm [revista en Internet]*. 2016 [acesso: 21 fev 2017];34(1):19-29. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.56132>

(22) Rezende RC, Oliveira RM, Araújo ST, Guimarães TC, Espírito Santo FH, Porto IS. Body language in health care: a contribution to nursing communication. *Rev Bras Enferm* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 feb 21];68(3):490-496. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680316i>

(23) Aruto GC, Lanzoni GM, Meirelles BH. Melhores práticas no cuidado à pessoa com doença cardiovascular: interface entre liderança e segurança do paciente. *Cogitare Enferm* [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 2017 fev 21];21(5):1-9. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45648>

(24) Lucas R, Riley JP, Mehta PA, Goodman H, Banya W, Mulligan K *et al.* The effect of heart failure nurse consultations on heart failure patients' illness beliefs, mood and quality of life over a six-month period. *J Clin Nurs* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 feb 21];24(1-2):256-265. Available from: DOI: [10.1111/jocn.12616](https://doi.org/10.1111/jocn.12616)

(25) Carneiro CS, Oliveira AP, Lopes JL, Bachion MM, Herdman TH, Moorhead SA *et al.* Outpatient clinic for health education: contribution to self-management and self-care for people with heart failure. *Int J Nurs Knowl* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 feb 21];27(1):49-55. Available from: DOI: [10.1111/2047-3095.12071](https://doi.org/10.1111/2047-3095.12071)

Determinantes sociales y logro académico de escolares del municipio de Cúcuta

Determinantes sociais e obtenção acadêmica de estudantes do município de Cúcuta

Social determinants and academic achievement of schoolchildren from municipality of Cúcuta

• Doris Amparo Parada Rico¹ • Ruth Betsabe Olivares Parada² •

•1• Candidata a Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Directora, programa de Enfermería. Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia.
E-mail: dorisparada@ufps.edu.co

•2• Candidata a Maestría en Neuropsicología y Educación, Universidad de Pamplona. Fonoaudióloga IPS Clinical House. Cúcuta, Colombia.
E-mail: dalruth_0329@hotmail.com

Recibido: 05/07/2016 Aprobado: 28/02/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n1.58898



Resumen

Objetivo: Identificar los determinantes sociales en el rendimiento académico en un grupo de escolares del municipio de Cúcuta, Colombia.

Metodología: Estudio cuantitativo-descriptivo, realizado en una institución educativa de la ciudad de Cúcuta, Colombia, durante el periodo de julio de 2013 a julio de 2014. Se utilizó el instrumento *Determinantes sociales y rendimiento académico en escolares, 2013*, al cual se le realizaron pruebas de contenido y de confiabilidad; está constituido por tres dimensiones de la siguiente manera: una primera que agrupa *Determinantes Intermediarios*, una segunda referente a *Rendimiento Académico* y una tercera que identifica *Determinantes Estructurales*. El instrumento posee un Alfa de Cronbach global de $\alpha = 0,701$.

Resultados: Se identificaron los determinantes sociales que interfieren en el logro académico de los escolares. Estos incluyen tanto los de tipo personal, especialmente en relación con el estado nutricional pues se evidencia tendencia de crecimiento descendente en estudiantes con repitencia escolar, así como algunos relacionados con el entorno familiar, político y social.

Conclusiones: Es necesario promover acciones conjuntas interdisciplinarias centradas en el diseño, seguimiento y evaluación de programas ofertados a los niños en los diferentes entornos, enfocándose en poblaciones con determinantes sociales deficientes. Se evidencia además la necesidad de aportar desde la investigación a la creación de políticas públicas pertinentes dirigidas a esta población para el mejoramiento de circunstancias que favorezcan los logros educativos y adecuadas condiciones de salud.

Descriptores: Nutrición del Niño; Determinantes Sociales de la Salud; Condiciones Sociales; Equidad en Salud; Estado Nutricional (fuente: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Identificar os determinantes sociais no desempenho acadêmico em um grupo de escolares no município de Cúcuta, Colômbia.

Metodologia: Estudo descritivo quantitativo, realizado em uma instituição de ensino na cidade de Cúcuta, Colômbia, durante o período de julho de 2013 a julho de 2014. O instrumento *Determinantes Sociais e Desempenho Acadêmico na escola de 2013* foi utilizado, para este instrumento foram realizados testes de conteúdo e confiabilidade; consiste em três dimensões, como se segue: um primeiro agrupamento *Determinantes para o Intermediário*, um segundo em relação ao *Desempenho Acadêmico* e uma terceira identificação de *Determinantes Estruturais*. O instrumento tem um alfa de Cronbach global de $\alpha = 0,701$.

Resultados: Determinantes sociais que interferem no rendimento escolar dos estudantes foram identificados. Estes incluem tanto de tipo pessoal, especialmente em relação ao estado nutricional pois se evidencia tendência de crescimento descendente nos alunos com repetência escolar, bem como algumas relacionadas à família, ambiente político e social.

Conclusão: É necessário promover ações conjuntas interdisciplinares centradas no desenho, monitoramento e avaliação de programas oferecidos às crianças em diferentes contextos, focadas em populações com determinantes sociais deficientes. Além disso, é evidenciada a necessidade de contribuir a partir de pesquisa à criação de políticas públicas voltadas para essa população para melhorar as circunstâncias que favoreçam as metas educativas e as adequadas condições de saúde.

Descritores: Nutrição da Criança; Determinantes Sociais da Saúde; Condições Sociais; a Equidade em Saúde; Estado Nutricional (fonte: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To identify the social determinants in academic achievement in a group of schoolchildren from the municipality of Cúcuta, Colombia.

Methodology: Quantitative-descriptive study, carried out at an educational institution in the city of Cúcuta, Colombia, from July 2013 to July 2014. The instrument *Social Determinants and Academic Achievement in Schoolchildren, 2013*, was used. Conducted content and reliability tests; Is constituted by three dimensions as follows: a first one that includes *Intermediate Determinants*, a second one referring to *Academic Performance* and a third that identifies *Structural Determinants*. The instrument has a global Cronbach Alpha of $\alpha = 0,701$.

Results: Social determinants that interfere in the academic achievement of schoolchildren were identified. These include both the personal type, especially in relation to the nutritional status, since there is evidence of downward growth in students with repeated schooling, as well as some related to the family, political and social environment.

Conclusions: It is necessary to promote joint interdisciplinary actions focused on the design, monitoring and evaluation of programs offered to children in different settings, focusing on populations with poor social determinants. In addition, it is evident the need to contribute from research to the creation of public policies aimed at this population for the improvement of circumstances that favor educational achievements and adequate health conditions.

Descriptors: Child Nutrition; Social Determinants of Health; Social Conditions; Health Equity; Nutritional Status (source: decs bireme).

Introducción

El ser humano es un ser social que interactúa consigo mismo y con el medio que lo rodea; según Blumer, se encuentra inserto en una sociedad de personas que de manera dinámica se interrelacionan, comparten, se transforman y son afectados a partir de las experiencias acaecidas diariamente en su vida cotidiana en relación con el otro y con su entorno (1).

En ese sentido, deben reconocerse las circunstancias en que las personas recorren sus trayectorias vitales y las dinámicas que se suscitan durante estas transiciones —incluido el sistema de salud— (2). Estas circunstancias son denominadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *determinantes sociales estructurales e intermedios*, entre los cuales el ser humano vive, interactúa y se desarrolla con deficientes o excelentes resultados de acuerdo al vínculo que posea con ellos (3, 4).

No obstante, estos factores no son equitativos para toda la población, lo cual, según la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), hace que se presente una distribución desfavorable del poder, de los ingresos, de los bienes y de los servicios. Esto deriva en injusticia social y afecta las condiciones de vida de forma inmediata y visible en una población que se convierte cada día en blanco de vulneración de sus derechos (2, 5, 6).

Germán *et al.*, citando a enfermeras como Watson, Leininger y Waldow, proponen reconocer la situación y aportar proyectos diseñados sobre la base de un cuidado integrador que reduzca la fragmentación y la inequidad. Es decir, proyectan un cuidado humanizado integral favorecedor de una vida mejor y más saludable (7); un cuidado que supere las diferencias disciplinares y promueva una mirada sistémica que privilegie a los niños y el mejoramiento de su entorno.

En Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), 2012-2021, planteó como meta principal alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible influyendo positivamente en los Determinantes Sociales (DS). Por lo tanto, como señala López, es necesario diseñar estrategias basadas en el enfoque de derechos, que sirvan como herramientas para identificar, analizar e intervenir las desigualdades y problemáticas presentes en las regiones (8).

Es por la anterior razón que la educación propuesta como objetivo para alcanzar la equidad social y como entorno de la vida cotidiana de los niños debe rodearse de factores que favorezcan el cumplimiento de las metas planeadas para ellos y sus familias. Este tipo de educación está, además, prefijado en la Política del Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre, Ley 1804 de 2016 (9).

En el contexto educativo, existen variables de naturaleza multifactorial que son influyentes para su éxito o fracaso. Como indica Barahona, la diversidad incluye variables que tienen que ver tanto con los determinantes personales como con la situación política y social que rodea a los niños (10), las cuales podrían ser intervenidas.

Surge además, dentro de la educación, el concepto de *rendimiento escolar*, que mide el logro obtenido como “producto”, lo que hace que se considere el bajo rendimiento como una pérdida del capital para la familia, para la comunidad y para el propio país. Esto lleva en algunos casos a la frustración personal o a la deserción estudiantil y constituye un problema para la educación en cualquier nivel (11).

Por lo anterior, es fundamental enfocarse en el estudio de determinantes sociales causantes de la pérdida escolar. Principalmente en los intermedios, incluyen circunstancias materiales, psicosociales, conductuales y biológicas, como el estado nutricional y el sistema de salud. Estas circunstancias son referentes de la calidad de vida en la niñez (12) y podrían ser identificadas e intervenidas oportunamente (10).

Según datos del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), a nivel mundial se registran aproximadamente 200 millones de niños menores de cinco años que sufren desnutrición crónica (13). Las cifras revelan la situación crítica que tienen precisamente en el momento que inician y desempeñan su educación primaria.

En Colombia, la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN-2010) muestra que el porcentaje de retraso en el crecimiento en menores de cinco años es de 13,2% (14). Este indicador presenta una situación de desnutrición crónica, es decir, el déficit en la relación talla-edad, el cual puede iniciarse desde la niñez y prolongarse por el resto de la vida. Además, implica dificultades físicas, cognitivas y sociales que afectan el normal desarrollo de los niños. Pero, en contraste, también se presentan

complicaciones asociadas al sobrepeso y a la obesidad en la población escolar, evento que debe analizarse al identificar sus causas y consecuencias (15, 16, 17). En consecuencia, es necesario indagar en las regiones sobre el estado de salud de la población escolar y realizar una evaluación minuciosa a los niños y adolescentes con estos desórdenes, luego valorar otros determinantes sociales que puedan condicionar su proyecto de vida y disminuir años de vida productiva.

El departamento del Norte de Santander no es ajeno a esta situación. Para el año 2013, existía un total de 42 748 niños y adolescentes entre los 5 y 18 años de edad. En este grupo la desnutrición crónica avanza en la medida en que aumenta la edad, siendo en el grupo de 5 años del 7%, en el de 12 años de 14% y en el de 18 años en promedio se mantiene en un 12% (18). Además de lo anterior, se evidencia que la desnutrición está ligada a la presencia de una compleja situación relacionada con escasos recursos económicos, residencia en las zonas clasificadas como vulnerables y especialmente en la población rural y joven (19).

En el municipio de Cúcuta, lugar del presente estudio, existen problemáticas sociales que afectan la calidad de vida de los niños, como la pobreza, la desintegración familiar, la informalidad laboral y el desempleo. Además, el 13% de menores de cinco años presenta desnutrición crónica (18), resultado, en algunos casos, de la presencia de estos fenómenos sociales deficitarios. Otros determinantes sociales, relacionados con la educación y el rendimiento escolar, incluyen la familia y las circunstancias materiales que la rodean, los cuales juegan un rol preponderante en el desarrollo del niño. De esta manera, se manifiesta la necesidad de crear y mantener redes de apoyo familiares y recursos adecuados para obtener el rendimiento adecuado en escolares (20, 21).

Estos hallazgos permiten percibir el alto riesgo al que están sometidos los niños en situaciones desfavorables, quienes, ante el déficit continuo pueden sufrir alteraciones psicosociales, como bajo nivel cognitivo, pérdida del desempeño escolar y aislamiento social (22, 23, 24, 25). En este sentido, el objetivo del presente estudio es identificar los determinantes sociales presentes en un grupo de escolares del municipio de Cúcuta.

Materiales y Métodos

Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo. La muestra fue el total de la población escolar de niños matriculados entre segundo y quinto primaria de una institución educativa del municipio de Cúcuta. Al total de estudiantes, 136, se les realizó evaluación y seguimiento de su estado académico y desarrollo corporal en el periodo de julio de 2013 a julio de 2014.

El instrumento que se utilizó para la recolección de los datos fue *Determinantes sociales y rendimiento académico en escolares, 2013*, al cual se le realizaron pruebas de contenido y de confiabilidad, que permitieron su diseño, revisión y análisis de validación. Concretamente, se le aplicó una prueba de expertos y una evaluación de agrupación de contenido por dimensiones.

Con respecto a las pruebas de fiabilidad del instrumento, se utilizó el coeficiente Alpha de Cronbach, con el cual se obtuvo un $\alpha = 0,701$, lo que permite concluir que la consistencia interna del instrumento es buena. Este instrumento se diseñó a partir de la clasificación de determinantes sociales de salud según la OMS. En el proceso de evaluación, se eliminaron nueve ítems dado que su variabilidad fue igual a 0, lo que dejó un total de 32 ítems finales.

El instrumento está integrado por tres dimensiones: la primera corresponde a los *Determinantes intermedios* y contiene 18 ítems con información sociodemográfica, socioambiental, sobre el sistema de salud, factores conductuales, alimentación y factores biológicos; la segunda corresponde a factores relacionados con el *Rendimiento escolar* y en ella se diseñan 8 ítems que contienen variables referentes al desarrollo escolar; la tercera a *Determinantes estructurales* con 6 ítems en los que se agrupan variables relacionadas con beneficios sociales, redes de apoyo y beneficios escolares. Para las tres dimensiones se realizaron pruebas de confiabilidad, cada una de las cuales obtuvo un coeficiente de consistencia interna de 0,68, 0,71 y 0,60, respectivamente.

El proyecto se presentó al Comité Central de Investigación Institucional Universitaria, al cual se encuentra adscrita una de las investigadoras, y posteriormente a las directivas de la institución educativa, a quienes se les dio a conocer los objetivos y se les solicitó la autorización para llevarlo a cabo. Finalmente, se expuso a los

padres de familia y a escolares para obtener el consentimiento y el asentimiento, respectivamente.

El uso de pautas éticas y medidas normativas de este proyecto se ajustó a las normas nacionales en Colombia, como la Resolución 08430 de 1993, y a la Declaración de Helsinki a nivel internacional. Nuestro estudio se consideró de riesgo mínimo; se aseguró la confidencialidad de la información y la identidad de los participantes. La toma de peso y talla, del índice de masa corporal (IMC) y del registro de los datos antropométricos se realizó por las investigadoras a partir de los parámetros establecidos en Colombia en la Resolución n° 2121 del año 2010.

Análisis de los datos

Para el análisis de los datos, se utilizó la aplicación Microsoft Excel® 2013 y el paquete estadístico SPSS versión 19, de lo que se obtuvieron medidas descriptivas para las variables identificadas.

Resultados

Determinantes intermediarios

Datos sociodemográficos

La población objeto se hallaba entre los 7 y 14 años de edad al momento de efectuar el estudio. La edad promedio del grupo fue de $9,4 \pm 1,7$ años. La muestra estuvo representada en el 59,6% por niños y en el 40,4% por niñas. El 97,8% de los estudiantes pertenecía al estrato socioeconómico 1 y el 2,2%, al 2, a los cuales pertenecen, según la clasificación del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en Colombia, personas con escasos recursos económicos.

Circunstancias materiales y psicosociales/socioambientales

En cuanto a la ocupación laboral, la población de padres o quienes hacen sus veces, se dedican a los servicios del hogar, a la construcción y, en su mayoría (72%), al empleo informal. Las condiciones de la vivienda en un 85% presentan una infraestructura física deficiente, pues las casas son construidas con paredes de ladrillo, con tablas y zinc; los pisos son de cemento o baldosa y en los espacios para compartir, una habitación puede albergar hasta 8 personas. El barrio en el

que habitan fue formado a partir de la invasión de terrenos públicos. El 67% de esta población tiene casa propia, el porcentaje restante vive en arriendo.

Según la clasificación de tipología familiar, el 58,1% forma parte de la familia nuclear; el 19,1% pertenece a una familia nuclear modificada; el 16,9%, a una familia extensa o extensa modificada; y el 5,9%, a una familia nuclear reconstituida.

Factores comportamentales y sistema de salud

Al momento de realizar la encuesta, sólo el 2,9% de los estudiantes contaba con algún tipo de seguridad social en salud. El 95,6% de los niños valorados no presentaba alguna enfermedad o afección principal. Sin embargo, se encontró que del total de menores de 10 años (74) apenas el 41,9% asistía a controles de crecimiento y desarrollo.

Entre los motivos referidos por quienes cuidan de los niños para no asistir a controles, se encuentran la ausencia de recursos económicos para su traslado y la falta de tiempo para solicitar citas en el centro de salud, pues, según ellos, requieren de toda una mañana o una tarde para solicitarla y un tiempo semejante para asistir a ella. Esto también es debido a la ausencia de redes de apoyo que existen entre la familia.

Los resultados anteriores evidencian, como mencionan Jabalera *et al.* (26), la necesidad de definir medidas dirigidas a este tipo de población, puesto que los principales motivos del ausentismo de los controles de salud podrían ser intervenidos. Es, por lo tanto, necesario generar programas y políticas públicas que aborden esta temática y que propongan soluciones acordes a las necesidades de la población.

Estado de salud y condición nutricional

Para este análisis se utilizaron indicadores antropométricos provenientes de la OMS y adoptados en Colombia según la Resolución n° 2121 de 2010. Estos indicadores, que permiten identificar los riesgos nutricionales para personas mayores de cinco años, incluyen la medición de la talla/edad, el índice de masa corporal (IMC) y la tendencia de crecimiento. Entre los hallazgos se identificó que el riesgo de desnutrición es significativamente mayor en los niños que en las niñas ($p = 0,035$), como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Clasificación del estado nutricional por talla/edad

Clasificación según talla/ edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	n°	%	n°	%	n°	%
Talla adecuada para la edad	63	46,3	50	36,8	113	83,1
En riesgo de desnutrición	17	12,5	4	2,9	21	15,4
Desnutrición crónica	1	0,7	1	0,7	2	1,5
Totales	81	59,6	55	40,4	136	100

Fuente: Instrumento *Determinantes sociales y rendimiento escolar, 2013.*

Los hallazgos del presente estudio concuerdan con los resultados de la ENSIN-2010, en la cual los niños tienen mayor prevalencia de desnutrición que las niñas. Existe un grupo (15,4%), del total de la población que se encuentra en riesgo de desnutrición. Las cifras de desnutrición crónica fueron bajas, pero demuestran un pequeño grupo con características nutricionales en déficit que debe ser motivo de vigilancia e intervención inmediata.

Teniendo en cuenta la norma de detección temprana de alteraciones en el crecimiento y desarrollo en Colombia, se realizó un control anual de medidas antropométricas comparando la tendencia de crecimiento de los niños en los dos años. Con esto se evidenció que el 36% de escolares presentó una tendencia horizontal o descendente, lo que significa un estado nutricional deficitario crónico.

El índice de masa corporal (IMC) identificó que el 22,1% del grupo se encontró en estado de delgadez, mientras que el 19,1% presentó sobrepeso y el 5,9%, obesidad. Los niños y adolescentes del estudio con esta característica se encontraron por encima de la media nacional. En esta situación emergente no existen diferencias significativas entre géneros ($p = 0,473$).

Hábitos alimentarios

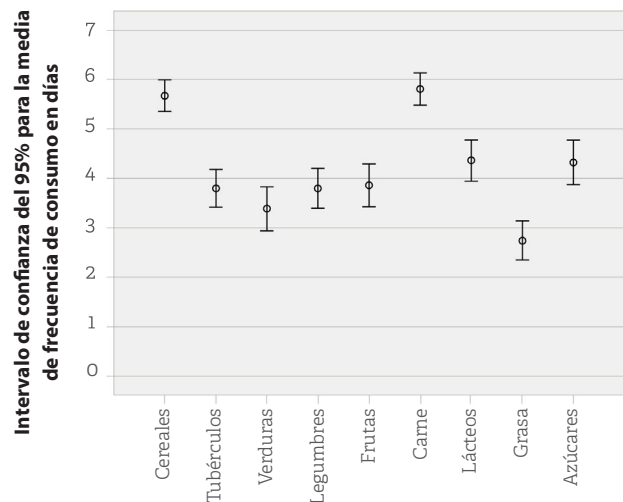
Con relación a la frecuencia de la alimentación, la mayor parte de los niños desayuna (86,8%), almuerza (97,8%) y cena (94,1%) los siete días de

la semana. Los alimentos identificados como carbohidratos son los que mayormente se consumen y constituyen un aporte importante en la ingesta familiar.

