

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

Maria Del Carmen Bernal Roldán, M.Sc.
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

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

**María de los Ángeles Rodríguez
Gázquez, Ph.D.**
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 4.0*.
- 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

MG. JANAÍNA AMORIM DE AVILA Universidade Federal de Pelotas	DRA. ADRIANA DALL'ASTA PEREIRA Centro Universitário Franciscano
MG. DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR Universidad Francisco de Paula Santander	DRA. DORA MARIELA SALCEDO-BARRIENTOS Universidade de São Paulo
DRA. DULCE APARECIDA BARBOSA Universidade Federal de São Paulo	DRA. MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ Universidade Federal de Santa Maria
MG. AMANDA REGINA DA SILVA GÓIS Universidade de Pernambuco	DRA. ANA RAILKA DE SOUZA OLIVEIRA KUMAKURA Universidade Estadual de Campinas
DR. MANUEL ANTONIO VELANDIA MORA Universidad Cooperativa de Colombia Bogotá	MG. MARIA ISABEL DA CONCEIÇÃO DIAS FERNANDES Universidade Federal do Rio Grande do Norte
DRA. MITZI LETELIER VALDIVIA Universidad de los Andes	MG. JÉSSICA DANTAS DE SÁ TINÓCO Universidade Federal do Rio Grande do Norte
MG. JEFERSON VENTURA Universidade Federal do Rio Grande	DRA. YESICA YOLANDA RANGEL FLORES Universidad Autónoma de San Luis Potosí
MG. JUAN YOVANI TELUMBRE TERRERO Universidad Autónoma del Carmen	MG. HELLEN POLLYANNA MANTELO CECILIO Universidade do Estado do Rio de Janeiro
	DRA. JACQUELINE DE SOUZA Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

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 2 mayo-agosto 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

121 **La empatía en la relación enfermera-paciente**

Martha Cecilia Triana Restrepo

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

123 **Mídia virtual como apoio aos adolescentes com doença crônica que buscam informação em saúde**

Medios virtuales como apoyo a adolescentes con enfermedad crónica que buscan información sobre salud

Virtual media as support for adolescents with a chronic disease seeking health information

Gabriela Silva dos Santos, Cláudia Mara de Melo Tavares, Ana Beatriz Azevedo Queiroz, Inez Silva de Almeida, Cosme Sueli de Faria Pereira, Rejane Eleuterio Ferreira

133 **Empoderamiento de líderes comunitarias afrocolombianas desde la Atención Primaria de Salud**

Empoderamento das líderes comunitárias afrocolombianas desde a Atenção Primária à Saúde

Empowerment of Afro-Colombian community leaders from Primary Health Care

Vilma Florisa Velásquez G, Yenny Barreto, Lucero López

146 **Representação social do suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas**

Representación social del suicidio en personas con problemas relacionados con el consumo de drogas

Social representation of suicide among people with drug-related problems

Luiza Cantão, Nadja Cristiane Lappann Botti

157 **Bem-estar espiritual e coping religioso/espiritual em pessoas com insuficiência renal crônica**

Bienestar espiritual y afrontamiento religioso/espiritual en personas con insuficiencia renal crónica

Spiritual well-being and spiritual/religious coping in people with chronic kidney disease

Thaila Oliveira Zatiti Brasileiro, Valéria Helena Salgado Souza, Andressa Anunciação de Oliveira Prado, Rogério Silva Lima, Denismar Alves Nogueira, Erika de Cassia Lopes Chaves

169 **Representações sociais de profissionais da saúde sobre as pessoas vivendo com HIV/AIDS**

Representaciones sociales de profesionales de la salud sobre personas que viven con VIH/SIDA

Social representations of health professionals about people living with HIV/AIDS

Amanda Regina da Silva Góis, Denize Cristina Oliveira, Solange Fátima Geraldo da Costa, Regina Célia de Oliveira, Fátima Maria da Silva Abrão

179 **Transmissão vertical do HIV: reflexões para a promoção da saúde e cuidado de enfermagem**

Transmisión vertical del VIH: reflexiones sobre la promoción de la salud y el cuidado de enfermería

Vertical transmission of HIV: reflections about health promotion and nursing care

Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima, Deise Maria do Nascimento Sousa, Igor Cordeiro Mendes, Lara Leite de Oliveira, Mônica Oliveira Batista Oriá, Patrícia Neyva da Costa Pinheiro

ARTÍCULO DE REVISIÓN

188 **Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas**

Violencia obstétrica: revisión integradora de investigaciones cualitativas

Obstetric violence: integrative review of qualitative research

Luara de Carvalho Barbosa, Márcia Regina Cangiani Fabbro, Geovânia Pereira dos Reis Machado

REPORTE DE CASO

206 **O significado de cuidar de uma idosa dependente após o acidente vascular cerebral**

El significado de cuidar a una adulta mayor dependiente después de un accidente cerebrovascular

The meaning of caring for a dependent elderly woman after a stroke

Jaine Karenly da Silva, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

217 **Política editorial**

Política editorial

Editorial policy

La empatía en la relación enfermera-paciente

• Martha Cecilia Triana Restrepo¹ •

•¹ RN, Doctora en Enfermería. Profesora Asociada. Directora revista Avances en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: mctrianar@unal.edu.co

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n2.66941

La política prioritaria en salud considera como uno de los ejes más importantes la humanización de la atención (1). En este sentido, la enfermería es clave en la consecución de los objetivos formulados, puesto que reconoce que el paciente es un ser humano sujeto de derechos que requiere del interés genuino de la enfermera para comprender sus necesidades o emociones.

Entender las circunstancias, emociones y necesidades de los pacientes es crucial para iniciar una relación terapéutica. El fundamento de esta actitud es la empatía, ya que es el atributo que le da a la enfermera la habilidad para comprender verdaderamente a la otra persona (2). La empatía es, por lo tanto, esencial en toda relación enfermera-paciente.

El término *empatía* viene de la palabra griega *empátheia*, que significa 'apreciación de los sentimientos de otra persona' (3), definición a partir de la cual se han establecido diferentes enfoques y se ha discutido si es un atributo de tipo cognitivo o afectivo. La definición que mayor consenso tiene en la literatura sobre enfermería es la que presenta la empatía como la capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de otra persona, sumado a la capacidad de comunicar este entendimiento (4).

Reynolds (5) señaló que la capacidad de comunicar el entendimiento de la experiencia del paciente permite que la información pueda ser validada por el mismo paciente; implica la utilización de una comunicación adecuada y efectiva. Es gracias a esa capacidad de percibir y entender al otro que las dimensiones cognitiva y emocional de la empatía pueden unirse, conformando una visión integradora de ambas dentro del concepto mismo.

Sin embargo, se ha planteado un grado diferente de participación entre los aspectos cognitivos y afectivos en la empatía. El énfasis se presenta en que la característica clave de la empatía es la preponderancia del procesamiento de información cognitiva que la distingue del procesamiento predominantemente emocional involucrado, por ejemplo, en el concepto de simpatía (3).

La investigación desarrollada en torno al impacto de la empatía en los resultados de los pacientes ha mostrado que los altos niveles de empatía que manifiestan las enfermeras se articulan con un menor estrés en los pacientes con cáncer o con mejores niveles de satisfacción con el cuidado (6). Lo anterior concuerda con los planteamientos de Rogers, quien afirmó que

[...] con los años, sin embargo, la evidencia de la investigación se sigue acumulando, y apunta fuertemente a la conclusión de que un alto grado de empatía en una relación es posiblemente el más potente y sin duda uno de los factores más importantes en lograr el cambio y el aprendizaje (7).

Por otro lado, los investigadores, partiendo de diferentes disciplinas, enfoques y poblaciones, han examinado la eficacia de los programas de entrenamiento en empatía. Los resultados de este tipo de estudios han indicado que la empatía es una competencia humana que puede modificarse, que puede ser enseñada efectivamente y ponerse en escena durante los encuentros con el paciente (8). Los estudios que involucraron profesionales de la salud mostraron efectos significativamente mayores que los realizados con jóvenes o adultos (8).