Otros hallazgos mostraron que frutas y verduras se ingieren sólo tres y cuatro días a la semana, respectivamente. El consumo de leche se hace diariamente sólo por el 29,4% del grupo de estudio, cuando hace parte de los alimentos incluidos en los refrigerios que existen en los colegios como beneficios de los programas de gobierno (ver Gráfica 1).

Con respecto a la tienda escolar del instituto donde se realizó el estudio, ésta ofrece alimentos como sándwiches, empanadas, alimentos en paquete y gaseosas, los cuales no poseen las características nutricionales acordes a su edad y, por el contrario, generan un riesgo para desarrollar obesidad.

Gráfica 1. Frecuencia de consumo por tipo de alimentos ingeridos (días a la semana)



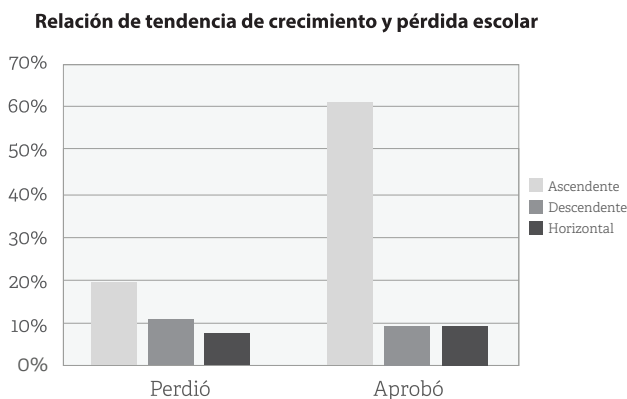
Fuente: Instrumento *Determinantes sociales y rendimiento escolar, 2013.*

Rendimiento escolar

Al realizar el análisis de variables relacionadas con el desarrollo escolar de los niños, se pudo corroborar una asociación importante entre su crecimiento y el rendimiento académico. La medida antropométrica *tendencia de crecimiento* (definida por

la OMS como la relación entre la edad y la talla en el transcurso del tiempo), permitió identificar que la mayor proporción de escolares con pérdida académica fue aquella que presentó una curva descendente de esta medición, como puede verse en la Gráfica 2.

Gráfica 2. Relación de tendencia de crecimiento y pérdida escolar



Fuente: Instrumento *Determinantes sociales y rendimiento escolar*, 2013.

La repitencia escolar está asociada y es significativamente mayor en los niños con curva de tendencia descendente (55,56%). A medida que mejora la tendencia del indicador, la proporción de repitencia escolar es menor ($p = 0,008$).

Determinantes estructurales

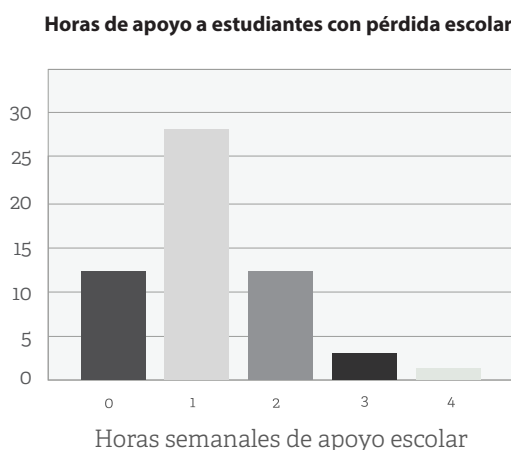
Redes de apoyo

Apoyo en tareas escolares: Con respecto a esta variable, se identificó que solamente el 86,8% del grupo de estudio recibía apoyo en la realización de sus tareas académicas. En la mayoría de casos, este apoyo es recibido por parte de la madre (64%), los hermanos (14,7%), los tíos (7,4%) u otras personas, como el padre, los vecinos, los amigos o los primos.

Del total de horas semanales que dedican diferentes personas a los escolares para asesorar las tareas académicas, el 63% se ofrece a los niños que nunca han perdido años escolares; el porcentaje restante (37%), a niños repitentes. De otra parte, como puede verse en la Gráfica 3, del total

de niños repitentes, el 48% pertenece al grupo que solo recibe en promedio una hora semanal de asesoría para realizar sus tareas escolares. Lo contrario ocurre con el grupo que recibe más de cuatro horas de apoyo para esta actividad, pues sólo se evidencia un niño repitente con este número de horas.

Gráfica 3. Relación de horas de apoyo y repitencia escolar



Fuente: Instrumento *Determinantes sociales y rendimiento escolar*, 2013.

En ese sentido puede evidenciarse que a mayor número de horas invertidas en apoyo a estos niños para sus tareas escolares, menor es la repitencia escolar.

Respecto al grado de escolaridad de la persona que apoya al niño en las tareas académicas, se observó que la mayoría sólo tiene estudios en básica media (39,8%) y el 28,8% tiene estudios completos en secundaria.

Redes de apoyo alimentario

El 98,5% de los niños y adolescentes del estudio recibía apoyo alimentario por parte de los programas establecidos por el Gobierno y por entidades privadas. En este grupo el 71,6% estaba beneficiado con el refrigerio, mientras que sólo el 28,4% recibía, además, un almuerzo. Cada menor de edad obtenía este beneficio en promedio cada $3,8 \pm 1,1$ días a la semana; el 47,1% lo obtenía cinco días de la semana.

Discusión

Al realizar el análisis de resultados, se observó que, entre los determinantes sociales presentes, los clasificados como *intermediarios* son altamente deficitarios, como una condición socioeconómica *baja*, estado nutricional de riesgo, ausencia de afiliación al sistema de salud y ausentismo a controles de crecimiento y desarrollo. En la literatura de consulta, estas variables son causas básicas descritas como factores de riesgo que llevan a mayores problemáticas físicas, psicosociales y a mayor desigualdad e inequidad en las regiones donde se presentan (27, 28, 29).

Con respecto a la alimentación y al estado nutricional, los hallazgos del presente estudio concuerdan con los resultados de la ENSIN-2010 (14), puesto que se identificó desnutrición infantil en la población de estudio, así como la situación emergente del aumento de sobrepeso y obesidad en los escolares (19,1% y 5,9%, respectivamente). Estas cifras son semejantes a las de los hallazgos de estudios realizados en otras regiones del país, como en el Valle del Cauca (16) y Argelia (17), y en otros países, como España y México (11, 21).

Las prácticas alimentarias mayormente demostraron consumo de carbohidratos y ausencia de frutas y verduras en la dieta; así mismo, en algunos casos fue irrelevante el consumir el desayuno. Estos datos concuerdan con los presentados por la ENSIN-2010, en la cual se registra que, entre las prácticas habituales, la mayor parte de población en Colombia consume el almuerzo, seguido de la cena, pero en menor proporción, el desayuno (91,8%). Por su parte, un estudio en España señala que la alimentación ingerida por los escolares en menor proporción es el desayuno (11).

Con respecto a las variables *Estado nutricional* y *Rendimiento escolar*, en la presente investigación se halló que los resultados son coherentes con los obtenidos por estudios nacionales e internacionales (21, 25, 30, 31, 32). Éstos indican que la población con problemas de nutrición ha sido la más afectada con la pérdida escolar, lo que puede deberse al mal estado nutricional que conlleva déficit de la concentración y que contribuye a una mayor deserción, ausentismo y bajo rendimiento escolar. Los resultados de un estudio en Colombia, realizado por Rodríguez *et al.*, refleja con mayor énfasis esta problemática (33).

Con respecto a los determinantes estructurales, se encontró que existen redes de apoyo gubernamental a través de programas de subsidio y beneficios alimentarios. Sin embargo, es necesario analizar si éstos se operan conforme a las necesidades individuales de los niños; o si, por el contrario, a todos se les provee de alimentos bajo una misma dieta, lo cual, en ocasiones, aumenta los problemas de desnutrición o sobrepeso, como lo plantean Díaz *et al.* (34).

En cuanto a las redes de apoyo para las tareas escolares, se observó que no todos los niños cuentan con esta ayuda —sólo el 86,8%—, lo cual actúa en detrimento del desarrollo escolar. Se ha identificado que recibir por lo menos 15 minutos de acompañamiento en las labores escolares promueve el aprendizaje, mejora el comportamiento académico-social de los estudiantes y consolida las habilidades de comunicación entre padres y profesores (21, 35), dando espacio, además, a un escenario de prevención (36).

Los resultados de nuestro estudio deben ser retomados por la enfermería para liderar programas de seguimiento, no intervencionistas o asistencialistas, sino que impacten en el cuidado integral de la salud de los niños de esta población y en su entorno familiar y educativo, como apuntan Carvajal y Caro (36). Es menester reconocer que estos niños son sujetos de derechos y deben tener las mismas oportunidades que la población restante a partir de una excelente educación tanto familiar como institucional.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses antes, durante o después de la realización del estudio.

Referencias

- (1) Blumer H. El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Barcelona: Hora S.A. Editora Distribuidora; 1982.
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS). Subsana las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud

[informe en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2008 [acceso: 13 ene 2017]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf

(3) Organización Mundial de la Salud (OMS) [sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2017 [acceso: 19 ene 2017; actualizada: 19 ene 2017]. Determinantes sociales de la salud [1 pantalla]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/

(4) Palomino PA, Grande ML, Linares M. La salud y sus determinantes sociales: desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Rev Int Sociol* [revista en Internet]. 2014;72(Sup 1):71-91. [acceso: 17 jul 2016] DOI: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>

(5) Castelblanco-Niño ML, Cerquera-Guerrero L, Vélez-Alvarez C, Vidarte-Claros JA. Caracterización de los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad en la ciudad de Manizales, Colombia. *Divers Perspect Psicol* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 17 jul 2016];10(1):87-102. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v10n1/v10n1a07.pdf>

(6) Andrade LO, Pellegrini A, Solar O, Rígoli F, Salazar SL, Castell-Florit SP et al. Determinantes sociales de salud, cobertura universal de salud y desarrollo sostenible: estudio de caso en países latinoamericanos. *Lancet* [revista en Internet]. 2015;17(Sup 1):S53-S61. [acceso: 17 jul 2016] Disponible en: DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61494-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61494-X)

(7) Germán-Bes C, Hueso-Navarro F, Huércanos-Esparza I. El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enferm Glob*. 2011 [revista en Internet];10(23):221-232. [acceso: 17 jul 2016] Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300016>

(8) López-Borbón D. Relevancia de la incorporación de la perspectiva intercultural en el cuidado y la promoción de la salud. *Enferm Actual Costa Rica* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 17 jul 2016];(26):1-8. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.voi26.14951>

(9) República de Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1804 de 2016, por la cual se establece la política de Estado para

el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones.

(10) Barahona P. Factores determinantes del rendimiento académico de los estudiantes de la Universidad de Atacama. *Estud Pedagóg* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 17 jul 2016];40(1):25-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052014000100002>

(11) González-Jiménez E, Aguilar-Cordero MJ, Álvarez-Ferre J, Padilla-Lóez C, Valenza MC. Estudio antropométrico y valoración del estado nutricional de una población de escolares de Granada: comparación con los estándares nacionales e internacionales de referencia. *Nutr Hosp* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 17 jul 2016];27(4):1106-1113. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000400020

(12) De la Torre-Ugarte-Guanillo M, Oyola-García A. Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. *Rev Peru Epidemiol* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 17 jul 2016];18(Sup1):1-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203132677002>

(13) Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado mundial de la infancia 2012: niñas y niños en un mundo urbano [reporte en Internet]. Nueva York: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2012 [acceso: 17 jul 2016]. Disponible en: [https://www.unicef.org/publicaciones/SOWC_2012-Main_Report_SP\(1\).pdf](https://www.unicef.org/publicaciones/SOWC_2012-Main_Report_SP(1).pdf)

(14) Ministerio de Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (ENSIN). Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); 2010.

(15) Díaz X, Mena C, Chavarria P, Rodríguez A, Valdivia-Moral P. Estado nutricional de escolares según su nivel de actividad física, alimentación y escolaridad de la familia. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en Internet]. 2013 [acceso: 17 jul 2016];39(4):640-650. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400003&lng=es&nrm=iso

- (16) Cubides AM, Moreno FO, Guarín J, Barros GI, Villamarín EA, Hernández M. Estado nutricional en escolares del Valle del Cauca. Año 2012. *Revista Colombiana Salud Libre*. [revista en Internet]. 2014 [acceso: 17 jul 2016];9(2):84-90. Disponible en: <http://revistasojs.unilibrecali.edu.co/index.php/rcslibre/article/view/25>
- (17) Ortega-Bonilla RA, Chito-Trujillo DM. Valoración del estado nutricional de la población escolar del municipio de Argeña, Colombia. *Rev Salud Pública* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 17 jul 2016];16(4):547-559. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n4.40658>
- (18) Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander. Diagnóstico Nutricional vigencia 2013: Sistema de Vigilancia nutricional "WINSISVAN" Norte de Santander. Cúcuta: Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander; 2013 [acceso: 3 marz 2015]. Disponible en: http://salasituacionalidsnds.weebly.com/uploads/1/0/7/1/10714324/diagnostico_nutricional_nios_2013.pdf
- (19) Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU) Colombia [sede web]. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU) Colombia; 2016 [acceso: 20 nov 2016; actualizada 7 de julio de 2016]. Día Mundial de Población: Foro "Invertir en jóvenes como condición para una paz duradera en Colombia" [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://colombia.unfpa.org/noticias/d%C3%ADa-mundial-de-poblaci%C3%B3n-foro-%E2%80%9Cinvertir-en-j%C3%B3venes-como-condici%C3%B3n-para-una-paz-duradera-en>
- (20) Espinoza O, Castillo D, González LE, Loyola J. Factores familiares asociados a la deserción escolar en los niños y niñas mapuche: un estudio de caso. *Estud Pedagóg* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 19 jul 2016];40(1):97-112. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052014000100006>
- (21) Valdés AA, Martín MJ, Sánchez PA. Participación de los padres de alumnos de educación primaria en las actividades académicas de sus hijos. *Rev Electrón Investig Educ* [revista en Internet]. 2009 [acceso: 17 jul 2016];11(1):1-17. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412009000100012
- (22) Roja-Guerrero NF, Li-Loo Kung CA, Dávila-Panduro SK, Alva-Angulo MR. El estado nutricional y su impacto en los logros de aprendizaje. *Cienc Amaz (Iquitos)* [revista en Internet]. 2015 [acceso: 17 ene 2017];5(2):115-120. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5399300.pdf>
- (23) Paredes YV. Desnutrición, cognición y pobreza. *Revista UNIMAR*. 2013;31(2):69-79.
- (24) Portillo C, Barrios C, Gutiérrez M, De León A, Ojeda A, Barrientos S. Relación entre el rendimiento académico y la desnutrición en los niños de 8 a 14 años. *Rev Col Méd Cir Guatem* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 17 ene 2017];1-7. Disponible en: https://www.academia.edu/7410979/Relaci%C3%B3nentre_el_rendimiento_acad%C3%A9mico
- (25) Urquiaga ME, Gorriti C. Estado nutricional y rendimiento académico del escolar. In *Cres*. [revista en Internet]. 2012 [acceso: 17 ene 2017];3(1):121-129. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5127636.pdf
- (26) Jabalera ML, Morales JM, Rivas F. Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol. *An Sist Sanit Navar* [revista en Internet]. 2015 [acceso: 17 ene 2017];38(2):235-245. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v38n2/original6.pdf>
- (27) Mamani Y, Choque MC, Rojas EG. Estado nutricional y su relación con el coeficiente intelectual de niños en edad escolar. *Gac Med Bol* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 10 mar 2016];37(1):6-10. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662014000100002&lng=es
- (28) Jasso-Gutiérrez L, López M. El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en los niños. *Bol Med Hosp Infant Mex* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 10 mar 2016];71(2):117-125. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000200009&lng=es
- (29) Vallejo-Solarte ME, Castro-Castro LM, Cerezo-Correa MP. Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa - Colombia. *Rev*

Uni Salud [revista en Internet]. 2016 [acceso: 10 mar 2016];18(1):113-125. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a12.pdf>

(30) Bracho F, Ramos E. Percepción materna del estado nutricional de sus hijos: ¿Es un factor de riesgo para presentar malnutrición por exceso? *Rev Chil Pediatr* [revista en Internet]. 2007 [acceso: 13 jul 2016];78(1):20-27. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062007000100003>

(31) Cubero J, Calderón M, Guerra S, Costillo E, Pozo A, Ruiz C. Análisis del desayuno en una población de escolares del 3º ciclo de primaria: un recurso didáctico en educación para la salud. *Campo Abierto* [revista en Internet]. 2013 [acceso: 10 mar 2016];32(2):145-153. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4838123>

(32) Escarbajal A, Sánchez M, Guirao I. Factores determinantes del rendimiento académico de alumnos hijos de inmigrantes y autóctonos de origen extranjero en contextos de exclusión social. *Reinad* [revista en Internet]. 2015 [acceso: 10 mar 2016];9:31-46. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4995/reinad.2015.3772>

(33) Rodríguez-Escobar G, Vargas-Cruz SL, Ibáñez-Pinilla E, Matiz-Salazar MI, Jørgen-Overgaard H. Relación entre el estado nutricional y el ausentismo escolar en estudiantes de escuelas rurales. *Rev Salud Pública* [revista en Internet]. 2015 [acceso: 17 jul 2016];17(6):861-873. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n6.48709>

(34) Díaz MP, Montoya IA, Montoya LA. Estudio de caso: la gestión de la alimentación escolar en Santiago de Cali y Bogotá D.C. *Rev Salud Pública* [revista en Internet]. 2011;13(5):737-747. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1590/S0124-00642011000500002>

(35) Suárez N, Fernández E, Cerezo R, Rodríguez C, Rosario P, Núñez JC. Tareas para casa, implicación familiar y rendimiento académico. *Aula Abierta* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 10 mar 2016];40(1):73-84. Disponible en: <http://dspace.sheol.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17589/1/AulaAbierta.2012.40.1.73-84.pdf>

(36) Carvajal G, Caro CV. Familia y escuela: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería. *Av Enferm* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 10 mar 2016];30(3):102-117. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39968/41869>

Impactos da dor crônica na vida das pessoas e a assistência de enfermagem no processo

Impacto del dolor crónico en la vida de las personas y los cuidados de enfermería en el proceso

Impacts of chronic pain on people's life and nursing care in the process

• Caroline de Castro Moura¹ • Érika de Cássia Lopes Chaves² •

• Valéria Helena Salgado Souza³ • Denise Hollanda Lunes⁴ • Carla Rodrigues Gama Ribeiro⁵ •

• Camila Maria Silva Paraizo⁶ • Silvana Maria Coelho Leite Fava⁷ • Eliza Maria Rezende Dázio⁸ •

•1• Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: carol_castro_m@hotmail.com

•2• Pós-Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: echaves@unifal-mg.edu.br

•3• Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: valeriasouza533@hotmail.com

•4• Pós-Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: deniseiunes@unifal-mg.edu.br

•5• Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: carlarodgamaribeiro@hotmail.com

•6• Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: camila-maria88@hotmail.com

•7• Doutora em Enfermagem. Professor Associado I, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: silvanalf2005@yahoo.com.br

•8• Pós-Doutora em Enfermagem. Professora Associada, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: elizadazio@yahoo.com.br

Recibido: 12/11/16 Aprobado: 14/02/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n1.61006



Resumo

Objetivo: Refletir sobre os impactos da dor crônica na vida das pessoas e a assistência de enfermagem no processo.

Metodologia: Trata-se de um ensaio reflexivo, fundamentado em uma revisão teórica. O estudo foi desenvolvido entre os meses de maio de 2015 a julho de 2016. Os dados foram analisados e logo organizados nos seguintes eixos temáticos: *O impacto da dor crônica sobre a qualidade de vida das pessoas, Dor como quinto sinal vital: a importância de sua avaliação e Assistência de enfermagem ao paciente com dor crônica.*

Resultados: Vários são os impactos que a dor acarreta na vida das pessoas e, quando este sintoma se torna crônico, a repercussão sobre a qualidade de suas vidas é mais intensa. Portanto, uma avaliação abrangente, holística e multiprofissional da pessoa com dor faz-se necessária, de forma que o enfermeiro, por meio do estabelecimento do processo de enfermagem, desempenhe um papel fundamental pelo processo de reconhecimento e controle desta condição com a implementação de diagnósticos acurados e intervenções efetivas.

Conclusão: A dor crônica merece atenção especial do enfermeiro, de forma que a avaliação e o tratamento sejam os mais abrangentes possível, a fim de minimizar o impacto negativo da dor sobre a vida das pessoas.

Descritores: Dor Crônica; Cuidados de Enfermagem; Assistência Integral à Saúde (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Reflexionar sobre el impacto del dolor crónico en la vida de las personas y en los cuidados de enfermería en el proceso.

Metodología: Ensayo reflexivo, el cual se fundamentó en una revisión teórica. El estudio se realizó entre los meses de mayo de 2015 a julio de 2016. Los datos se analizaron y luego se organizaron en los siguientes ejes temáticos: *El impacto del dolor crónico sobre la calidad de vida de las personas, El dolor como quinta señal vital: la importancia de su evaluación y Cuidados de enfermería a los pacientes con dolor crónico.*

Resultados: El dolor impacta de varias formas en la vida de las personas y, cuando este síntoma se vuelve crónico, repercute más intensamente en la calidad de vida. Por lo tanto, se hace indispensable realizar una evaluación completa, holística y multiprofesional de la persona que padece algún dolor, de manera que el enfermero, al establecer el proceso de enfermería, desempeñe un papel fundamental en el reconocimiento y control de esta condición con la implementación de diagnósticos precisos y de intervenciones efectivas.

Conclusiones: El dolor crónico requiere de una atención especial por parte del enfermero para que la evaluación y el tratamiento sean lo más completos posible, con el fin de minimizar el impacto negativo del dolor sobre la vida de las personas.

Descritores: Dolor Crónico; Atención de Enfermería; Atención Integral de Salud (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To reflect about impact of chronic pain on people's life and on the nursing care in the process.

Methodology: This is a reflexive essay, based on a theoretical review. The study was developed between May 2015 and July 2016. The data were analyzed and after organized in thematic axes as follows: *The impact of chronic pain on people's quality of life, Pain as a fifth vital sign: the importance of its evaluation, and Nursing care to the patient with chronic pain.*

Results: Pain impacts in several ways on people's life, and, when this symptom becomes chronic, it resonates more intensively on quality of life. A comprehensive, holistic, and multi-professional evaluation to person with pain is necessary, so that nurse, setting up the nursing process, plays a central role in recognition and control of this status with the implementation of accurate diagnoses and effective interventions.

Conclusions: Chronic pain needs a special attention by nurse so that assessment and treatment to be as complete as possible, in order to minimize the negative impact of pain on people's life.

Descriptors: Chronic Pain; Nursing Care; Comprehensive Health Care (source: DECS BIREME).

Introdução

A motivação em desenvolver este ensaio reflexivo surgiu da percepção, na prática profissional, do grande número de pessoas, principalmente idosos, que queixam da presença de dor no seu dia-a-dia e pela intensa busca por estratégias para aliviar tal desconforto. Nesse contexto, convivendo com a alta prevalência de dor crônica na população em geral, buscou-se por evidências que enfatizam a pessoa que sofre com esta condição e o cuidado de enfermagem prestado a ela.

A condição de dor é considerada um dos grandes problemas de saúde pública atualmente (1). Adicionalmente, apresenta-se uma crescente demanda por serviços de saúde, recursos tecnológicos e uma equipe multiprofissional capacitada, para a abordagem integral do paciente em suas diversas dimensões. Frente a este contexto, o cuidar da pessoa com dor crônica representa um desafio para os profissionais de saúde (2), especialmente para o enfermeiro, devido ao permanente contato com este tipo de pacientes.

O envelhecimento da população acarreta um aumento da prevalência de doenças crônicas e degenerativas (3) e, conseqüentemente, de maior incidência de dor e incapacidade (4). Em muitos destes casos, a dor crônica é a principal queixa, fato que interfere de modo acentuado na qualidade de vida (5). Estudos apontam que a prevalência de dor crônica em idosos varia entre 29,7% e 52,8%; ocorre com mais frequência nos membros inferiores (34,5%) e região lombar (29,5%); e tem sido relatada quanto à intensidade como *moderada a intensa* (6, 7).

As estimativas referentes ao tamanho e à característica da população afetada pela dor crônica fornecem subsídios para planejar e implementar recursos terapêuticos para aqueles que mais necessitam (8). Nesse cenário, torna-se importante buscar estratégias que possibilitem uma avaliação holística dos indivíduos que sofrem diariamente de algum tipo de dor.

Como diagnóstico de enfermagem, a dor crônica pode ser definida, segundo a NANDA-I®, como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou

descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de qualquer intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que três meses” (9).

É importante considerar que a dor não envolve apenas a dimensão física, mas uma experiência perceptual complexa que engloba todos os domínios da vida de um indivíduo, a qual é explicada por um modelo biopsicossocial (10). Assim sendo, a dor é um fenômeno subjetivo vivido de forma exclusiva por cada pessoa (11). Logo, o entendimento adequado do paciente com dor exige uma avaliação precisa e criteriosa, não só da doença que pode estar causando a dor, mas também de uma infinidade de fatores comportamentais e psicossociais. Por conseguinte, torna-se essencial que os profissionais avaliem a pessoa com dor, e não apenas a dor de forma isolada.

Com isso, buscou-se neste estudo refletir sobre o impacto da dor crônica na vida das pessoas e a assistência de enfermagem no processo. Para isto, foi necessário propor os seguintes questionamentos norteadores: *Qual o impacto da dor crônica na vida das pessoas?; e qual a importância da assistência de enfermagem sistematizada a essas pessoas?*

Métodos

Trata-se de um ensaio de reflexão, fundamentado em uma revisão teórica realizada por meio de uma pesquisa bibliográfica. Esta é considerada um recurso metodológico em que o pesquisador, ao buscar exaustivamente pelo tema de interesse, fornece soluções ao problema investigado e lança sugestões para estudos futuros, configurando-se como um importante método para a produção do conhecimento científico (12). Este procedimento abrange a leitura exploratória, seletiva, reflexiva e interpretativa dos referenciais relevantes acerca da temática a desenvolver (12).

Para fundamentar teoricamente o objeto de estudo, dois pesquisadores independentes, norteados pelas questões do estudo, realizaram um levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: *Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud* (Lilacs), *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS), PubMed, e Cuiden®, que ocorreu entre os meses de maio de 2015 a julho de 2016. Para a localização de estudos pertinentes a essa investigação, foram utilizados

termos extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e do *Medical Subject Headings* (MESH) juntamente com o operador booleano AND, resultando nas combinações *Dor Crônica AND Cuidados de Enfermagem AND “Assistência integral à saúde”*; *“Chronic pain” AND “Nursing care” AND “Comprehensive health care”*; e *“Dolor crónico” AND “Atención de Enfermería” AND “Atención integral de salud”*.

Adotou-se como critérios de elegibilidade artigos publicados em português, inglês e espanhol, com texto completo disponível nas bases de dados, publicados nos últimos onze anos (2005-2016). Os estudos que não responderam à questão norteadora foram excluídos. Um total de 426 artigos foram inicialmente encontrados, sendo 420 na PUBMED e seis na Cuiden®. Ao final da busca, um total de 16 artigos foram selecionados e os livros *NANDA-I®*, *Nursing Intervention Classification (NIC)* e *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Além disso, para fundamentar a reflexão, foram tomadas em consideração as resoluções do Conselho Federal de Enfermagem e os documentos e declarações da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), da *International Association for the Study of Pain (IASP)* e do *National Pain Management Coordination Committee*.

Os dados foram analisados a partir da concepção e da vivência clínica dos autores sobre o tema abordado e sobre os principais pontos discutidos nos estudos selecionados. Após a análise, emergiram os seguintes três eixos temáticos: *“O impacto da dor crônica sobre a qualidade de vida das pessoas”*, *“Dor como quinto sinal vital: a importância de sua avaliação”* e *“Assistência de enfermagem ao paciente com dor crônica”*.

Resultados e Discussão

O impacto da dor crônica sobre a qualidade de vida das pessoas

A dor crônica é uma das condições mais incapacitantes nos países desenvolvidos, mas acredita-se que seu impacto seja igualmente importante nos países em desenvolvimento (8), como o Brasil. O aumento da intensidade e da propagação da dor coincide com o aumento do estresse físico e mental (13), condição que pode diminuir a qualidade geral de vida de um paciente.

Embora a qualidade de vida seja uma expressão muito comum, ela é de grande complexidade, devido à subjetividade que representa. No contexto da dor, pode-se considerar que a qualidade de vida seja entendida como a capacidade de uma pessoa fazer alguma coisa versus sua funcionalidade, ou seja: o que de fato o indivíduo realmente consegue fazer quando sofre deste sintoma (14).

Os distúrbios musculoesqueléticos, uma das principais causas para a cronicidade da dor, possui uma prevalência de 15% na população adulta (15). Esta doença interfere diretamente nas atividades diárias, razão pela qual é um motivo comum para que este tipo de pessoas procurem os serviços de saúde primários (16). Destaca-se que vários aspectos psicológicos e comportamentais, como ansiedade, depressão, angústia, entre outros, estão relacionados com o processo de cronicidade da dor musculoesquelética e podem provocar impactos negativos na qualidade de vida (16).

Dentre estes impactos, a dor crônica pode estar associada —além da presença de ansiedade e de depressão— ao comprometimento da qualidade do sono, do humor, da atividade, do apetite e da energia. Do mesmo modo, pode levar a incapacidade física e funcional, elevar o grau de dependência às outras pessoas e desencadear afastamento social e no trabalho, mudanças na sexualidade, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, desesperança, sentimento de morte, dentre outros (5, 11, 17).

De forma geral, todos estes fatores causados pela dor interferem diretamente na funcionalidade do indivíduo, o que prejudica a manutenção da sua própria autonomia. Com isso, o reflexo na qualidade de vida torna-se inevitável, uma vez que, além da dor física, as pessoas são forçadas a conviver com as suas incapacidades e dependências, o que não é uma tarefa fácil e reforça a influência negativa sobre suas vidas (18).

Todas estas condições biopsicossociais da dor crônica podem levar a um intenso sofrimento físico e psíquico, pela impossibilidade de controlar tais fatores. Diante disso, enfatiza-se a importância do planejamento de medidas efetivas para a sua avaliação e controle, e para o tratamento adequado (5).

Dor como quinto sinal vital: a importância de sua avaliação

A realização de uma avaliação abrangente da dor pelos profissionais de saúde, principalmente pelo enfermeiro, é essencial para identificar a intensidade relatada pelo paciente. Além disso, é necessário considerar os fatores sociais, biológicos, culturais e psicológicos que influenciam a dor, bem como o impacto negativo que a experiência causa sobre a vida e a saúde da pessoa e de sua família.

Há alguns anos, a dor tem sido considerada pela *American Pain Society* como o quinto sinal vital, a fim de enfatizar a importância de uma avaliação biopsicossocial desta condição e da instauração de um tratamento adequado. De acordo com James Cambbell, presidente da *American Pain Society*, “os sinais vitais são levados a sério. Se a dor for avaliada com o mesmo zelo, como os outros sinais vitais são, teria uma chance muito maior de ser tratada adequadamente. Precisa-se treinar médicos e enfermeiros para tratar a dor como sinal vital. Um atendimento de qualidade significa que a dor é medida e tratada” (11). Diante de tal afirmação, fica evidente o quão importante é conceber e avaliar a dor como sinal vital, de forma que ela seja verificada nas mesmas condições e nos mesmos ambientes clínicos que os demais sinais vitais.

A dor como o quinto sinal vital é um mecanismo de rastreamento para identificar a dor não aliviada. Nesse contexto, um escore positivo de dor deve desencadear uma maior atenção por parte do profissional, uma intervenção imediata, um tratamento e um acompanhamento efetivos, tal como acontece com qualquer outro sinal vital. Assim, rastrear, avaliar e documentar a dor rotineiramente é um passo importante para garantir que a dor não aliviada seja identificada e tratada precocemente (11). Tais medidas irão proporcionar uma assistência de maior qualidade ao paciente.

Diante disso, a avaliação da dor crônica deve incluir características como intensidade, localização, natureza contínua ou intermitente, qualidade e severidade em diferentes tempos e grau de incapacidade (8). Também deve abranger fatores que podem ser desencadeados ou que agravam essa condição, como fadiga, os distúrbios do sono, humor, bem-estar geral, grau de funcionalidade, dependência, ansiedade e depressão (19), de forma que a avaliação envolva todas as dimensões do paciente.

A avaliação da dor deve ser um processo interativo que compreenda a pessoa e sua família, o enfermeiro, o médico e os demais profissionais da equipe multiprofissional que também são essenciais para oferecerem um atendimento amplo e individualizado. Nesse sentido, a avaliação integral é o ponto chave para um manejo eficaz da dor. Ressalta-se que o relato do paciente e da família constitui a fonte primária da avaliação, o qual facilita um acompanhamento efetivo (19).

Nesse aspecto, são apresentadas algumas estratégias que devem ser identificadas, avaliadas e documentadas em os pacientes com dores crônicas, a saber: história e intensidade da dor, funcionamento físico, qualidade de vida, funcionamento emocional, noções do paciente quanto à melhora ou a piora da dor, avaliação medicamentosa, cirúrgica, psicossocial e do ambiente físico e os diagnósticos adequados (20). O enfermeiro deve observar estes e outros aspectos por meio da entrevista e do exame físico detalhado do paciente, a fim de identificar os estímulos do meio interno ou externo que estão desencadeando a experiência dolorosa, para assim modificá-los juntamente com o paciente.

Outro fator importante a ser considerado para uma avaliação abrangente da dor pelo enfermeiro é a utilização de escalas, que podem ser classificadas como unidimensionais ou multidimensionais. As escalas unidimensionais são as mais utilizadas em contextos clínicos, uma vez que são simples, rápidas para administrar e de fácil compreensão pelo paciente, entre as quais se contam a visual, a verbal e a numérica ou uma combinação dessas três. Contudo, em algumas situações somente a intensidade não é suficiente para identificar a dor do paciente, de modo que faz-se necessário o uso de medidas mais abrangentes (20). Para isso, utilizam-se as escalas multidimensionais.

Ao considerar a experiência dolorosa de uma forma complexa, estas escalas fornecem informações mais detalhadas. As mais utilizadas são o *Questionário de Dor de McGill* (22) e sua forma reduzida (23), o *Inventário Breve de Dor* (24) e o *Chronic Pain Grade* (24). Basicamente, estes instrumentos medem as diferentes dimensões da dor, ou seja: a intensidade, as características, a interferência em aspectos emocionais e físicos e os efeitos na qualidade de vida. Todavia, são instrumentos muitas vezes extensos, o que pode limitar a aceitação pelo paciente, especialmente quando administrados durante o evento doloroso (20).

Diante do exposto, percebe-se que a avaliação da dor é um processo complexo, contudo essencial para se prestar uma assistência de qualidade ao paciente e à sua família. Nesse sentido, a atuação de uma equipe multiprofissional é essencial. Cabe ainda ao enfermeiro sistematizar o processo de avaliação para que o paciente com dor seja assistido em sua integralidade e para que aquela possa fomentar a prática de intervenções efetivas.

Assistência de enfermagem ao paciente com dor crônica

Para implementar efetivamente a dor como um sinal vital, faz-se necessário que os enfermeiros desenvolvam um plano de trabalho detalhado, com o planejamento e a aplicação de métodos de triagem e avaliação. Estes devem estar acompanhados por documentos para a identificação dos escores de dor e a sua interpretação adequada (11). Nessa perspectiva, torna-se essencial que o enfermeiro estabeleça a sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com dor crônica e à sua família. A sistematização ocorre por meio do processo de enfermagem, de forma a tornar a assistência dinâmica, integral e de qualidade.

O processo de enfermagem acontece por meio da identificação e classificação de diagnósticos de enfermagem mais acurados e pela especificação e verificação de resultados alcançados pelo paciente, que sejam sensíveis às intervenções de enfermagem implementadas. É considerado uma ferramenta tecnológica e metodológica para a assistência de enfermagem (26). Possui cinco etapas: a coleta de dados ou histórico de enfermagem; o diagnóstico de enfermagem; o planejamento; a implementação das intervenções; e a avaliação (27). Esse processo pode ocorrer pela utilização de sistemas de linguagens padronizados, como a *NANDA-I*[®], a *Nursing Intervention Classification* (NIC) e a *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

Especificamente para a pessoa que sofre com a presença de dor crônica, o processo de enfermagem se inicia com uma avaliação abrangente mediante o rastreamento de rotina. Em seguida, há o levantamento de diagnósticos de enfermagem acurados para o paciente e sua família, o planejamento prescritivo para um ótimo manejo da dor, a realização de intervenções voltadas para o alívio da dor e a reavaliação e o aperfeiçoamento do plano. Evidencia-se assim que a gestão eficaz desta condição clínica depende da disponibilidade de uma avaliação completa e confiável (11).

O primeiro passo para a avaliação da dor é a entrevista clínica. Esta deve ser pautada na observação direta de manifestações comportamentais do paciente, como, por exemplo, esfregar partes do corpo afetadas, fazer caretas, suspiros e demais sinais de estresse fisiológico e excitação. Outros componentes comuns do processo de uma avaliação abrangente da dor incluem a elaboração de um exame físico completo e detalhado, os procedimentos diagnósticos adicionais e o uso de instrumentos e questionários padronizados (11).

A entrevista realizada ao paciente que sente dor deve incluir os seguintes questionamentos:

- *Você está com dor agora?*
- *Onde está a sua dor?*
- *Qual é a sensação da dor?*
- *A dor é contínua ou ela vai e volta?*
- *Há quanto tempo você tem dor?*
- *O que faz a dor melhorar ou piorar?*
- *Você está experimentando outros sintomas?*
- *Como a dor afeta sua atividade, o sono, o apetite, o humor, o funcionamento social e os relacionamentos, a energia e a qualidade de vida?*
- *Em uma escala de 0 a 10, qual número representa um nível tolerável de dor? (11).*

Diante de todos estes questionamentos, é importante destacar que a queixa de dor do paciente deve ser aceita e respeitada pelo profissional de saúde. Este não deve subestimá-la, de forma a proceder uma avaliação e um tratamento adequados para o seu melhor controle e manejo.

O próximo passo da implementação do processo de enfermagem é o levantamento de diagnósticos de enfermagem. A *NANDA-I*[®] (9) apresenta o diagnóstico de enfermagem *Dor Crônica* (00133), que deve ser estabelecido como prioritário ao paciente com queixa algica que perdura por mais de três meses. Ao identificar as características definidoras e os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem em questão, o enfermeiro deve ser

capaz de planejar a assistência a ser implementada. Outros diagnósticos secundários podem estar presentes concomitantemente, de forma que aqueles mais urgentes também componham o plano de intervenção.

No contexto da assistência ao paciente com dor crônica, cabe ainda ao enfermeiro educá-los e aos seus familiares sobre o rastreamento da dor, os direitos dos pacientes e as opções de tratamentos disponíveis que giram em torno de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Além disso, o enfermeiro deve destinar-se a implementar tais ações.

A terapia farmacológica é uma opção importante para uma gestão completa e bem sucedida da dor (17); consiste na medida terapêutica mais procurada pelas pessoas e aumenta com o decorrer da idade (28). Envolve o uso de analgésicos opióides ou não, anti-inflamatórios não esteroides, anticonvulsivantes, antidepressivos e miorelaxantes (29, 30). Contudo, em alguns casos o uso prolongado destes fármacos pode provocar efeitos adversos e dependência, o que leva à dificuldade quando se deseja a interrupção dos mesmos (31).

No que tange a terapia farmacológica, cabe ao enfermeiro assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia e orientar sobre os métodos farmacológicos de alívio da dor prescritos. O enfermeiro deve enfatizar sobre a importância de tomar as medicações nos horários estabelecidos e sobre os possíveis efeitos adversos e interações medicamentosas (32).

Quanto às medidas não farmacológicas para alívio da dor, a NIC propõe ao enfermeiro ensinar ao paciente o uso de técnicas antes, após, e, se possível, durante as atividades dolorosas. Essas técnicas incluem o *biofeedback*, a estimulação elétrica transcutânea (TENS), a hipnose, o relaxamento, a imagem orientada, a musicoterapia, a distração, o jogo terapêutico, a terapia ocupacional, a acupressão, a aplicação de calor/frio e a massagem (32).

A fim de avaliar se as intervenções implementadas acarretaram uma adaptação positiva por parte do indivíduo, o enfermeiro deve utilizar indicadores para mensurar os resultados alcançados. Para isso, a NOC propõe, dentre outras, as seguintes escalas: *Nível de Dor* (2102), *Controle da Dor* (1605), *Dor: efeitos nocivos* (2101), *Dor: respostas psicológicas adversas* (1306), *Satisfação do cliente: controle da dor* (3016) (33). De posse destas

ferramentas, o enfermeiro deve verificar todo o processo de enfermagem estabelecido ao paciente com dor crônica, a fim de avaliar se os resultados esperados foram alcançados, de forma a prosseguir com o planejamento inicial ou aperfeiçoá-lo.