La relación enfermera-paciente, como relación de ayuda, es única. Se establece entre una persona que tiene necesidades específicas de cuidado y una enfermera que, debido a la cercanía con el paciente, a la visión y a la comprensión empática, puede distinguir las necesidades o perspectivas, comunicar el entendimiento y dar respuestas de ayuda centradas en lo humano.

El ejercicio de comprender lo que el paciente está pensando o sintiendo debe interesar a los profesionales de la salud. Éstos están llamados a responder con sensibilidad al sufrimiento del otro y a actuar enfocándose, particularmente, en el alivio y el beneficio del paciente.

Referencias

- (1) República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2082 de 2014, por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. Diario Oficial n.º 49.167 (29/05/2014).
- (2) Kunyk D, Olson JK. Clarification of conceptualizations of empathy. *J Adv Nurs [serial on the Internet]*. 2001 [access: 2017 Jul 20];35(3):317-325. Available from: DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01848.x
- (3) Hojat M. Empatía en el cuidado del paciente: antecedentes, desarrollo, medición y resultados. México D.F.: El Manual Moderno; 2012.
- (4) Moser DK, Chung ML, McKinley S, Riegel B, An K, Cherrington CC *et al*. Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive Crit Care Nurs [serial on the Internet]*. 2003 [access: 2017 Jul 20];19(5):276-288. Available from: DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0964-3397\(03\)00061-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0964-3397(03)00061-2)
- (5) Reynolds W, Scott PA, Austin W. Nursing, empathy and perception of the moral. *J Adv Nurs [serial on the Internet]*. 2000 [access: 2017 Jul 21];32(1):235-242. Available from: DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01440.x
- (6) Yu J, Kirk M. Measurement of empathy in nursing research: systematic review. *J Adv Nurs [serial on the Internet]*. 2008 [access: 2017 Jul 21];64(5):440-454. Available from: DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04831.x
- (7) Brown KA. The nurse, empathy and patient satisfaction [doctoral dissertation]. Utah: College of Nursing, University of Utah; 1990.
- (8) Teding van Berkhoust E, Malouff J. The efficacy of empathy training: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Couns Psychol [serial on the Internet]*. 2016 [access: 2017 Jul 21];63(1):32-41. Available from: DOI: 10.1037/cou0000093

Mídia virtual como apoio aos adolescentes com doença crônica que buscam informação em saúde

Medios virtuales
como apoyo a
adolescentes
con enfermedad
crónica que buscan
información sobre
salud

Virtual media
as support for
adolescents with
a chronic disease
seeking health
information

• Gabriela Silva dos Santos¹ • Cláudia Mara de Melo Tavares² • Ana Beatriz Azevedo Queiroz³ •
• Inez Silva de Almeida⁴ • Cosme Sueli de Faria Pereira⁵ • Rejane Eleuterio Ferreira⁶

•1• Doutoranda em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.
E-mail: sisan.gabi@hotmail.com

•2• Enfermeira. Professora Titular, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Niterói-RJ, Brasil.
E-mail: claudiamarauff@gmail.com

•3• Enfermeira. Professora Associada, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. E-mail: abaqueiroz@hotmail.com

•4• Enfermeira. Professora Adjunta, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.
E-mail: inezalmeida2016@gmail.com

•5• Mestre em Ensino na Saúde. Vice Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ. Brasil. E-mail: cosmehesfa@yahoo.com.br

•6• Doutoranda em Enfermagem, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Niterói-RJ. Brasil.
E-mail: rejane_eleuterio@hotmail.com

Recibido: 05/09/2016 Aprobado: 06/04/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n2.59859



Resumo

Objetivo: Analisar as informações em saúde nas mídias virtuais de apoio buscadas pelos adolescentes que convivem com doença crônica.

Metodologia: Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 12 adolescentes que convivem com doença crônica. Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin.