Torna-se essencial, ainda, envolver o paciente e sua família no plano terapêutico estabelecido (34) e educá-los sobre o processo do manejo da dor. A intenção é que eles possam colaborar no alcance das metas, já que são a peça fundamental de toda esta sistematização.

Por fim, a assistência de enfermagem, quando sistematizada, ainda pode otimizar os conhecimentos e os recursos disponíveis nas instituições de saúde (34), de forma a ser possível controlar eficazmente o sofrimento das pessoas com dor crônica, em todos os ciclos de vida.

Reflexões finais

Frente ao exposto, percebe-se que a dor crônica acomete uma parcela significativa da população e que o processo de envelhecimento faz com que este número aumente a cada dia. Vários são os impactos que o processo algico acarreta na qualidade de vida das pessoas, e, quando esse sintoma se torna crônico, faz-se mais intenso por trazer consigo alterações no sono, no apetite, na atividade, na cognição, no humor, nos relacionamentos, no desempenho pessoal e profissional e no lazer.

Uma avaliação abrangente, holística e multiprofissional da dor é fundamental para que ela possa ser efetivamente implementada como um sinal vital. Para isso, a avaliação deve ser frequentemente realizada (10). Deve contemplar as dimensões sensoriais, emocionais, cognitivas e sociais das pessoas com dor (35), a fim de auxiliar a implementação de intervenções imediatas destinadas a promover o alívio e, consequentemente, contribuir na melhoria do bem-estar desta população (11).

O enfermeiro desempenha um papel fundamental em este processo, uma vez que ele e a sua equipe possuem maior contato com o paciente que sofre com dor (34); dessa forma cabe a ele implementar a sistematização da assistência de enfermagem mediante o processo de enfermagem a todas as pessoas que sofrem com essa condição

clínica. Com a utilização dessa ferramenta, é possível estabelecer uma assistência organizada e que contemple todas as necessidades do indivíduo e da sua família.

Conclui-se, portanto, que a dor e sua cronicidade é uma situação que deve ser valorizada, de forma que a sua avaliação seja a mais abrangente possível e as intervenções sejam implementadas efetivamente. Assim, será possível minimizar o impacto negativo da dor sobre a vida deste tipo de pessoas e, por conseguinte, melhorar a qualidade de suas vidas.

Espera-se que as reflexões do presente estudo contribuam para que os enfermeiros se atenham para o impacto da dor crônica na vida dos pacientes, que valorizem as suas queixas e implementem as intervenções de fato eficazes para solucionar ou minimizar o processo algico crônico. Portanto, é necessário que o enfermeiro se foque em todas as dimensões da vida humana que podem ser afetadas pela dor, sejam elas fisiológicas, psíquicas, sociais ou espirituais. Referente às limitações do presente estudo, destaca-se o número relativamente pequeno de estudos encontrados no período estipulado para a busca dos mesmos nas bases de dados.

Referências

- (1) Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED) [sítio Web]. São Paulo: Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED); 2014 [atualizado: 2016 jun 15; acesso: 2016 jun 15]. Porque a Dor é uma questão também de Saúde Pública! [aprox. 5 telas]. Disponível em: http://www.sbed.org.br/lermais_materias.php?cd_materias=173&friurl=-06112014---Porque-a-Dor-e-uma-questao-tambem-de-Saude-Publica-#.VmCU4uJUX9M
- (2) Lima MA, Trad LA. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2007 [acesso: 2016 ago 20];23(11):2672-2680. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100015>
- (3) Silva EF, Paniz VM, Laste G, Torres IL. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2016 ago 20];18(4):1029-1040. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400016>
- (4) Hung ww, Ross JS, Boockvar ks, Siu AL. Association of chronic diseases and impairments with disability in older adults: a decade of change? *Med Care* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Aug 20];50(6):501-507. Available from: DOI: [10.1097/MLR.0b013e-318245a0e0](http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e-318245a0e0)
- (5) Dellaroza MS, Pimenta CA, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2007 [acesso: 2016 jun 13];23(5):1151-1160. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000500017>
- (6) Dellaroza MS, Pimenta CA, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2016 jun 10];29(2):325-334. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200019>
- (7) Pereira LV, Vasconcelos PP, Souza LA, Pereira GA, Nakatani AY, Bachion MM. Prevalence and intensity of chronic pain and self-perceived health among elderly people: a population-based study. *Rev Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 jun 12];22(4):662-669. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3591.2465>
- (8) Harstall c, Ospina M. How prevalent is chronic pain? *Pain Clinical Updates* [serial on the Internet]. 2003 [access: 2016 Jun 20];11(2):1-4. Available from: http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU03-2_1390265045864_38.pdf
- (9) Herdman TH, Kamitsuru S (Eds.). *NANDA Internacional Diagnósticos de Enfermagem: Definições e Classificações 2015-2017*. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- (10) Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Funchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull* [serial on the

Internet]. 2007 [access: 2016 Jun 13];133(4):581-624. Available from: <http://enniscentre.com/Presentations/Gatchel-Biopsychosocial%20Approach%20to%20Chronic%20Pain.pdf>

(11) Booss J, Drake A, Kerns R, Ryan B, Wasse L. Pain as the 5th Vital Sign Toolkit [manual on the Internet]. Washington: Department of Veterans Affairs; 2000 [access: 2016 Jul 01]. Available from: <http://www.va.gov/painmanagement/docs/toolkit.pdf>

(12) Lima TC, Mioto RC. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. Rev Katálysis [periódico na Internet]. 2007 [acesso: 2016 dez 15];10(Esp):37-45. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>

(13) Larsson B, Björk J, Börsbo B, Gerdle B. A systematic review of risk factors associated with transitioning from regional musculoskeletal pain to chronic widespread pain. Eur J Pain [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Jun 12];16(8):1084-1093. Available from: DOI: [10.1002/j.1532-2149.2012.00117.x](https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00117.x)

(14) Herculano, SC. A qualidade de vida e seus indicadores. Ambiente Soc [periódico na Internet]. 1998 [acesso: 2016 jun 14];1(2):77-99. Disponível em: <http://www.ivt-rj.net/ivt/bibli/Herculano.pdf>

(15) Manchikanti L, Singh V, Datta S, Cohen SP, Hirsch JA. Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain. Pain Physician [serial on the Internet]. 2009 [access: 2016 Aug 10];12(4):E35-E70. Available from: <http://www.painphysicianjournal.com/2009/july/2009;12;E35-E70.pdf>

(16) Mallen CD, Peat G, Thomas E, Dunn KM, Croft PR. Prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. Br J Gen Pract [serial on the Internet]. 2007 [access: 2016 Aug 07];57(541):655-661. Available from: <http://bjgp.org/content/bjgp/57/541/655.full.pdf>

(17) Melloh M, Elfering A, Egli-Presland C, Roeder C, Barz T, Rolli-Salathé C *et al.* Identification of prognostic factors for chronicity in patients with low back pain: a review of screening instruments. Int Orthop

[serial on the Internet]. 2009 [access: 2016 Jun 05];33(2):301-313. Available from: DOI: [10.1007/s00264-008-0707-8](https://doi.org/10.1007/s00264-008-0707-8)

(18) Stefane T, Santos AM, Marinovic A, Hortense P. Chronic low back pain: pain intensity, disability and quality of life. Acta Paul Enferm [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Aug 15];26(1):14-20. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000100004>

(19) Lucchetti G, Oliveira AB, Mercante JP, Peres MF. Anxiety and fear-avoidance in musculoskeletal pain. Curr Pain Headache Rep [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Jun 20];16(5):399-406. Available from: DOI: [10.1007/s11916-012-0286-7](https://doi.org/10.1007/s11916-012-0286-7)

(20) Salaffi F, Ciapetti A, Carotti M. Pain assessment strategies in patients with musculoskeletal conditions. Reumatismo [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Jul 13];64(4):216-229. Available from: DOI: [10.4081/reumatismo.2012.216](https://doi.org/10.4081/reumatismo.2012.216)

(21) Sokka T. Assessment of pain in patients with rheumatic diseases. In: Breivik H, Shipley M (Eds). Pain Best Practice and Research Compendium. London: Elsevier; 2007. pp. 27-42.

(22) Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain [serial on the Internet]. 1975 [access: 2016 Aug 20];1(3):277-299. Available from: DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(75\)90044-5](http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5)

(23) Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. Pain [serial on the Internet]. 1987 [access: 2016 Jul 15];30(2):191-197. Available from: <https://www.esahq.org/~media/ESA/Files/ClinicalTrialNetwork/PLATA/Docs/04A%20Appendix4APLATAManuscript%20sfMGPQ%20v10%2025FEB2013.ashx>

(24) Cleeland CD, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. Ann Acad Med Singapore [serial on the Internet]. 1994 [access: 2016 sep 20];23(2):129-138. Available from: <http://www.health.utah.gov/prescription/pdf/guidelines/BPIglobaluseof.pdf>

- (25) Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. *Pain* [serial on the Internet]. 1992 [access: 2016 jun 13];50(2):133-149. Available from: DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(92\)90154-4](http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(92)90154-4)
- (26) Garcia TR, Nóbrega MM. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [periódico na Internet]. 2009 [acesso: 2016 jul 08];13(1):188-193. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>
- (27) Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [padrão na Internet]. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); 2009 [acesso: 2016 jun 12]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- (28) Mascarenhas CH, Filho JS, Melo RL, Silva DC. Prevalência de dor lombar em motoristas de táxi do município de Jequié-BA. *Espaç Saúde* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 2016 ago 07];15(1):66-76. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/13234>
- (29) Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ER. *Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. São Paulo: Artmed; 2006.
- (30) Garcia BT, Vieira EB, Garcia JB. Relationship between chronic pain and working activities in patients with painful syndromes. *Rev Dor* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Jul 20];14(3):204-209. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000300011>
- (31) Nascimento DC, Sakata RK. Dependência de opioide em pacientes com dor crônica. *Revista Dor* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2016 ago 15];12(2):160-165. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132011000200013>
- (32) Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Classificações das intervenções de enfermagem (NIC)* 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- (33) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4 ed. Porto Alegre: Elsevier; 2010.
- (34) Gómez DC. Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización [periódico en Internet]. 2014 [Acceso: 2017 mar 11];5(1):679-688. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i1.106>
- (35) Williams AC, Craig KD. Updating the definition of pain. *Pain* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 feb 09];157(11):2420-2423. Available from: DOI: [10.1097/j.pain.0000000000000613](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613)

Suporte on-line às crianças e adolescentes doentes crônicos: uma revisão integrativa

Soporte en línea para niños y adolescentes con enfermedad crónica: una revisión integrativa

Online support for
chronically ill children
and adolescents: an
integrative review

• Verônica de Azevedo Mazza¹ • Débora de Sousa Lemos² • Sérgio Luídes Guimarães³ •
• Vanessa Ferreira de Lima⁴ • Jorge Vinícius Cestari Felix⁵ •

•1• Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: mazzas@ufpr.br

•2• Mestranda em Genética, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail:deboraslemos@gmail.com

•3• Mestrando em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: selugui@hotmail.com

•4• Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: vane_fdl@yahoo.com.br

•5• Doutor em Fisiologia Humana. Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: jvcfelix@hotmail.com

Recibido: 11/10/2016 Aprobado: 04/04/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n1.60506



Resumo

Objetivo: Caracterizar a produção científica relacionada com o suporte on-line direcionado a crianças e adolescentes com doença crônica.

Síntese do conteúdo: Trata-se de uma revisão integrativa. Realizou-se uma busca no período de 2008 a 2017 nas bases de dados PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e ScienceDirect. Foram encontrados 30 artigos, organizados e caracterizados por título, autores, ano de publicação, país de proveniência, base de dados, tipo de estudo e objetivos. A temática reportou maior produção de conhecimento no período de 2012 a 2014. A tendência de pesquisa orientase em duas categorias: *Avaliação das ferramentas de suporte on-line direcionadas a crianças e adolescentes com doença crônica* e *Percepção das famílias e profissionais de saúde sobre a usabilidade das ferramentas de suporte on-line direcionadas a crianças e adolescentes com doenças crônicas*.

Conclusão: O suporte on-line é um complemento importante às atividades de promoção à saúde para as famílias. É disponibilizado por meio de sites e programas on-line; apresenta potencialidades e fragilidades na usabilidade e constitui-se em um novo desafio para os profissionais de saúde.

Descritores: Informação de Saúde ao Consumidor; Doença Crônica; Criança; Adolescente; Família (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Caracterizar la producción científica relacionada con el soporte en línea dirigido a niños y adolescentes con enfermedad crónica.

Síntesis del contenido: Se trata de una revisión integrativa. Se realizó una búsqueda que abarcó el período 2008-2017 en las bases de datos PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature y ScienceDirect. Se encontraron 30 artículos, organizados y clasificados por título, autor, año de publicación, país de origen, base de datos, tipo de estudio y objetivos. Los hallazgos informaron sobre una mayor producción de conocimiento en el período 2012-2014. La tendencia de investigación se orientó de acuerdo a dos categorías: *Evaluación de las herramientas de soporte en línea dirigidas a niños y adolescentes con enfermedad crónica* y *La percepción de las familias y los profesionales de la salud sobre el uso de las herramientas de soporte en línea dirigidas a niños y adolescentes con enfermedad crónica*.

Conclusión: El soporte en línea es un complemento importante de las actividades de promoción de la salud para las familias. Está disponible en sitios web y en programas en línea; tiene fortalezas y debilidades en cuanto al uso y constituye un nuevo desafío para los profesionales de la salud.

Descritores: Información de Salud al Consumidor; Enfermedad Crónica; Niño; Adolescente; Familia (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To characterize scientific production related to online support targeted at chronically ill children, and adolescents.

Content synthesis: This is an integrative review. A literature search was performed, from 2008 to 2017, using databases PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, and ScienceDirect. Thirty articles were found, arranged and sorted by title, author, year of publication, country of origin, database, type of study, and objectives. Findings reported a greater knowledge generation during the period from 2012 to 2014. Trend in research was focused in accordance with two categories: *Online support tools assessment aimed at chronically ill children and adolescents* and *Perception of families and health professionals about usability of online support tools aimed at chronically ill children, and adolescents*.

Conclusion: Online support is a vital complement to health promotion activities for families. It is available on websites and online programs; moreover, it has strengths and weaknesses in usability, and represents a new challenge for health professionals.

Descriptors: Consumer Health Information; Chronic Disease; Child; Adolescent; Family (source: DECS BIREME).

Introdução

Com o avanço das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), verifica-se o aumento do número de pacientes e familiares que utilizam o suporte on-line e empregam o conhecimento assimilado para a gestão de doenças, cuidados domiciliares e esclarecimento de dúvidas relacionadas a doenças crônicas (1, 2).

Não obstante, a comunidade acadêmica e os profissionais de saúde discutem sobre a usabilidade desse tipo de suporte e sobre a qualidade das informações disponíveis on-line (3, 4), pois, devido às mudanças ocorridas nos sistemas de saúde em direção a modelos que enfatizam a gestão domiciliar e o autocuidado (5, 6), constantemente pacientes e familiares são levados a obter suporte por meio de tecnologias digitais (7).

Na pediatria, os pacientes com afecções crônicas necessitam de cuidados fora do estabelecimento de saúde, os quais são realizados, na maioria das vezes, pelos familiares ou por pessoas próximas da família (8, 9). As crianças e adolescentes com esse perfil podem evoluir para a piora de seus quadros clínicos e ter um aumento do risco de complicações, caso não recebam um cuidado domiciliar adequado (10, 11). Por isso, é comum que familiares e cuidadores busquem suporte com o intuito de se capacitarem para atender às necessidades infanto-juvenis de forma apropriada (2, 7).

Os meios de suporte disponíveis em saúde utilizados pelas famílias consistem em consultar profissionais especializados, ler revistas e livros e, mais recentemente, realizar pesquisas com o uso de tecnologias de saúde móveis (12, 13). Logo, o acesso às informações provenientes desses meios resulta em confiança e conhecimento para efetuar cuidados domiciliares de qualidade, embasados nas melhores evidências científicas (14, 15), reduzindo a probabilidade da ocorrência de danos durante o atendimento a crianças e adolescentes com enfermidades crônicas (16, 17).

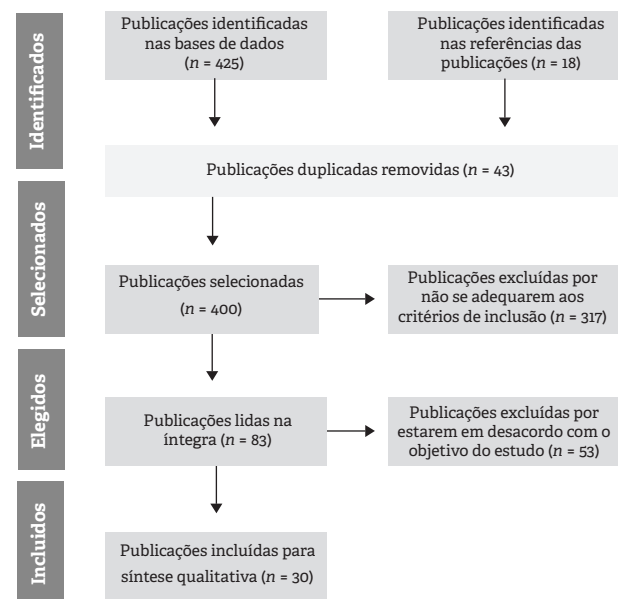
Diante da diversidade de recursos tecnológicos e da necessidade crescente de suporte on-line para crianças e adolescentes com doenças crônicas, questiona-se *O que há de conhecimento disponível a respeito do suporte on-line para crianças e*

adolescentes com doenças crônicas? Para tanto, busca-se caracterizar a produção da literatura científica relacionada ao suporte on-line direcionado a crianças e adolescentes com doenças crônicas.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esta metodologia se propõe a analisar publicações, integrando os conceitos de saúde e, desta forma, ampliar o conhecimento e entendimento sobre o assunto (18). As publicações foram organizadas e caracterizadas de acordo com o título, autores, ano de publicação, país de proveniência, base de dados, tipo de estudo e objetivos. A síntese do processo de extração de dados está apresentada na Figura 1.

Figura 1: Síntese do processo de extração de dados



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Para a produção dessa revisão, seis etapas foram seguidas:

- Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa.
- Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão.

- Representação das características dos estudos.
- Análise dos artigos incluídos na revisão integrativa.
- Interpretação dos resultados.
- Apresentação da revisão (18).

Após a identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: estudos primários disponíveis na íntegra on-line que abordassem o tema suporte on-line ou sites direcionados a crianças e adolescentes com doenças crônicas. E, como critérios de exclusão, artigos duplicados –isto é, encontrados em mais de uma base de dados–, dissertações, teses, capítulos de livros, livros; artigos de revisão e publicações que não correspondessem ao tema de interesse do estudo.

A busca bibliográfica foi realizada selecionando estudos publicados no período de 2008 a março de 2017 nas bases de dados USNational Library of Medicine (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e ScienceDirect. Em seguida, realizou-se outra busca nas referências das publicações encontradas nas bases de dados.

Durante a primeira procura, os descritores e booleanos associados foram utilizados da seguinte forma: *On-line health information OR Consumer health information AND Chronic diseases AND Child*. O descritor *Adolescent* não foi utilizado na investigação, pois as publicações encontradas já abordavam o público em questão, julgando-se desnecessária nova busca com a combinação deste descritor com os demais relacionados à temática.

Resultados e Discussão

A busca resultou em 425 publicações. Nas bases de dados PubMed, BVS, CINAHL e ScienceDirect foram encontrados 77, 46, 239 e 63 estudos, respectivamente. Desses, 43 estavam duplicados nas bases de dados e foram considerados apenas uma vez. Uma segunda busca realizada nas referências dessas publicações possibilitou a adição de 18 artigos, resultando em 400 estudos encontrados. A leitura dos títulos e resumos permitiu a seleção de 83 publicações que atendiam aos critérios de inclusão. Foi realizada a leitura na íntegra dos textos selecionados. Neste processo, foram excluídas 53 publicações por não se adequarem ao objetivo do estudo. Logo, a amostra de artigos consistiu em 30 estudos, caracterizados segundo título do artigo, autores, ano de publicação, país de proveniência, periódico, base de dados, tipo de estudo e objetivo, conforme representado no Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização dos estudos integrantes da revisão.

Título do artigo	Autores/Ano/País	Periódico/Base de dados/Tipo de estudo	Objetivo
<i>Use of the DISCERN tool for evaluating web searches in childhood epilepsy (19).</i>	Caterina Cerminara, Marta E. Santarone, Livia Casarelli, Paolo Curatolo, Nadia El Malhany/2014/Itália	<i>Epilepsy & Behavior/ScienceDirect/Descritivo transversal</i>	Avaliar e analisar a qualidade de informações na web sobre epilepsia na infância e seu tratamento.
<i>Survey of quality, readability, and social reach of websites on osteosarcoma in adolescents (20).</i>	Catherine G. Lam, Debra L. Roter, Kenneth J. Cohen/2013/EUA	<i>Patient Education and Counseling/ScienceDirect/Descritivo transversal</i>	Determinar a qualidade, confiabilidade e potencial de alcance social de websites para pacientes sobre o assunto osteossarcoma na pediatria.
<i>Surfing for Juvenile Idiopathic Arthritis: perspectives on quality and content of information on the Internet (21).</i>	Jennifer N. Stinson, Lori Tucker, Adam Huber, Heather Harris, Carmen Lin; Lindsay Cohen, Navreet Gill, Jacqueline Lukas-Bretzler, Laurie Proulx, David Prowter/2009/Canadá	<i>The Journal of Rheumatology/BVS/Descritivo transversal</i>	Determinar a qualidade e conteúdo de informações na Internet sobre artrite juvenil idiopática para consumidores e profissionais de saúde.

<i>Designing a web-application to support home-based care of childhood CKD stages 3-5: qualitative study of family and professional preferences (9).</i>	Veronica M Swallow, Andrew G Hall, Ian Carolan, Sheila Santacroce, Nicholas JA Webb, Trish Smith, Noreen Hanif/2014/Reino Unido	<i>BMC Nephrology/BVS/Descritivo longitudinal</i>	Explorar percepções dos pais, pacientes e profissionais de saúde sobre o conteúdo das informações de um web-aplicativo para pais de crianças com doença renal crônica.
<i>Web 2.0 systems supporting childhood chronic disease management: A pattern language representation of a general architecture (22).</i>	Toomas Timpka, Henrik Eriksson, Johnny Ludvigsson, Joakim Ekberg, Sam Nordfeldt, Lena Hanberger/2008/Suécia	<i>BMC Medical Informatics and Decision Making/PubMed/Descritivo</i>	Descrever uma arquitetura geral para páginas web 2.0 voltadas à população de famílias com crianças com doenças crônicas.
<i>An Internet-based self-management program with telephone support for adolescents with arthritis: a pilot randomized controlled trial (23).</i>	Jennifer N. Stinson, Patrick J. McGrath, Ellen D. Hodnett, Brian M. Feldman, Ciaran M. Duffy, Adam M. Huber, Lori B. Tucker, C.Ross Hetherington, Shirley M. L. Tse, Lynn R. Spiegel, Sarah Campillo, Navreet K. Gill, Meghan E. White/2010/Canadá	<i>The Journal of Rheumatology/PubMed/Descritivo longitudinal</i>	Determinar a viabilidade de 12 semanas de um programa on-line de gerenciamento da artrite juvenil idiopática.
<i>Family perceptions of the usability and value of chronic disease web-based patient portals (17).</i>	Terri L. Byczkowski, Jennifer K. Munafo, Maria T. Britto/2014/EUA	<i>Health Informatics Journal/PubMed/Descritivo transversal</i>	Compreender a percepção de pais de crianças com condições crônicas sobre o uso do portal web para acesso a informações de saúde de seus filhos.
<i>Using goal-directed design to create a novel system for improving chronic illness care (16).</i>	David Fore, Linda M Goldenhar, Peter A Margolis, Michael Seid/2013/EUA	<i>JMIR Research Protocols/PubMed/Descritivo transversal</i>	Demonstrar que métodos direcionados por metas podem auxiliar na elaboração de sistemas de aprendizado on-line em saúde para o manejo da doença crônica.
<i>iCanCope with Pain(TM): user-centred design of a web-and mobile-based self-management program for youth with chronic pain based on identified health care needs (24).</i>	Jennifer N. Stinson, Lalloo, Lauren Harris, Lisa Isaac, Fiona Campbell, Stephen Brown, Danielle Ruskin, Allan Gordon, Marulyn Galonski, Leah R. Rosa, Norman B. Buckley, James L. Henry, Meghan Branco, Allia Karim/2014/Canadá	<i>Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society/PubMed/Descritivo transversal</i>	Avaliar o desenvolvimento de um programa de automanejo da doença crônica on-line para adolescentes, chamado iCanCope with PainTM.
<i>Emerging communities of child-healthcare practice in the management of long-term conditions such as chronic kidney disease: qualitative study of parents' accounts (2).</i>	Ian Carolan, Trish Smith, Andy Hall, Veronica M. Swallow/2014/Reino Unido	<i>BMC Health Services Research/BVS/Descritivo transversal</i>	Compreender a percepção dos usuários de um site desenvolvido para o manejo da doença renal crônica na infância.
<i>Patient-centered, direct-access on-line care for management of atopic dermatitis (4).</i>	April W. Armstrong, Mary Ann Johnson, Steven Lin, Emanuel Maverakis, Nasim Faze, Fu-Tong Liu/2015/EUA	<i>JAMA Dermatology/PubMed/Estudo clínico randomizado</i>	Comparar a efetividade do programa de acompanhamento em dermatologia on-line com visitas ao consultório para indivíduos com dermatite atópica.
<i>Emerging communities of child-healthcare practice in the management of long-term conditions such as chronic kidney disease: qualitative study of parents' accounts (2).</i>	Ian Carolan, Trish Smith, Andy Hall, Veronica M. Swallow/2014/Reino Unido	<i>BMC Health Services Research/BVS/Descritivo transversal</i>	Compreender a percepção dos usuários de um site desenvolvido para o manejo da doença renal crônica na infância.
<i>Patient-centered, direct-access on-line care for management of atopic dermatitis (4).</i>	April W. Armstrong, Mary Ann Johnson, Steven Lin, Emanuel Maverakis, Nasim Faze, Fu-Tong Liu/2015/EUA	<i>JAMA Dermatology/PubMed/Estudo clínico randomizado</i>	Comparar a efetividade do programa de acompanhamento em dermatologia on-line com visitas ao consultório para indivíduos com dermatite atópica.

<i>An interactive health communication application for supporting parents managing childhood long-term conditions: outcomes of a randomized controlled feasibility trial (11).</i>	Veronica M Swallow, Kathleen Knafl, Sheila Santacroce, Malcolm Campbell, Andrew G Hall, Trish Smith, Ian Carolan/2014/Reino Unido	<i>JMIR Research Protocols/ PubMed/Estudo clínico randomizado</i>	Avaliar a viabilidade de uma nova tecnologia interativa para crianças com doença renal crônica.
<i>Attitude of families of patients with genetic diseases to use m-health technologies (13).</i>	Alberto E. Tozzi, Emanuela Carloni, Francesco Gesualdo, Luisa Russo, Massimiliano Raponi/2015/Itália	<i>Telemedicine and e-Health/ PubMed/Estudo descritivo transversal</i>	Avaliar características sociodemográficas e relacionar com o acesso à Internet e a aplicativos de telefonia móvel das famílias de pacientes com Síndrome de Down, Síndrome de Williams e Síndrome da deleção 22q11.
<i>Usability testing of a smartphone for accessing a web-based e-diary for self-monitoring of pain and symptoms in sickle cell disease (25).</i>	Eufemia Jacob, Jennifer Stinson; Joana Duran, Ankur Gupta, Mario Gerla; Mary Ann Lewis, Lonnie Zeltzer/2012/EUA	<i>Journal of Pediatric Hematology/Oncology/PubMed/Descritivo longitudinal</i>	Descrever e testar o uso de diários on-line para o automanejo da dor e de sintomas de crianças e adolescentes com anemia falciforme.
<i>Seeing is believing? A mixed methods study exploring the quality and perceived trustworthiness of on-line information about chronic conditions aimed at children and young people (26).</i>	Amy C. McPherson, Miriam L. Gofine, Jennifer Stinson/2014/Canadá	<i>Journal of Health Communication/CINAHL/Estudo descritivo longitudinal</i>	Avaliar a qualidade e confiabilidade das informações on-line em saúde para crianças com doença crônica.
<i>Hunter disease eClinic: interactive, computer-assisted, problem-based approach to independent learning about a rare genetic disease (27).</i>	Fatma Al-Jasmi, Laura Moldovan, Joe T. R. Clarke/2010/Canadá	<i>BMC Medical Education/ PubMed/Estudo descritivo</i>	Desenvolver um software para o manejo da mucopolissacaridose.
<i>Families affected by childhood cancer: an analysis of the provision of social support within on-line support groups (28).</i>	Neil S. Coulson, Nan Greenwood/2012/Reino Unido	<i>Child: Care, Health and Development/CINAHL/Estudo descritivo transversal</i>	Explorar as potencialidades e desvantagens de grupos de suporte on-line para familiares de pacientes com câncer.
<i>Illness trajectory and Internet as a health information and communication channel used by parents of infants admitted to a neonatal intensive care unit (29).</i>	Sofie De Rouck, Mark Leys/2013/Bélgica	<i>Journal of Advanced Nursing/ PubMed/Estudo descritivo longitudinal</i>	Entender como a trajetória da doença desencadeia o uso da Internet por pais de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal.
<i>Can the Internet be used to reach parents for family-based childhood obesity interventions? (30).</i>	Katherine H. Hohman, Sarah N. Price, Kendrin Sonnevile, Sheryl L. Rifas-Shiman, Steven L. Gortmaker, Matthew W. Gillman, Elsie M. Taveras/2012/EUA	<i>Clinical Pediatrics/CINAHL/ Estudo clínico randomizado</i>	Identificar os fatores socioeconômicos relacionados com o uso da Internet/computador por pais de crianças com sobrepeso.
<i>Social networking for adolescents with severe haemophilia (8).</i>	Kate Khair, Martin R. Holland, Suzanne Carrington/2012/Reino Unido	<i>Haemophilia/PubMed/Estudo descritivo transversal</i>	Avaliar se uma rede social on-line poderia beneficiar adolescentes com hemofilia.
<i>Technology preferences among caregivers of children with hydrocephalus (31).</i>	Robert P. Naftel, Nicole A. Safiano, Michael I. Falola, Chevis N. Shannon, John C. Wellons, James M. Johnston Jr/2012/EUA	<i>Journal of Neurosurgery: Pediatrics/PubMed/Estudo descritivo transversal</i>	Relacionar fatores socioeconômicos ao acesso e uso de mídias interativas por familiares de crianças com hidrocefalia.
<i>A new Australian on-line and phone mental health support service for young people living with cancer (32).</i>	Pandora Patterson, Fiona E. J. McDonald, Peter Orchard/2014/Austrália	<i>Australasian Psychiatry/PubMed/ Descritivo-reflexivo</i>	Apresentar a plataforma on-line CanTeen's E-Mental Health Service a jovens com câncer.
<i>Exploring Internet needs and use among adolescents with haemophilia: a website development project (33).</i>	Loretta Sterling, Joyce Nyhof-Young, Victor S. Blanchette, Vicky R. Breakey/2012/Canadá	<i>Haemophilia/PubMed/Descritivo transversal</i>	Descrever as necessidades on-line de adolescentes com hemofilia e determinar aspectos que poderiam ser aplicados em sites para essa população.

<i>On-line support for children with asthma and allergies (34).</i>	Miriam Stewart, Nicole Letourneau, Jeffrey R. Masuda, Sharon Anderson, Shawna McGhan/2013/Canadá	<i>Journal of Family Nursing/ PubMed/Descritivo longitudinal</i>	Desenhar e testar uma ferramenta de suporte on-line para crianças com asma e alergia.
<i>To use or not to use- practitioners' perceptions of an open web portal for young patients with diabetes (35).</i>	Sam Nordfeldt, Teresia Angarne-Lindberg, Carina Berterö/2012/Suécia	<i>Journal of Medical Internet Research/ PubMed/Estudo descritivo transversal</i>	Explorar a percepção de profissionais de saúde sobre o uso e acesso a informações em saúde on-line para familiares e jovens com diabetes do tipo 1.
<i>The treatable intellectual disability APP www.treatable-id.org: a digital tool to enhance diagnosis & care for rare diseases (36).</i>	Clara D. M. van Karnebeek, Roderick F. A. Houben, Mirafe Lafek, Wynona Giannasi, Sylvia Stockler/2012/Canadá	<i>Orphanet Journal of Rare Diseases/ PubMed/Estudo Descritivo</i>	Descrever um aplicativo desenvolvido para auxiliar o diagnóstico e assistência a pessoas com doenças raras.
<i>The iPeer2Peer Program: a pilot randomized controlled trial in adolescents with Juvenile Idiopathic Arthritis (37)</i>	Jennifer Stinson, Sara Ahola Kohut, Paula Forgeron, Khush Amaria, Mary Bell, Miriam Kaufman; Nadia Luca, Stephanie Luca, Lauren Harris, Charles Victor e Lynn Spiegel/2016/Canadá	<i>Pediatric Rheumatology/ PubMed/Estudo clínico randomizado</i>	Avaliar a viabilidade e aceitabilidade de um programa on-line (programa iPeer2Peer) para adolescentes com Artrite Juvenil Idiopática.
<i>Game for health: How eHealth approaches might address the psychological needs of children and young people with long-term physical conditions (38)</i>	Hiran Thabrew, Karolina Stasiak, Vanessa Garcia-Hoyos, Sally N Merry/2016/Nova Zelândia	<i>Journal of Paediatrics and Child Health/ PubMed/Descritivo transversal</i>	Avaliar a eficácia de intervenções de saúde eletrônicas para jovens e crianças com doença crônica
<i>A novel Interactive Health Communication Application (IHCA) for parents of children with long-term conditions: development, implementation and feasibility assessment (39)</i>	Veronica Swallow, Ian Carolan; Trish Smith, Nicholas J. A. Webb, Kathleen Knafl, Sheila Santacrose, Malcolm Campbell, Melanie Harper-Jones, Noreen Hanif, Andrew Hall/2016/Reino Unido	<i>Inform Health Soc Care/CINAHL/Estudo clínico randomizado</i>	Avaliação da viabilidade de um aplicativo online de informação e suporte aos pais (OPIS) de crianças com doença renal crônica desenvolvido em colaboração entre pais e profissionais de saúde.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Os artigos encontrados foram publicados a partir de 2008, sendo que os anos com maior número de publicações foram 2012 e 2014. Todos os estudos foram escritos na língua inglesa, 16 deles foram conduzidos na América do Norte, seguido pela Europa com 12 e dois estudos realizados na Oceania. Com relação ao tipo de estudo, houve predomínio do descritivo transversal.

A leitura e a análise crítica dos artigos elegidos permitiram a extração e o agrupamento dos principais temas tratados nos estudos em duas categorias: *Avaliação das ferramentas de suporte on-line direcionadas a crianças e adolescentes com doenças crônicas e Percepção das famílias e profissionais de saúde sobre a usabilidade das ferramentas de suporte on-line direcionadas a crianças e adolescentes com doenças crônicas.*

Na primeira categoria, verificou-se que 23 artigos (76,7%) avaliaram ferramentas de suporte on-line. Destes, quatro (17,4%) avaliaram a qualidade da informação disponível nesse tipo de apoio (19-21, 26), 16 estudos (69, 6%) avaliaram a usabilidade das ferramentas de suporte on-line (4, 8, 11, 16, 22-25,

27, 29, 32, 34, 36-39) e três (13%) avaliaram a influência de fatores socioeconômicos sobre o acesso às tecnologias digitais (13, 30, 31).

Na segunda categoria, identificou-se que sete estudos (23,3%) avaliaram a percepção das famílias, pacientes e profissionais de saúde sobre a usabilidade das ferramentas de suporte on-line direcionadas a crianças e adolescentes com doenças crônicas. Desses estudos, cinco (18,4%) exploraram a percepção dos familiares e pacientes (1, 2, 17, 28, 33), um estudo (3,8%) enfocou o suporte on-line e suas implicações para a prática sob a perspectiva dos profissionais de saúde (35) e outro (3,8%) verificou a percepção dos pais, pacientes e profissionais de saúde, simultaneamente, frente à usabilidade de uma ferramenta de suporte on-line (9).

Avaliação das ferramentas de suporte on-line direcionadas a crianças e adolescentes com doenças crônicas

O avanço das TIC, somado à necessidade de cuidados domiciliares complementares ao modelo tradicional, estimulou o desenvolvimento de sites

e programas de suporte on-line em saúde (6, 36). Essas tecnologias, quando eficientemente utilizadas, permitem o aperfeiçoamento do conhecimento e o preparo de familiares e pacientes para a autogestão em diversas doenças (4, 16, 37).

As principais ferramentas de suporte on-line identificadas no manejo da criança e do adolescente com doença crônica foram programas de suporte on-line, sites com informações sobre cuidados domiciliares e fóruns, podendo estar o fórum associado à plataforma de suporte on-line. Estas são as mesmas ferramentas apontadas por outras revisões sistemáticas (37, 40, 41).

Além disso, com o aumento da utilização de dispositivos móveis, os aplicativos móveis em saúde (*WebApp*) têm se consolidado como ferramentas empregadas por pacientes e cuidadores na gestão de diversas doenças crônicas em crianças e adolescentes (9, 13), assim como por profissionais de saúde no ensino, prática e gerenciamento de serviços de saúde (36, 42).

Nos estudos elegidos que compõem esta revisão, foi possível identificar três modalidades de avaliação das ferramentas de suporte on-line, que são a usabilidade, a avaliação da qualidade das informações e a influência de fatores socioeconômicos no acesso às tecnologias digitais.

Usabilidade relaciona-se à facilidade e capacidade do usuário em acessar, compreender e utilizar a informação disponível on-line (43, 44). É um dos indicadores mais importantes sobre a credibilidade de um site ou programa on-line (44, 45).

Em relação à usabilidade, as ferramentas de suporte on-line direcionadas a crianças e adolescentes com doenças crônicas têm como potencialidades o aumento da autoeficácia no cuidado (9, 23), maior acessibilidade aos cuidados de saúde (17, 24) e o baixo custo na implementação de intervenções baseadas nesse modelo (25, 34).

No entanto, existem fragilidades referentes à usabilidade das ferramentas de suporte on-line, sendo mencionadas, principalmente, a dificuldade de pessoas leigas em avaliar a qualidade das informações on-line (26), a inadequação do conteúdo ao público alvo (20, 21), a necessidade de uma linguagem mais acessível ao público juvenil e que permita interação entre usuários e profissionais de saúde (22, 38, 39), a dependência de fatores socioeconômicos (13, 30, 31) e qualidade da informação (19-21,26).

Apesar da grande quantidade de sites e programas, a maioria é direcionada aos pais (20, 21), o que aponta a necessidade do desenvolvimento de sites e programas de suporte on-line para o público juvenil, com linguagem e conteúdo adequados a esta faixa etária (8, 22, 38), atingindo-se, desta forma, maior alcance desse tipo de suporte, visto que crianças e adolescentes apresentam familiaridade e utilização frequente da Internet e de outras tecnologias digitais (23, 46). Este alcance ampliado poderia ser obtido através da utilização de uma linguagem mais acessível ao público juvenil, a qual pode ser feita por meio da interação entre usuários e profissionais de saúde no desenvolvimento destes ambientes virtuais (8, 38, 47).

Quanto à influência de fatores socioeconômicos como renda e escolaridade, estes tendem a beneficiar o acesso a tecnologias digitais de grupos populacionais com alto nível de renda e escolaridade (13, 48), restringem o acesso de determinados segmentos populacionais a tais tecnologias (13, 30, 31), colocando esses grupos em situação de vulnerabilidade em relação à saúde (41, 49).

Por isso, são necessárias políticas públicas que apoiem o acesso a tecnologias digitais, invistam em alfabetização e literacia em saúde, direcionadas a grupos de usuários com menor condição de acesso a tais tecnologias (50, 51) ou, ainda, que forneçam alternativas não-tecnológicas com o propósito de ampliar o conhecimento dos usuários e evitar o agravamento das desigualdades em saúde (52, 53).

Quanto à avaliação da qualidade da informação de sites e programas de suporte on-line, os estudos utilizaram o *Discern*, instrumento reconhecido internacionalmente para avaliar a qualidade da informação on-line em saúde (54-56) e os resultados demonstraram que a qualidade das informações é de baixa a moderada (19-21, 26, 57). Assim, os profissionais de enfermagem precisam apropriar-se deste conhecimento para subsidiar as famílias de crianças e adolescentes com doenças crônicas na avaliação de sites com informações confiáveis.