Resultados: Os dados codificados e interpretados resultaram em três eixos temáticos: *Demanda de informação relacionada à definição da doença crônica*, *Demanda de informação relacionada à perspectiva de vida do adolescente com doença crônica* e *Demanda por informação relacionada à estética do adolescente com doença crônica*.

Conclusão: Os adolescentes que vivenciam uma condição crônica têm buscado apoio nas redes virtuais por meio de informações relacionadas à saúde. Esta tendência mostra que devemos renovar nossa perspectiva, como profissionais de saúde, sobre os processos de ajuda e cuidado, através da inserção da prática profissional de enfermagem na atual sociedade tecnológica.

Descritores: Adolescente; Mídias Sociais; Doença Crônica; Enfermagem; Apoio Social (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Analizar la información sobre salud que los adolescentes con enfermedades crónicas buscan en medios virtuales de apoyo.

Metodología: Estudio descriptivo, de enfoque cualitativo, realizado en 12 adolescentes que viven con enfermedad crónica. Como técnica de recolección de datos, se utilizó la entrevista semiestructurada. Los datos fueron analizados mediante el análisis de contenido de Bardin.

Resultados: Los datos, al ser codificados e interpretados, resultaron en tres ejes temáticos: *Demanda de información relacionada con la definición de enfermedad crónica*, *Demanda de información relacionada con la esperanza de vida del adolescente con enfermedad crónica* y *Demanda de información relacionada con la estética del adolescente con enfermedad crónica*.

Conclusiones: Los adolescentes que sufren una enfermedad crónica buscan apoyo en las redes virtuales mediante la información sobre salud. Esta tendencia muestra que debemos renovar nuestra perspectiva, como profesionales de salud, sobre los procesos de auxilio y cuidado, a través de una inserción de las prácticas profesionales de la Enfermería en la sociedad tecnológica actual.

Descritores: Adolescente; Medios de Comunicación Sociales; Enfermedad Crónica; Enfermería; Apoyo Social (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To analyze health information that adolescents with chronic disease seek in virtual media support.

Methodology: Qualitative descriptive study, carried out on 12 adolescents living with chronic disease. A semi-structured interview was used for data collection. Data were analyzed using content analysis of Bardin.

Results: Once these data were encoded and interpreted, three thematic axes emerged, as follows: *Information demand related to the definition of chronic disease*, *Information demand related to life expectancy of adolescent with chronic disease*, and *Demand for information related to esthetics of adolescent with chronic disease*.

Conclusions: Adolescents who have a chronic disease seek support in virtual networks using health information. This trend shows that we must renew our perspective, as health professionals, on the processes of help and care, through the insertion of nursing professional practice in the current technological society.

Descriptors: Adolescent; Social Media; Chronic Disease; Nursing; Social Support (source: DECS BIREME).

Introdução

A prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) vem aumentando mundialmente, principalmente em países de baixa e média renda e ocasionando altos índices de mortalidade. A idade da população acometida por essas doenças é um fator importante a ser considerado, tendo em vista que as faixas etárias com maior prevalência de enfermidades crônicas são as representadas por pessoas jovens e de meia idade (1).

No Brasil, durante o ano de 2007, as causas de mortes atribuídas às DCNT de maior prevalência foram as doenças cardiovasculares (DCV), doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e doenças renais (2).

Enfrentar a doença crônica não é uma tarefa fácil, ainda mais quando o paciente em questão se trata de um adolescente, desafio que se estende a todos os envolvidos no processo de saúde e doença deste adolescente, ou seja, seus parentes, amigos e profissionais de saúde (3). A doença crônica acrescenta ao cotidiano do adolescente limitações, adaptações em relação ao diagnóstico e possibilidades de adquirir outras patologias de longa duração ou até mesmo incuráveis (4).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a delimitação etária da adolescência como o período que compreende dos 10 aos 19 anos de idade (5). O Brasil dispõe do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), cuja Lei 8.069, criada em 1990, considera adolescentes as pessoas na faixa etária de 12 a 18 anos e, em casos excepcionais, até os 21 anos (5).