Esses resultados preocupam pesquisadores em todo o mundo (57-59), pois a baixa qualidade das informações on-line em saúde pode expor o paciente a riscos, como piora do quadro clínico e outras complicações (60, 61). Por isso, recomenda-se que usuários consultem sites ou utilizem programas de suporte on-line desenvolvidos por entidades governamentais, educacionais ou institucionais, uma vez que a qualidade e confiabilidade dessas ferramentas tende a ser maior (20, 62).

Neste aspecto, é primordial que os profissionais da enfermagem e das áreas correlatas conheçam e apropriem-se das informações sobre a saúde disponíveis no meio virtual, a fim de que possam estar preparados para direcionar adequadamente os familiares e pacientes a acessar informações de qualidade, minimizando o acesso a informações enganosas ou imprecisas (3, 19, 29).

Percepção das famílias e profissionais de saúde sobre a usabilidade das ferramentas de suporte on-line direcionadas a crianças e adolescentes com doenças crônicas

No que se refere à percepção das famílias, as ferramentas de suporte on-line satisfazem as necessidades de informação e apoio aos cuidados domiciliares, bem como auxiliam na melhora do manejo da criança e adolescente com doença crônica (27, 29).

Os familiares, crianças e adolescentes valorizam a qualidade da informação on-line (1, 2) e a possibilidade de troca de experiências entre usuários (11, 33). A possibilidade de compartilhar vivências com familiares e pacientes que enfrentam a mesma condição de saúde fornece conhecimento para a autogestão da doença e, muitas vezes, garante apoio emocional (28,32). As informações on-line são vistas como complementares às orientações dos profissionais de saúde, elas auxiliam no entendimento de terminologias médicas e contribuem para o esclarecimento de informações sobre o diagnóstico e cuidado do filho (1, 17).

Outro aspecto apontado pelos familiares diz respeito ao envolvimento dos profissionais de saúde na elaboração das informações fornecidas pelos sites e programas de suporte on-line (1, 9, 39). Para as famílias, os profissionais são considerados a principal fonte de informação confiável, fato que pode ser resultado da relação de confiança estabelecida entre estes e os entes durante o processo de cuidar da criança e do adolescente (1, 62). As principais fragilidades apontadas por familiares e usuários foram o baixo nível de usabilidade, qualidade e confiança nas informações de tais ferramentas quando não são produzidas em colaboração entre usuários, familiares e profissionais de saúde (1, 2, 33) e a inadequação da linguagem às necessidades do grupo juvenil (1, 21).

A fim de aumentar a credibilidade das informações, adequar o conteúdo e desenvolver ferramentas que atendam às necessidades e anseios

dos usuários de serviços de suporte on-line, torna-se crucial a participação de profissionais locais, capacitados e que conheçam o contexto no qual a família da criança e/ou adolescente com doença crônica está inserida (17, 33).

Quanto à percepção dos profissionais de saúde sobre as implicações do uso de tais ferramentas em sua prática profissional, estes acreditam que elas podem ajudar na gestão do autocuidado e no manejo da doença crônica de crianças e adolescentes (9, 15). Eles enfatizam a importância de se verificar a qualidade das informações disponibilizadas por meio de tais ferramentas, e que os dados devem passar por processos periódicos de atualização para que decisões sejam tomadas de forma adequada (9). Os profissionais sugerem, ainda, a inclusão de recursos digitais, como vídeos e desenhos animados com informações específicas sobre os cuidados pertinentes à patologia, que enfatizem a importância da adesão ao tratamento (9).

Na visão dos profissionais, os fóruns são ferramentas benéficas em relação à adesão ao tratamento (63), apoio emocional e ampliação da rede de suporte social por meio da troca de experiências entre pais, crianças e adolescentes que vivenciam a mesma condição de saúde (9, 35). No entanto, é necessário refletir de forma criteriosa sobre aquilo que é encontrado nesses ambientes (9), a fim de se evitar cuidados baseados nas experiências de outros pais, que podem trazer complicações ao quadro de saúde da criança e/ou adolescente que os recebem (9, 46).

Em relação aos aspectos negativos da utilização das ferramentas de suporte on-line em sua prática profissional, os profissionais destacaram a falta de tempo para se dedicarem ao desenvolvimento dessa modalidade de suporte, inabilidade, pouco tempo para atualização e para o suporte técnico (35). Nesta perspectiva, o suporte on-line desafia enfermeiros e demais profissionais de saúde a desenvolver habilidades, não somente para criar ferramentas de suporte on-line, mas também para que essas tenham usabilidade e atendam às necessidades de informação e apoio da família e pacientes (9, 29).

Conclusões

Indivíduos utilizam o suporte on-line com intuito de melhorar a qualidade dos cuidados domiciliares. Nesses casos, recorrem às informações on-line com a finalidade de complementar as

atividades de promoção à saúde e não de substituir a função desempenhada pelo profissional de saúde.

Na atenção de enfermagem às crianças e adolescentes em condição de cronicidade é preciso incorporar no cuidado o uso de informações on-line de forma rotineira e dialógica, trazendo para a prática profissional a construção de ferramentas que deem suporte a essas famílias, tanto no período de internação quanto no domicílio, visto que contribuem para a autogestão da doença e empoderamento dos sujeitos, desde que exercida criticidade sobre as informações acessadas e que se distinga a qualidade e veracidade destas.

O suporte on-line no cuidado de enfermagem infanto-juvenil estreita o vínculo entre pacientes, familiares e profissionais de saúde e as necessidades informativas dos indivíduos têm maiores chances de serem satisfeitas, resultando na melhoria do cuidado de enfermagem.

Esta revisão apresentou as principais tecnologias e avaliações que concernem ao suporte on-line direcionado a familiares, crianças e adolescentes com doença crônica. No entanto, algumas fragilidades foram detectadas, como a necessidade do desenvolvimento de ferramentas de suporte on-line em conjunto com familiares, pacientes e profissionais de saúde para que esse suporte seja de qualidade e satisfaça as necessidades de saúde de usuários e familiares.

Sendo assim, há a necessidade de que os profissionais de saúde sejam adequadamente habilitados para enfrentar essa nova realidade, apropriando-se do conhecimento necessário para a utilização dessas ferramentas como complemento à assistência integral, de qualidade e baseada em evidências científicas. Destaca-se, ainda, a limitação científica acerca desse tema, em especial no Brasil, visto que durante o desenvolvimento desta revisão não foram encontrados estudos brasileiros relacionados à temática. Por isso, salienta-se a necessidade de investigações futuras com o propósito de verificar como o suporte on-line tem sido utilizado por familiares, crianças e adolescentes com afecções crônicas no país em questão.

Referências

- (1) Nordfeldt S, Ångarne-Lindberg T, Nordwall M, Krevers B. Parents of adolescents with type 1 diabetes-their views on information and communication needs and internet use. A qualitative study. PLoS One [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Jan 19];8(4):e62096. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062096>
- (2) Carolan I, Smith T, Hall A, Swallow VM. Emerging communities of child-healthcare practice in the management of long-term conditions such as chronic kidney disease: qualitative study of parents' accounts. BMC Health Serv Res [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Jan 18];14:292. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-292>
- (3) Bezner SK, Hodgman EI, Diesen DL, Clayton JT, Minkes RK, Langer JC et al. Pediatric surgery on YouTube™: is the truth out there? J Pediatr Surg [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Jan 18];49(4):586-589. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2013.08.004>
- (4) Armstrong AW, Johnson MA, Lin S, Mavarakis E, Fazel N, Liu FT. Patient-centered, direct-access online care for management of atopic dermatitis: a randomized clinical trial. JAMA Dermatol [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Jan 18];151(2):154-160. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2014.2299>
- (5) Silver MP. Patient perspectives on online health information and communication with doctors: a qualitative study of patients 50 years old and over. J Med Internet Res [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Apr 4];17(1):e19. Available from: <https://doi.org/10.2196/jmir.3588>
- (6) Fiksdal AS, Kumbamu A, Jadhav AS, Cocos C, Nelsen LA, Pathak J et al. Evaluating the process of online health information searching: a qualitative approach to exploring consumer perspectives. J Med Internet Res [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Mar 20];16(10):e224. Available from: <https://doi.org/10.2196/jmir.3341>
- (7) Lee K, Hoti K, Hughes JD, Emmerton LM. Consumer use of "Dr. Google": a survey on health information-seeking behaviors and navigational needs. J Med Internet Res [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 May 01];17(12):e288. Available from: <https://doi.org/10.2196/jmir.4345>

- (8) Khair K, Holland M, Carrington S. Social networking for adolescents with severe haemophilia. *Haemophilia* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Jan 19];18(3):e290-e296. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2516.2011.02689.x>
- (9) Swallow VM, Hall AG, Carolan I, Santacrose S, Webb NJ, Smith T *et al.* Designing a web-application to support home-based care of childhood CKD stages 3-5: qualitative study of family and professional preferences. *BMC Nephrol* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Jan 20];15:34. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2369-15-34>
- (10) Sullivan TB, Anderson JT, Ahn UM, Ahn NU. Can Internet information on vertebroplasty be a reliable means of patient self-education? *Clin Orthop Relat Res* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Apr 13];472(5):1597-1604. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11999-013-3425-5>
- (11) Swallow VM, Knafl K, Santacrose S, Campbell M, Hall AG, Smith T *et al.* An interactive health communication application for supporting parents managing childhood long-term conditions: outcomes of a randomized controlled feasibility trial. *JMIR Res Protoc* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2015 Oct 25];3(4):e69. Available from: <https://doi.org/10.2196/resprot.3716>
- (12) Bert F, Giacometti M, Gualano MR, Siliquini R. Smartphones and health promotion: a review of the evidence. *J Med Syst* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2015 Aug 25];38(1):9995. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10916-013-9995-7>
- (13) Tozzi AE, Carloni E, Gesualdo F, Russo L, Raponi M. Attitude of families of patients with genetic diseases to use m-health technologies. *Telemed J E Health* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Jan 21];21(2):86-89. Available from: <https://doi.org/10.1089/tmj.2014.0080>
- (14) Alamoudi U, Hong P. Readability and quality assessment of websites related to microtia and aural atresia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Apr 7];79(2):151-156. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2014.11.027>
- (15) Geense WW, van Gaal BG, Knoll JL, Cornelissen EA, Schoonhoven L, Kok G. Online support program for parents of children with a chronic kidney disease using intervention mapping: a development and evaluation protocol. *JMIR Res Protoc* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Apr 1];5(1):e1. Available from: <https://doi.org/10.2196/resprot.4837>
- (16) Fore D, Goldenhar LM, Margolis PA, Seid M. Using goal-directed design to create a novel system for improving chronic illness care. *JMIR Res Protoc* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Jan 22];2(2):e43. Available from: <https://doi.org/10.2196/resprot.2749>
- (17) Byczkowski TL, Munafò JK, Britto MT. Family perceptions of the usability and value of chronic disease web-based patient portals. *Health Informatics J* [Internet]. 2014 [access: 2015 Nov 30];20(2):151-62. Available from: <https://doi.org/10.1177/1460458215581911>
- (18) Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health* [serial on the Internet]. 1987 [access: 2016 May 12];10(1):1-11. Available from: <https://doi.org/10.1002/nur.4770100103>
- (19) Cerminara C, Santarone ME, Casarelli L, Curatolo P, El Malhany N. Use of the DISCERN tool for evaluating web searches in childhood epilepsy. *Epilepsy Behav* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Jan 18];41:119-121. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.09.053>
- (20) Lam CG, Roter DL, Cohen KJ. Survey of quality, readability, and social reach of websites on osteosarcoma in adolescents. *Patient Educ Couns* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2015 Dec 1];90(1):82-87. Available from: DOI: 10.1016/j.pec.2012.08.006
- (21) Stinson JN, Tucker L, Huber A, Harris H, Lin C, Cohen L *et al.* Surfing for juvenile idiopathic arthritis: perspectives on quality and content of information on the Internet. *J Rheumatol* [serial on the Internet]. 2009 [access: 2016 Jan 20];36(8):1755-1762. Available from: <https://doi.org/10.3899/jrheum.081010>
- (22) Timpka T, Eriksson H, Ludvigsson J, Ekberg J, Nordfeldt S, Hanberger L. Web 2.0 systems supporting childhood chronic disease management: a pattern language representation of a general architecture. *BMC*

Med Inform Decis Mak [serial on the Internet]. 2008 [access: 2016 Jan 21];8:54. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6947-8-54>

(23) Stinson JN, McGrath PJ, Hodnett ED, Feldman BM, Duffy CM, Huber AM *et al.* An Internet-based self-management program with telephone support for adolescents with arthritis: a pilot randomized controlled trial. *J Rheumatol* [serial on the Internet]. 2010 [access: 2016 Mar 14];37(9):1944-1952. Available from: <https://doi.org/10.3899/jrheum.091327>

(24) Stinson JN, Lalloo C, Harris L, Isaac L, Campbell F, Brown S *et al.* iCanCope with Pain™: user-centred design of a web-and mobile-based self-management program for youth with chronic pain based on identified health care needs. *Pain Res Manag* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2015 Dec 12];19(5):257-265. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4197753/>

(25) Jacob E, Stinson J, Duran J, Gupta A, Gerla M, Ann Lewis M *et al.* Usability testing of a smartphone for accessing a web-based e-diary for self-monitoring of pain and symptoms in sickle cell disease. *J Pediatr Hematol Oncol* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Jan 19];34(5):326-35. Available from: <https://doi.org/10.1097/mpb.0b013e318257a13c>

(26) McPherson AC, Gofine ML, Stinson J. Seeing is believing? A mixed-methods study exploring the quality and perceived trustworthiness of online information about chronic conditions aimed at children and young people. *Health Commun* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Jan 19];29(5):473-482. Available from: <https://doi.org/10.1080/10410236.2013.768325>

(27) Al-Jasmi F, Moldovan L, Clarke JTR. Hunter disease eClinic: interactive, computer-assisted, problem-based approach to independent learning about a rare genetic disease. *BMC Med Educ* [serial on the Internet]. 2010 [access: 2016 Jan 18];10:72. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-10-72>

(28) Coulson NS, Greenwood N. Families affected by childhood cancer: an analysis of the provision of social support within online support groups. *Child Care Health Dev* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Jan 18];38(6):870-877. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01316.x>

(29) De Rouck S, Leys M. Illness trajectory and Internet as a health information and communication channel used by parents of infants admitted to a neonatal intensive care unit. *J Adv Nurs* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Jan 18];69(7):1489-1499. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01316.x>

(30) Hohman KH, Price SN, Sonnevile K, Rifas-Shiman SL, Gortmaker SL, Gillman MW *et al.* Can the Internet be used to reach parents for family-based childhood obesity interventions? *Clin Pediatr (Phila)* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Jan 18];51(4):314-320. Available from: <https://doi.org/10.1177/0009922811423310>

(31) Naftel RP, Safiano NA, Falola MI, Shannon CN, Wellons JC, Johnston JM. Technology preferences among caregivers of children with hydrocephalus. *J Neurosurg Pediatr* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Jan 22];11(1):26-36. Available from: <https://doi.org/10.3171/2012.9.PEDS12208>

(32) Patterson P, McDonald FE, Orchard P. A new Australian online and phone mental health support service for young people living with cancer. *Australas Psychiatry* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Jan 19];22(2):165-169. Available from: <https://doi.org/10.1177/1039856213519144>

(33) Sterling L, Nyhof-Young J, Blanchette VS, Breakey VR. Exploring internet needs and use among adolescents with haemophilia: a website development project. *Haemophilia* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Jan 19];18(2):216-221. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2516.2011.02613.x>

(34) Stewart M, Letourneau N, Masuda JR, Anderson S, McGhan S. Online support for children with asthma and allergies. *J Fam Nurs* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Jan 20];19(2):171-197. Available from: <https://doi.org/10.1177/1074840713483573>

(35) Nordfeldt S, Ängarne-Lindberg T, Berterö C. To use or not to use-practitioners' perceptions of an open web portal for young patients with diabetes. *J Med Internet Res* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Apr 5];14(6):e154. Available from: <https://doi.org/10.2196/jmir.1987>

- (36) Van Karnebeek CD, Houben RF, Lafek M, Giannasi W, Stockler S. The treatable intellectual disability APP www.treatable-id.org: a digital tool to enhance diagnosis & care for rare diseases. *Orphanet J Rare Dis* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Jan 23];7:47. Available from: <https://doi.org/10.1186/1750-1172-7-47>
- (37) Stinson J, Ahola-Kohut S, Forgeron P, Amaria K, Bell M, Kaufman M *et al*. The iPeer-2Peer Program: a pilot randomized controlled trial in adolescents with Juvenile Idiopathic Arthritis. *Pediatr Rheumatol Online J* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Mar 30];14(1):48. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12969-016-0108-2>
- (38) Thabrew H, Stasiak K, García-Hoyos V, Merry SN. Game for health: how eHealth approaches might address the psychological needs of children and young people with long-term physical conditions. *J Paediatr Child Health* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Mar 30];52(11):1012-1018. Available from: <https://doi.org/10.1111/jpc.13271>
- (39) Swallow V, Carolan I, Smith T, Webb NJ, Knafel K, Santacroce S *et al*. A novel Interactive Health Communication Application (IHCA) for parents of children with long-term conditions: development, implementation and feasibility assessment. *Inform Health Soc Care* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Mar 30];41(1):20-46. Available from: <https://doi.org/10.3109/17538157.2014.948174>
- (40) Allen C, Vassilev I, Kennedy A, Rogers A. Long-term condition self-management support in online communities: a meta-synthesis of qualitative papers. *J Med Internet Res* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Oct 10];18(3):e61. Available from: <https://doi.org/10.2196/jmir.5260>
- (41) Park E, Kim H, Steinhoff A. Health-related Internet use by informal caregivers of children and adolescents: an integrative literature review. *J Med Internet Res* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 May 2];18(3):e57. Available from: DOI: 10.2196/jmir.4124
- (42) Schuttner L, Sindano N, Theis M, Zue C, Joseph J, Chilengi R *et al*. A mobile phone-based, community health worker program for referral, follow-up, and service outreach in rural Zambia: outcomes and overview. *Telemed J E Health* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 May 3];20(8):721-728. Available from: <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0240>
- (43) Silva VG, Gomes MJ. Dos dispositivos móveis à aprendizagem ubíqua - Da usabilidade técnica à usabilidade pedagógica. *R Est Inv Psico Educ* [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 2016 out 06];Extr(13):211-214. Disponível em: <https://doi.org/10.17979/reipe.2015.0.13.610>
- (44) Devine T, Broderick J, Harris LM, Wu H, Hilfiker SW. Making quality health websites a national public health priority: toward quality standards. *J Med Internet Res* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Oct 14];18(8):e211. Available from: <https://doi.org/10.2196/jmir.5999>
- (45) Fledderus M, Schreurs KM, Bohlmeijer ET, Vollenbroek-Hutten MM. Development and pilot evaluation of an online relapse-prevention program based on acceptance and commitment therapy for chronic pain patients. *JMIR Hum Factors* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Apr 5];2(1):e1. Available from: <https://doi.org/10.2196/humanfactors.3302>
- (46) Bass AM, Farhangian ME, Feldman SR. Internet-based adherence interventions for treatment of chronic disorders in adolescents. *Adolesc Health Med Ther* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Mar 24];6:91-99. Available from: <https://doi.org/10.2147/AHMT.S56065>
- (47) Ho YX, O'Connor BH, Mulvaney SA. Features of online health communities for adolescents with type 1 diabetes. *West J Nurs Res* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 May 3];36(9):1183-1198. Available from: <https://doi.org/10.1177/0193945913520414>
- (48) Beck F, Richard JB, Nguyen-Thanh V, Montagni I, Parizot I, Renahy E. Use of the Internet as a health information resource among French young adults: results from a nationally representative survey. *J Med Internet Res* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2015 Sep 11];16(5):e128. Available from: <https://doi.org/10.2196/jmir.2934>
- (49) Lee K, Hoti K, Hughes JD, Emmerton L. Dr Google and the consumer: a qualitative study exploring the navigational needs and

online health information-seeking behaviors of consumers with chronic health conditions. *J Med Internet Res* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Apr 7];16(12):e262. Available from: <https://doi.org/10.2196/jmir.3706>

(50) Barnes JA, Davies L. Reading grade level and completeness of freely available materials on thyroid nodules: there is work to be done. *Thyroid* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Jul 2];25(2):147-156. Available from: <https://doi.org/10.1089/thy.2014.0352>

(51) Diviani N, Van den Putte B, Giani S, Van Weert JC. Low health literacy and evaluation of online health information: a systematic review of the literature. *J Med Internet Res* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Jun 24];17(5):e112. Available from: <https://doi.org/10.2196/jmir.4018>

(52) Baum F, Newman L, Biedrzycki K. Vicious cycles: digital technologies and determinants of health in Australia. *Health Promot Int* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Apr 20];29(2):349-360. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/das062>

(53) Piette JD, Valverde H, Marinec N, Jantz R, Kamis K, De la Vega CL et al. Establishing an independent mobile health program for chronic disease self-management support in Bolivia. *Front Public Health* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Sep 1];2:95. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2014.00095>

(54) Memon M, Ginsberg L, Simunovic N, Ristevski B, Bhandari M, Kleinlugtenbelt YV. Quality of web-based information for the 10 most common fractures. *Interact J Med Res* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Jun 24];5(2):e19. Available from: <https://doi.org/10.2196/ijmr.5767>

(55) Ritchie L, Tornari C, Patel PM, Lakhani R. Glue ear: how good is the information on the World Wide Web? *J Laryngol Otol* [Internet]. 2016 [access: 2016 Feb 2];130(2):157-61. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0022215115003230>

(56) Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gann R. DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *J Epidemiol*

Community Health [serial on the Internet]. 1999 [access: 2016 Mar 16];53(2):105-111. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1756830>

(57) Alsaiani A, Joury A, Aljuaid M, Wazzan M, Pines JM. The content and quality of health information on the Internet for patients and families on adult kidney cancer. *J Canc Educ* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Sep 20];[Epub ahead of print]:1-7. Available from: <https://doi.org/10.1007/s13187-016-1039-9>

(58) Akbari K, Som R. Evaluating the quality of Internet information for bariatric surgery. *Obes Surg* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Mar 15];24(11):2003-2006. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11695-014-1403-y>

(59) Cajita MI, Rodney TM, Xu JB, Hladek MS, Han HR. Quality and health literacy demand of online heart failure information. *J Cardiovasc Nurs* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Mar 19];32(2):156-164. Available from: DOI: 10.1097/JCN.0000000000000324

(60) Liebl P, Seilacher E, Koester MJ, Stellamanns J, Zell J, Hübner J. What cancer patients find in the Internet: the visibility of evidence-based patient information-analysis of information on German websites. *Oncol Res Treat* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Feb 3];38(5):212-218. Available from: <https://doi.org/10.1159/000381739>

(61) Chumber S, Huber J, Ghezzi P. A methodology to analyze the quality of health information on the Internet: the example of diabetic neuropathy. *Diabetes Educ* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2015 Dec 15];41(1):95-105. Available from: <https://doi.org/10.1177/0145721714560772>

(62) Wulff-Burchfield EM, Jagasia M, Savani BN. Long-term follow-up of informal caregivers after allo-SCT: a systematic review. *Bone Marrow Transplant* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Apr 7];48(4):469-473. Available from: <https://doi.org/10.1038/bmt.2012.123>

(63) Grosberg D, Grinvald H, Reuveni H, Magnezi R. Frequent surfing on social health networks is associated with increased knowledge and patient health activation. *J Med Internet Res* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Oct 31];18(8):e212. Available from: <https://doi.org/10.2196/jmir.5832>

Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel

Ameaça de parto pré-termo: um olhar a partir do modelo Mishel

Risk of preterm
delivery: a look from
the Mishel 's model

• Débora Milena Álvarez-Yañez¹ • Cindy Lorena Pérez-Bayona² •

•1• Especialista en Cuidado Crítico. Docente de Cátedra, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. E-mail: deboramilenaay@ufps.edu.co

•2• Estudiante de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. E-mail: dycin.11@hotmail.com

Recibido: 20/08/2015 Aprobado: 08/02/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n1.52586



Resumen

Objetivo: Describir el cuidado de enfermería ante una situación clínica de amenaza de parto pretérmino, sustentado en el modelo teórico de Merle Mishel y la incertidumbre frente a la enfermedad.

Metodología: Presentación de una situación clínica de amenaza de parto pretérmino, siguiendo la estructura del proceso de atención de enfermería a través de la taxonomía NANDA, NIC y NOC. El proceso se enfoca en los antecedentes sobre la incertidumbre, en la valoración a través de la inferencia e ilusión y en el afrontamiento de esta situación de salud, lo que contribuye a la calidad de vida materno-fetal.

Resultados: La amenaza de parto pretérmino desencadena una incertidumbre en la gestante por el alto riesgo de morbilidad perinatal y el desequilibrio en la estructura familiar.

Conclusión: El cuidado de enfermería, apoyado en la teoría intermedia de Merle Mishel, permite identificar los estímulos que generan incertidumbre y los recursos existentes para el afrontamiento e interacción familiar en la toma de decisiones.

Descriptor: Parto Pretérmino; Incertidumbre; Atención de Enfermería (fuente: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Descrever os cuidados de enfermagem para defrontar um caso clínico de risco de parto pré-termo, fundamentados no modelo teórico de Merle Mishel e a incerteza frente à doença.

Metodologia: Apresenta-se um caso clínico de ameaça de parto pré-termo, seguindo os preceitos do processo de cuidados de enfermagem por meio das taxonomias NANDA, NIC e NOC. O processo centra-se nos princípios da incerteza, na avaliação mediante a inferência e ilusão e no enfrentamento de esta situação de saúde, contribuindo para a qualidade de vida materno-fetal.

Resultados: A ameaça de parto pré-termo pode provocar incerteza na grávida devido ao risco elevado de morbimortalidade perinatal e de crise circunstancial no núcleo familiar.

Conclusão: Os cuidados de enfermagem, baseados na teoria intermédia de Merle Mishel, permitem identificar os estímulos que produzem incerteza e os recursos disponíveis para o enfrentamento e interação com a família na tomada de decisões.

Descritores: Parto Pré-Termo; Incerteza; Cuidados de Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To describe nursing care to cope a clinical case about risk of preterm delivery based on the Merle Mishel's theoretical model and uncertainty in illness.

Methodology: Report of a clinical case about risk of preterm delivery, following criteria of the nursing care process by means of NANDA, NIC and, NOC taxonomy. This process focuses on the background of uncertainty, on assessment by means of inference and illusion, and on coping with this health case, contributing to maternal-fetal quality of life.

Results: The risk of preterm delivery produces uncertainty in the pregnant woman due to the threat of perinatal morbidity and mortality and the environmental crisis in the family circle.

Conclusion: Nursing care, relying on Merle Mishel's middle-range theory, enables to identify stimulation that causes uncertainty, and the available resources to coping and interaction in family decision-making.

Descriptors: Preterm Labor; Uncertainty; Nursing Care (source: DECS BIREME).

Introducción

Amenaza de parto pretérmino (APP)

Este concepto se define como la situación en que las contracciones uterinas, de frecuencia e intensidad progresiva, permiten la dilatación del cuello uterino antes de las 37 semanas de gestación (1). Las estadísticas mundiales muestran que 15 millones de nacimientos prematuros suceden anualmente y 1.1 millones de niños mueren por complicaciones en el parto. La tasa de nacimientos prematuros en 184 países es de 5% - 18% y más del 80% ocurren entre las 32 y 37 semanas de gestación (2). Según la literatura consultada, alrededor del 9,6% de la mortalidad perinatal en el mundo corresponde a la prematuridad; en países desarrollados, es de aproximadamente el 70%; en América Latina y el Caribe, 8,1%; en Europa, 6,2%; en Norteamérica, 10,6%; y en Colombia, 10% - 12% (3).

Por otra parte, esta situación clínica se asocia a complicaciones neonatales a corto plazo, como anemia (84,6%), ductus arterioso persistente (71,2%), sepsis (63,5%), retinopatía por prematuridad (50%), displasia broncopulmonar (48,1%), hemorragia intraventricular (48,1%) y enterocolitis necrotizante (3,8%). Así mismo, existen complicaciones a largo plazo, como pérdida de audición (47,5%), retraso motor (30%), compromiso de la visión (20%) y parálisis cerebral (15%) (4).

Los factores de riesgo más frecuentes que presentan las gestantes son tabaquismo, peso corporal excesivo e hipertensión arterial crónica (5). También existe una fuerte asociación entre el sobrepeso/obesidad materna y el riesgo de APP (6). En cuanto a las causas sociales y culturales, se destacan el nivel socioeconómico, el acceso educativo, los servicios de salud, las relaciones familiares, el entorno afectivo y la estabilidad emocional, las cuales son diferentes entre gestantes adolescentes y adultas (7). De acuerdo con Vásquez *et al.*, es importante, para el equipo de salud, “valorar su vivencia e impacto emocional a futuro para un conocimiento y comprensión de la experiencia frente a esta situación” (8).

Los niveles de estrés psicosocial –cuyo rango suele estar entre el 25% y el 60%– influyen sobre el riesgo de prematuridad en las gestantes a causa

de factores como acontecimientos vitales negativos, eventos catastróficos, situaciones crónicas agobiantes, depresión, ansiedad, percepción de seguridad, discriminación y pobre apoyo social, agentes presentes en diferentes grupos étnicos (3). En cuanto a los factores sociales que se relacionan con esta situación clínica, se encuentran estrés crónico, estatus socioeconómico, raza, consumo de drogas y las infecciones que pueden afectar el embarazo (1). En definitiva, las condiciones psicosociales predisponen el parto pretérmino espontáneo como resultado del desequilibrio de los factores mencionados.

La APP es de origen multifactorial, pues está relacionada con la edad gestacional y el contexto étnico-geográfico. Frecuentemente, no se identifican las causas desencadenantes; mientras que, en otros casos, una situación clínica explica la ocurrencia del evento, por ejemplo: una ruptura prematura de membranas (RPM) (9).

De acuerdo con Faneite *et al.*, la morbilidad materna antenatal está relacionada con complicaciones de la gestación. La incidencia de 17,76 pacientes hospitalizadas antenatalmente por cada 100 nacimientos referencian que las patologías más frecuentes propias de la gestación que condicionan la hospitalización son la APP (18,20%), la preeclampsia (9,78%), la hemorragia placentaria (6,68%), la oligohidramnios (6,58%) y la anemia (5,52%); las patologías asociadas al embarazo son la infección urinaria (14-13%) y la diabetes (9,49%) (10). Según Ugalde-Valencia *et al.*, en un estudio de casos y controles donde se incluyeron a 35 adolescentes con parto pretérmino y 148 con parto a término, se determinó que las infecciones vaginales se encuentran presentes en el 57,1% de las adolescentes con parto pretérmino y las infecciones en vías urinarias tienen una incidencia de 54,3% en las adolescentes con parto pretérmino, contra un 38,8% en aquellas con parto a término. Es por ello que las infecciones vaginales y urinarias incrementan dos veces el riesgo en adolescentes (11) y entre un 8% y un 24% de mujeres con síntomas subjetivos desarrollan la situación clínica (12).

En una investigación realizada por Okamura *et al.*, se demostró que la eclampsia, la diabetes gestacional, la infección puerperal, el bajo peso al nacer –nacido vivo con menos de 2 500 gramos al nacimiento– y pequeño para la edad gestacional –debajo del percentil 10– se presentan con mayor frecuencia a medida que la edad materna aumenta. Así mismo,

los resultados del estudio muestran que la anemia y la RPM en madres adolescentes son mayores que en las adultas; las gestantes adolescentes tienen mayor riesgo de complicaciones obstétricas, pues las adolescentes tempranas son las más afectadas. Existen factores socio-culturales y de comportamiento sexual inherentes a la edad adolescente que influyen en la gestación (7).

Teoría de Mishel: incertidumbre frente a la enfermedad

La *incertidumbre* se define como la incapacidad de la persona para determinar el significado de los hechos que tienen relación con la enfermedad, razón por la cual surge una interpretación subjetiva del contexto de salud (13). De acuerdo con Castillo-Arcos *et al.*, la incertidumbre “es mayor cuando no posee información acerca de lo que le está sucediendo, no entiende la información o cuando los eventos que ocurren son extraños, desconocidos o inesperados” (14). La incertidumbre puede disminuir el afrontamiento y la adaptación del individuo (15). Sin embargo, si el evento es evaluado efectivamente, sobreviene la adaptación y la incertidumbre es una oportunidad: el afrontamiento se protege. Si, por el contrario, el evento se torna peligroso, el afrontamiento requiere de acciones de apoyo psicológico.

Cuando la coherencia circunstancial –conexión existente entre lo esperado y lo experimentado en los hechos que resultan de la enfermedad– aumenta, el grado de incertidumbre disminuye. Las fuentes de estructura disminuyen la incertidumbre: directamente, interpretan los hechos; indirectamente, fortalecen el marco de estímulos (13). La gestante con APP experimenta sensaciones que desestabilizan su entorno, las cuales generan inseguridad o intranquilidad; éstos se incrementan si existe desconocimiento sobre la evolución del evento clínico. La valoración debe ser holística: que comprenda la concepción que tiene la persona sobre la enfermedad, el entorno, los cuidados individualizados que recibe y su salud (16).

Según el modelo teórico de Mishel, la adaptación ocurre frente a la enfermedad como resultado de la integración de una continua incertidumbre en la estructura de un mismo individuo. De cualquier modo, es posible realizar intervenciones específicas que minimicen la incertidumbre, mejorando el afrontamiento. De acuerdo con lo anterior, se describe el cuidado de enfermería ante una situación

clínica de amenaza de parto pretérmino, en la cual el profesional de enfermería identifica la situación estresante para realizar un plan de cuidados enfocado a lograr el afrontamiento, lo cual mejora la calidad de vida materno-fetal (17).

Metodología

El cuidado de enfermería permite abordar la situación clínica de APP con el proceso de atención de enfermería, fundamentado en la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel. La valoración, según el proceso, se enfoca en los siguientes criterios:

1. Antecedentes de la incertidumbre: marco de los estímulos, capacidades cognitivas y fuentes de la estructura.
2. Valoración a través de la inferencia: creencia del individuo sobre el control de los acontecimientos de su vida y la ilusión, que considera aspectos positivos de una situación. La incertidumbre se interpreta como peligro u oportunidad.
3. El afrontamiento resulta de la adaptación, que representa la continuidad de la conducta biopsicosocial del individuo para reducir la incertidumbre.

Para el desarrollo del presente estudio, se identificaron los diagnósticos según la taxonomía NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) (18); los resultados, según la taxonomía NOC (*Nursing Outcomes Classification*) (19); y las intervenciones, según la taxonomía NIC (*Nursing Interventions Classification*) (20).

Situación clínica de enfermería

A continuación se especifican los datos de la paciente objeto de estudio de acuerdo con su evolución clínica desde la llegada a la institución de salud hasta el cuarto día de permanencia:

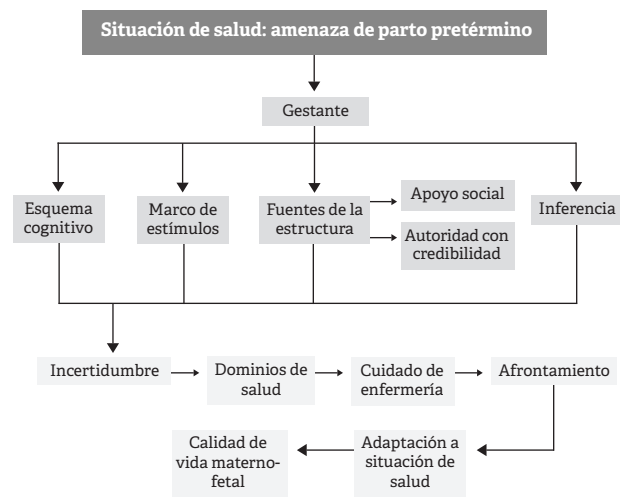
- *Primer día:* Multigestante de 22 años con embarazo de 33,5 semanas según ecografía. Ingresó a Urgencias con cuadro clínico de tres días de evolución con dolor pélvico tipo contracción, sin ningún otro síntoma asociado. Se decide observación estricta por alto riesgo obstétrico de APP.

Antecedentes gineco-obstétricos: gestaciones: 3; partos: 1; cesáreas: 0; abortos: 1; vivos: 0; mortalidad: 1. La paciente refirió que su familia se encontraba lejos. Manifestó temor y relacionó la situación actual con experiencias vividas anteriormente.

- Segundo día:** Paciente sin actividad uterina en tratamiento con nifedipino. Varias veces en la noche manifestó dolor en hipogastrio con hipotensión, por lo que se inició manejo analgésico con tramadol, luego de lo cual presentó mejoría del dolor. Se indicó bolo de 500 cc de cristalooides con presiones arteriales óptimas y frecuencia cardíaca fetal (FCF) de 125 latidos por minuto, producto del ayuno. Se realizó un monitoreo que reportó ausencia de actividad uterina, fetocardia normal y una ecografía obstétrica más perfil biofísico adecuado para la edad gestacional. La paciente manifestó temor e inconformidad con la información brindada.
- Tercer día:** Gestante con hipotensión. Se suspendió la administración de nifedipino y se inició la de terbutalina de 2,5 g cada 8 horas. Los resultados de laboratorio reportaron neutrofilia, por lo cual se efectuó un tratamiento de antibioticoterapia con cefalotina de 1 g cada 6 horas. Se solicitó hemograma y proteína C reactiva de control. Se acudió al llamado de enfermería por dolor a nivel pélvico. Al realizar el tacto vaginal, se encontró el cuello corto posterior no dilatado, sin salida de líquido, estación +1 y monitoreo fetal reactivo sin estrés. Bajo estas condiciones, la FCF fue de 150 latidos por minuto. La gestante se encontraba intranquila y poco colaboradora; manifestó deseos de terminar su embarazo y expresó sentimientos de soledad, angustia e impotencia por su situación.
- Cuarto día:** Paciente hemodinámicamente estable, afebril, con ecografía y perfil biofísico en parámetros normales, monitoreo fetal reactivo y Doppler fetoplacentario normal. Al ser valorada por perinatología, se dio continuidad al embarazo, a la antibioticoterapia y a la

analgésia. La paciente permaneció hospitalizada hasta completar las 37 semanas de gestación. El fruto de la gestación fue un recién nacido vivo, de sexo masculino. Se realizó adaptación neonatal inmediata, con prueba de Apgar al minuto = 8/10 y a los cinco minutos = 10/10. El peso del neonato fue de 3 070 g y la talla, de 51 cm.

Figura 1. Cuidado de enfermería en amenaza de parto pretérmino según la teoría de Mishel



Fuente: Datos del estudio.

Según la Figura 1, la meta primordial del cuidado de enfermería es contrarrestar los efectos negativos de la situación clínica y contribuir al bienestar materno-fetal. En la valoración focalizada de cada uno de los elementos teóricos de la teoría de Mishel, se identificaron los diagnósticos de enfermería de acuerdo con los dominios de salud afectados, según la taxonomía NANDA (18). Posteriormente, se planteó el resultado esperado NOC (19), con sus respectivas intervenciones NIC (20).

Resultados

Incertidumbre

Es la incapacidad personal para dar significado a un hecho relacionado con el estado de la enfermedad. En relación con la paciente objeto de estudio, se creó una asociación con la situación experimentada en su tercera gestación, de 33,5

semanas. Presentó un cuadro clínico de dolor pélvico de tipo contracción. Los antecedentes obstétricos de la gestante fueron gestaciones: 3; partos: 1; abortos: 1; mortalidad: 1 y se hospitalizó por alto riesgo obstétrico.

La gestante manifestó que su situación era molesta, pues desconocía su enfermedad. Su opinión no parecía ser importante, dado que el personal médico sólo se acercaba para suministrar el tratamiento y valorar su estado y el del bebé. Nunca le explicaron su condición, ni conocieron su percepción situacional. La duda y la incertidumbre fueron poco favorables durante la hospitalización. La confusión con la información acerca del estado de salud, los procedimientos y las intervenciones aumentaban la ansiedad y la angustia. La incertidumbre convertía la hospitalización en un evento perturbador, causando ira, frustración y soledad por el escaso tiempo de los horarios de las visitas y la poca actividad física que se les permite realizar (8).

De acuerdo con Ceron *et al.*, "Durante la gestación, las madres sienten temor o miedo por el nacimiento de su hijo antes de tiempo", inicialmente experimentan incertidumbre, tristeza y desilusión (21). Por esto, la enfermería debe proporcionar información clara y completa sobre los cambios que genera la situación clínica, buscando mejorar el confort, el bienestar y el equilibrio emocional de las gestantes (ver Cuadro 1).

Cuadro 1. La enfermería en la incertidumbre

Dominio	Diagnósticos	Resultados	Intervenciones
Promoción de la salud	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud relacionada con el apoyo social insuficiente.	Orientación sobre la salud.	Apoyo en toma de decisiones. Enseñanza: proceso de enfermedad. Educación para la salud. Identificación de riesgos.
	Impotencia relacionada con el régimen terapéutico complejo.	Aceptación: estado de salud.	Apoyo emocional. Aumentar sistemas de apoyo. Establecimiento de objetivos comunes.
Afrontamiento/tolerancia al estrés	Riesgo de impotencia relacionado con el apoyo social insuficiente.	Autonomía personal.	Enseñanza: proceso de enfermedad. Mejorar el afrontamiento.
	Temor relacionado con la respuesta innata a los estímulos.	Autocontrol del miedo.	Asesoramiento. Disminución de la ansiedad. Técnica de relajación.

Fuente: Datos del estudio.

Esquema cognitivo

Es la interpretación subjetiva del paciente respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización. La gestante conocía la causa de hospitalización y el manejo médico, reconociendo el tratamiento, especialmente el manejo del dolor. También manifestó que deseaba que su bebé naciera, porque "no soportaba el dolor de las contracciones". Esta situación clínica llevó a que la gestante desconociera la enfermedad y los cuidados que debe brindar a su hijo, debido a que no categorizaba la enfermedad, por la desinformación y la ambigüedad (22). Enfrentarse a situaciones nuevas que amenazan la condición de salud impide tomar medidas para enfrentar el esquema cognitivo (23). El cuidado de enfermería debe ser individualizado, de manera que permita abordar sentimientos e inquietudes mediante una comunicación asertiva y oportuna, que fortalezca la relación enfermera-paciente (ver Cuadro 2).

Cuadro 2. La enfermería en el esquema cognitivo

Dominio	Diagnósticos	Resultados	Intervenciones
Percepción Cognición	Conocimientos deficientes relacionados con la información insuficiente.	Conocimiento: proceso de enfermedad.	Enseñanza individual. Enseñanza: proceso de enfermedad; medicamentos prescritos; procedimiento/tratamiento.
	Disposición para mejorar los conocimientos.	Comunicación: fomento de la salud.	
Sexualidad	Riesgo de alteración de la diada materno-fetal relacionado con las complicaciones del embarazo.	Estado materno: parto.	Cuidados del embarazo de alto riesgo. Identificación de riesgos. Aumentar sistema de apoyo. Cuidados prenatales.

Fuente: Datos del estudio.

Marco de los estímulos

Constituye la forma, la composición y la estructura de los estímulos que percibe un paciente. En relación con el presente estudio, la gestante experimentó dolor a nivel pélvico a pesar del tratamiento, dolor que se asoció con el parto. La gestante manifestó sentir miedo, tristeza, preocupación, inseguridad y angustia (8).

Las complicaciones gestacionales y el desconocimiento de la situación aumentaron la ansiedad y el temor en la gestante, afectando la esfera emocional

y la interacción con el equipo de salud (24). Por su parte, la enfermería intervino positivamente los estímulos negativos que dificultaban la adaptación a la situación clínica en estudio e hizo uso del cuidado para transformar la incertidumbre en adaptación al cambio, modificando el significado de los eventos (22) (ver Cuadro 3).

Cuadro 3. La enfermería en el marco de los estímulos

Dominio	Diagnósticos	Resultados	Intervenciones
Promoción de la salud	Gestión ineficaz de la salud relacionada con el apoyo social insuficiente; impotencia; régimen terapéutico complejo.	Autogestión de los cuidados.	Facilitar el aprendizaje. Modificación de la conducta. Reestructuración cognitiva. Acuerdo con el paciente.
	Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con las estrategias de afrontamiento.	Conducta de fomento de la salud.	Aumentar sistemas de apoyo. Educación para la salud. Identificación de riesgos.
Actividad/reposo	Disposición para mejorar el autocuidado.	Autogestión de los cuidados.	Ayuda con el autocuidado. Enseñanza individual.
Afrontamiento/tolerancia al estrés	Ansiedad relacionada con la crisis situacional.	Nivel de ansiedad.	Disminución de ansiedad. Mejorar el afrontamiento. Apoyo emocional.
	Estrés por sobrecarga relacionado con los factores estresantes.	Nivel de estrés.	Fomentar la resiliencia. Aumentar los sistemas de apoyo.
Confort	Dolor agudo relacionado con los agentes lesivos biológicos.	Control del dolor.	Administración de la medicación. Disminución de la ansiedad. Manejo del dolor.

Fuente: Datos del estudio.

Fuentes de la estructura

Representan los recursos existentes para interpretar el marco de los estímulos del paciente.

La autoridad con credibilidad: Es entendida como el grado de confianza que el paciente tiene en el personal que le brinda atención, permite de forma directa disminuir la incertidumbre a través de la interpretación de los hechos. En el caso del presente estudio, no coexistió confianza entre el personal de salud y la gestante que permitiera una comunicación efectiva para mitigar las dudas que tenía la gestante. El rol disciplinar de

la enfermería se prestó para explicar los factores estresantes asociados al cuidado, minimizando el miedo y logrando seguridad y confianza en el cuidado brindado (23).

El apoyo social: Influye en la incertidumbre cuando se interpreta el significado de los hechos. Factores como la procedencia del área rural y la distancia dificultan el contacto y la compañía con los familiares, aumentando la sensación de incertidumbre. El profesional de enfermería debe abarcar el apoyo psicosocial de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, independientemente de la incertidumbre presentada (21), de manera que es fundamental emprender acciones responsables para cuidar la salud de la gestante (22) (ver Cuadro 4).

Cuadro 4. La enfermería en la fuente de la estructura

Dominio	Diagnósticos	Resultados	Intervenciones
Percepción/cognición	Disposición para mejorar la comunicación.	Comunicación.	Potencialización de la socialización. Escucha activa. Orientación de la realidad.
	Deterioro de la interacción social relacionado con la ausencia de personas significativas.	Habilidades de interacción social.	Aumentar los sistemas de apoyo. Potenciación de autoestima.
Rol/relaciones	Relación ineficaz asociada a los factores estresantes.	Desempeño: seguridad psicosocial.	Asesoramiento. Terapia familiar. Mediación de conflictos.
	Riesgo de relación ineficaz asociado a los factores estresantes.	Relación entre el cuidador principal y el paciente.	Asesoramiento. Estimulación de la integridad familiar. Mejorar el afrontamiento.
Confort	Aislamiento social relacionado con los recursos personales insuficientes.	Implicación social.	Apoyo emocional. Facilitar las visitas. Terapia de actividad.
	Riesgo de soledad relacionado con el aislamiento social.	Nivel de ansiedad social.	Apoyo a la familia. Fomentar la implicación familiar. Mantener los procesos familiares.

Fuente: Datos del estudio.

Capacidades cognitivas: Se refieren a las habilidades que el paciente posee para procesar información. Por su parte, la gestante de la presente situación de enfermería dispuso de sus capacidades

cognitivas para comprender su estado de salud, lo cual llevó a señalar que se debe garantizar una comunicación clara y precisa. El lenguaje que usa el equipo de salud debe ser comprensible para las gestantes que requieran de su servicio, pues en ocasiones la información contiene tecnicismos difíciles de entender (8). En este sentido, el lenguaje claro utilizado por el profesional de enfermería le permite a la gestante mejorar su capacidad cognitiva ante el problema de salud que confronta, participando de su tratamiento, modificando la relación médico-paciente en fraternidad y mutua colaboración (25) (ver Cuadro 5).

Cuadro 5. La enfermería en la capacidad cognitiva

Dominio	Diagnósticos	Resultados	Intervenciones
Afrontamiento/tolerancia al estrés	Disposición para mejorar la resiliencia.	Creencias sobre la salud.	Establecimiento de objetivos comunes. Mejora de la autoconfianza y afrontamiento. Modificación de la conducta.
Principios vitales	Disposición para mejorar la toma de decisiones.	Conducta de cumplimiento.	Apoyo en toma de decisiones. Asesoramiento. Acuerdo con el paciente.
Confort	Disposición para mejorar el confort.	Estado de salud personal.	Apoyo emocional. Manejo del dolor. Mejorar afrontamiento.
	Disconfort relacionado con los síntomas asociados a la enfermedad.	Estado de comodidad.	Administración de medicación. Disminución de la ansiedad. Cambio de posición.

Fuente: Datos del estudio.

Inferencia

Consiste en realizar la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de las experiencias relacionadas con otros embarazos. La gestante objeto de estudio “a sus 18 años, tuvo su primer embarazo y en su decimosegunda semana gestacional tuvo un aborto; dos años después, concibe por segunda vez, pero a las 26 semanas de gestación pierde a su bebé”. Las vivencias anteriores generaron mayor incertidumbre en la gestante de nuestro estudio, lo que se relaciona con otra investigación, para cuyos autores “son situaciones inexplicables, sin significado ante la enfermedad y sus complicaciones, y sin respuesta a los hechos vividos y a la nueva experiencia” (22). La gestante manifestó el acontecimiento actual de acuerdo con sus vivencias, con motivación y

confianza en el profesional de enfermería (22), pero en la inferencia se perturbó el campo emocional por la condición de riesgo existente (23). El profesional de enfermería estuvo en la capacidad de ofrecer a la gestante el soporte emocional necesario para afrontar la situación y mejorar la calidad del embarazo (ver Cuadro 6).

Cuadro 6. La enfermería en la inferencia

Dominio	Diagnósticos	Resultados	Intervenciones
Autopercepción	Disposición para mejorar la esperanza.	Afrontamiento de problemas.	Acuerdo con el paciente. Aumentar sistemas de apoyo.

Fuente: Datos del estudio.

Adaptación: Refleja el comportamiento biopsicosocial común del paciente. De acuerdo con este concepto, se encontró que la gestante objeto de estudio comprendió que la vigilancia continua favorece el óptimo bienestar materno-fetal. La adaptación permitió reconocer la importancia de la autonomía de la gestante para el cuidado del recién nacido prematuro (21). La humanización del cuidado fortaleció el vínculo entre la enfermería y la gestante, ya que permitió que ella comprendiera la incertidumbre, aceptando los cambios desde una perspectiva positiva (22) (ver Cuadro 7).

Cuadro 7. La enfermería en la adaptación

Dominio	Diagnósticos	Resultados	Intervenciones
Promoción de la salud	Disposición para mejorar la gestión de la salud.	Conducta para fomentar salud.	Enseñanza individual. Identificación de riesgos. Establecimiento de objetivos comunes.
Rol/relaciones	Interrupción de los procesos familiares relacionada con la crisis situacional.	Funcionamiento de la familia.	Aumentar sistemas de apoyo. Fomentar presencia familiar.
Afrontamiento/tolerancia al estrés	Afrontamiento defensivo relacionado con la incertidumbre.	Afrontamiento de problemas.	Acuerdo con el paciente. Clarificación de valores. Potenciación de la autoestima.
	Afrontamiento ineficaz relacionado con el apoyo social insuficiente.	Afrontamiento de problemas.	Apoyo en toma de decisiones. Mejorar el afrontamiento. Modificación de la conducta.
	Disposición para mejorar el afrontamiento.	Aceptación: estado de salud.	Acuerdo con el paciente. Mejorar el afrontamiento. Asesoramiento.

Fuente: Datos del estudio.

Conclusiones

La amenaza de parto pretérmino genera incertidumbre en la gestante por el desconocimiento de la enfermedad y por la desconfianza hacia el personal de salud. El eje principal del cuidado es la disminución de factores estresantes para asumir la incertidumbre positivamente, logrando un afrontamiento individual. Al minimizar la inestabilidad emocional, se comprende el entorno, convirtiéndose en una oportunidad para la participación activa en la toma de decisiones.

La teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel contribuye a la práctica de enfermería, pues permite dar continuidad al cuidado diario, con resultados satisfactorios para la gestante y su familia. La confianza depositada en la enfermería influye en la transformación de la incertidumbre, a través del cuidado humanizado, disminuyendo la ansiedad y los temores, lo cual hace que se afronten positivamente las conductas de salud.

Referencias

(1) Aguilera NL, Vega G, Montañez MA, Montesinos L. Riesgo de trabajo de parto pretérmino espontáneo y su relación con estrés y ansiedad. *Index Enferm* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 20 ago 2015];23(1-2):21-25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100005>

(2) Faneite P. Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas [Editorial]. *Rev Obstet Ginecol Venez* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 19 ago 2015];72(4):217-220. Disponible en: http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400001&lng=es

(3) Ortiz RA, Castillo A. Relación entre estrés durante el embarazo y nacimiento pretérmino espontáneo. *Rev Colomb Psiquiatr* [revista en Internet]. 2016 [acceso: 20 dic 2016];45(2):75-83. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.07.006>

(4) López N, González M, Álvarez L, Martínez N, González A, Omeñaca F. Factores obstétricos claves en los resultados neonatales y a los dos años de seguimiento en la prematuridad extrema. *Rev Chil Obstet Ginecol* [revista en Internet]. 2011

[acceso: 13 ago 2015];76(5):302-310. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000500004>

(5) García I, Alemán MM. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en Internet]. 2013 [acceso: 13 ago 2015];39(2):120-127. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000200007&lng=es

(6) Carvajal J, Vera C. Obesidad materna y riesgo de parto prematuro. *Rev Chil Obstet Ginecol* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 13 ago 2015];79(1):64-66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000100011>

(7) Okumura JA, Maticorena DA, Tejeda JE, Mayta-Tristán P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 13 ago 2015];14(4):383-392. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292014000400008>

(8) Vásquez C, Quintero J, Jiménez HJ, Preciado JA. Experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo: un estudio documental 2005-2011. *Enferm Glob* [revista en Internet]. 2013 [acceso: 20 dic 2016];12(31):357-371. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/revision4.pdf>

(9) Robert JA, Leiva JL, Germain AA. Protocolo de manejo en pacientes con amenaza de parto prematuro en clínica Las Condes. *Rev Med Clín Condes* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 19 ago 2015];25(6):953-957. Disponible en: [http://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70643-1](http://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70643-1)

(10) Faneite P, Rivera C, Amato R, Faneite J. Morbilidad materna: hospitalización ante-parto. *Rev Obstet Ginecol Venez* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 12 ago 2015];72(2):83-88. Disponible en: http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000200003&lng=es

(11) Ugalde-Valencia D, Hernández-Juárez MG, Ruiz-Rodríguez MA, Villarreal-Ríos E. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. *Rev Chil Obstet Ginecol* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 19 ago 2015];77(5):338-341. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500003>

- (12) Lozano-Mosquera SJ, Muñoz-Pérez DL, Cortés-Yepes HA, Zuleta-Tobón JJ. Cervicometría menor o igual a 25 mm para identificar parto a los siete días en pacientes con amenaza de parto prematuro. Estudio de cohorte retrospectivo en un hospital de cuarto nivel de complejidad en Medellín, Colombia, 2009-2012. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 13 ago 2015];65(2):112-114. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.59>
- (13) Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M et al. Ansiedad en los cuidados. Una mirada desde el modelo de Mishel. *Index Enferm* [revista en Internet]. 2013 [acceso: 20 ago 2015];22(1-2):60-64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100013>
- (14) Castillo-Arcos L, Benavides-Torres R. Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: teoría de rango medio. *Aquichan* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 20 ago 2015];12(2):169-182. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n2/v12n2a08>
- (15) Brevis I, Silva P. Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Rev Chil Med Inten* [revista en Internet] 2011 [acceso: 10 jul 2015];26(1):27-34. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2011-1/5.pdf>
- (16) Morales E, Rubio AM, Ramírez MV. Meta-paradigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. *RECIEN* [revista en Internet] 2012 [acceso: 10 jul 2015];(4):1-17. Disponible en: DOI: 10.14198/recien.2012.04.06
- (17) Trejo F. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enf Neurol (Mex)* [revista en Internet] 2012 [acceso: 10 jul 2015];11(1):34-38. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>
- (18) NANDA International. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2015-2017. 10ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
- (19) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (Eds.). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- (20) Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM (Eds.). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- (21) Cerón ML, Argote LA. La inasistencia al Programa Madre Canguro desde la teoría de la incertidumbre y del modelo Dreyfus. *Av Enferm* [revista en Internet] 2012 [acceso: 11 jul 2015];30(3):70-82. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39866>
- (22) Ruydiaz KS, Fernández SP. Incertidumbre y apoyo social en gestantes con trastornos hipertensivos. *Index Enferm* [revista en Internet]. 2015 [acceso: 20 dic 2016];24(1-2):67-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100015>
- (23) Wilhelm L, Alves C, Demori C, Silva S, Meincke SM, Ressel LB. Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* [serial on the Internet] 2015 [access: 2016 Dec 10];14(3):284-293. Available from: <http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20155206>
- (24) Marina C. Aspectos físicos y emocionales durante la estancia hospitalaria de gestantes con amenaza de parto prematuro [monografía de pregrado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2014.
- (25) Cabrera C, Uzcátegui O. Aspectos bioéticos de la conducta expectante en la gestante con preeclampsia grave. *Rev Obstet Ginecol Venez* [revista en Internet]. 2014 [acceso: 20 dic 2016];74(2):87-102. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000200003&lng=es

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:
- a) Algún tipo de interés personal en los resultados de la investigación.
 - b) Opiniones personales que están en conflicto directo con el tema que se esté investigando.

3. Cambios en la autoría

Criterios:

- 3.1. Hace referencia a la adición, supresión o reorganización de los nombres de autor en la autoría de un artículo aceptado.
- 3.2. 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:
- a) La razón por la cual debe ser añadido o eliminado, o los nombres de los autores reorganizados.
 - b) 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:

- 4.1. 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.
- 4.2. Los conflictos de intereses más evidentes se asocian a las relaciones financieras, que pueden ser:
- a) *Directas*: empleo, propiedad de acciones, becas, patentes.
 - b) *Indirectas*: honorarios, asesorías a organizaciones promotoras, propiedad de fondos de inversión, testimonio experto pagado.

Recomendaciones:

- 4.4. 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.
- 4.5. 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.
- 4.6. 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.
- 4.7. 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*.
- 4.8. 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.
- 4.9. Todas las fuentes de apoyo financiero para el proyecto deben ser revelados.
- 4.10. 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:

- 9.1. La *fragmentación* consiste en dividir o segmentar un estudio grande en dos o más publicaciones.
- 9.2. Se considera una práctica inaceptable que los *fragmentos* de un estudio dividido compartan las mismas hipótesis, muestra y métodos.
- 9.3. 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:

- 9.4. Evite fraccionar inapropiadamente los datos de un solo estudio en dos o más trabajos.
- 9.5. 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 W, Russo R, Turton D. The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes. *Physics Letters*. 2010; 694(3); 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 28 de abril de 2017. https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_COI02_ES_2015.pdf
- . "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". Accedido 28 de abril de 2017. https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_SSUB02_ES_2015.pdf
- . Elsevier. "Autoría". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_AUTH02_ES_2015.pdf
- . "Ethics in Research & Publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Brochure_Ethics_2_web.pdf
- . "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_SSUB02_ES_2015.pdf
- . "Ethics. Conducting research". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>
- . "Ethics. Writing an article". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>
- . "Fraude en investigación. Ethics in research & publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_RF02_ES_2015.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/about/index>

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, 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>

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 pagados 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 informe 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 recontagem 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 diretrizes 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 solicite, inclusive depois de publicado o artigo.
- 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. 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.

- 8.11. 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:

- 9.1. A *fragmentação* consiste em dividir ou segmentar um estudo grande em duas ou mais publicações.
- 9.2. Considera-se uma prática inaceitável que os *fragmentos* de um estudo dividido compartilhem as mesmas hipóteses, amostra e métodos.
- 9.3. 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

- 9.4. Evite fracionar inapropriadamente os dados de um só estudo em dois ou mais trabalhos.
- 9.5. 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.

11. Correção de artigos publicados

Crítério:

- 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.

Bibliografía

Black W, Russo R, Turton D. The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes. *Physics Letters*. 2010; 694(3); 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 28 de abril de 2017. https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_COI02_ES_2015.pdf

———. "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". Accedido 28 de abril de 2017. https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_SSUB02_ES_2015.pdf

———. Elsevier. "Autoría". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_AUTH02_ES_2015.pdf

———. "Ethics in Research & Publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Brochure_Ethics_2_web.pdf

———. "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_SSUB02_ES_2015.pdf

———. "Ethics. Conducting research". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>

———. "Ethics. Writing an article". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>

———. "Fraude en investigación. Ethics in research & publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_RF02_ES_2015.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 aspectos 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/about/index>

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, 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 de-

vem 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.

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 W, Russo R, Turton D. The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes. *Physics Letters*. 2010; 694(3); 246-51.

Elsevier. "Autoría. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0010/183394/ETH-ICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf.

———. "Conflicto de intereses. Ethics in research & publication". Accedido 28 de abril de 2017. https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_COI02_ES_2015.pdf

———. "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". Accedido 28 de abril de 2017. https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_SSUB02_ES_2015.pdf

———. Elsevier. "Autoría". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_AUTH02_ES_2015.pdf

———. "Ethics in Research & Publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Brochure_Ethics_2_web.pdf

———. "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_SSUB02_ES_2015.pdf

———. "Ethics. Conducting research". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>

———. "Ethics. Writing an article". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>

———. "Fraude en investigación. Ethics in research & publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_RF02_ES_2015.pdf

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 ojs system (Open Journal System):

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

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, 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 publi-

cation. 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/E/homepagee.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.