No território brasileiro, há aproximadamente 45 milhões de pessoas na faixa etária de 10 a 19 anos. A literatura é farta em referências sobre a baixa procura pelos serviços de saúde entre este público, seja em busca de orientações sobre saúde, prevenção ou tratamento de doenças. Contudo, vale lembrar que cerca de 11% das internações em nosso país correspondem a adolescentes (6).

Vista como o período de definição de valores e de tomada de decisões, a adolescência é uma etapa fundamental para a consolidação do modo de vida e obtenção de novos estilos por meio de hábitos, grupos de amizades, ambiente virtual e social (7).

O público adolescente tem características comportamentais únicas por se tratar de um período de transição entre a infância e a fase adulta. Quando somada ao convívio com a doença crônica, essa fase demanda atenção dobrada (8).

Uma vez iniciada a situação crônica no adolescente, esta desencadeia impactos físicos, psicológicos e sociais, além de uma atenção hospitalar específica. A despeito do corrente avanço no diagnóstico e tratamento, estas enfermidades implicam um processo de constante adaptação, alteração de rotina, crescimento e desenvolvimento no adolescente (9).

A Internet surgiu e expandiu-se contribuindo grandemente para o processo de globalização. Essa ferramenta favoreceu uma mudança na estrutura das sociedades contemporâneas ou pós-modernas no quesito comunicação e interação. As formas de acesso ao saber, conteúdos e informações por meio das tecnologias virtuais revolucionaram as relações interpessoais no mundo, possibilitando encontros virtuais, construção de novos vínculos e trocas (10). Similar às teias, as redes virtuais que se formam na mídia virtual têm sido meios interativos com relevantes contribuições aos adolescentes que convivem com doenças crônicas, por oferecer condições de apoio social virtual (11).

Redes sociais e apoio social representam conceitos distintos, embora interligados. A rede social trata-se de um aspecto estrutural ou institucional ligado a um indivíduo. Por outro lado, o apoio social é pessoal e forma-se por membros presentes na rede social (5). Neste estudo, esse apoio é buscado no contexto virtual, por meio do uso das mídias virtuais.

Entende-se que mídia social virtual se refere a um grupo de ferramentas na Internet que possibilita interações entre os usuários da rede virtual. *Facebook*, *LinkedIn*, *Twitter*, entre outras páginas semelhantes, são exemplos de mídias sociais virtuais (12).

Constata-se, atualmente, um movimento de ampla acessibilidade da população à rede mundial de computadores, sobretudo por meio de dispositivos móveis, dentre os quais podemos citar *tablets* e *smartphones*. Isso favorece buscas *on-line* por conteúdos informativos e dados sobre saúde, configurando um processo paralelo e informal de investigação sobre sinais e

sintomas vivenciados cotidianamente por inúmeras pessoas com doenças crônicas. Em 2011, uma pesquisa registrou como terceira atividade *on-line* mais comum a procura por informações relacionadas à saúde (12).

Neste contexto, insere-se a participação do enfermeiro, construindo e divulgando informação em saúde no ambiente virtual. Além disso, exerce uma atividade educativa e de apoio social aos familiares e às pessoas que vivem com a doença crônica, uma vez que as orientações claras e referenciadas por profissionais da saúde contribuem para a melhoria de sua saúde e bem-estar (5).

Após a apresentação panorâmica da temática que envolve adolescentes com doenças crônicas e o uso das mídias sociais virtuais para obtenção de informações relacionadas à sua condição de saúde, nota-se que o uso das ferramentas tecnológicas pode ser um recurso apropriado de apoio social (13).

Assim, este estudo tem por objetivo analisar as informações relacionadas à saúde nas mídias virtuais de apoio buscadas pelos adolescentes que convivem com doença crônica. Ele visa, nesse processo de busca informativa *on-line*, uma estratégia de apoio diante da situação crônica de saúde.

Materiais e Método

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Esse tipo de estudo se desenvolve principalmente no campo da investigação social e da saúde, buscando as dimensões simbólicas, exigindo do pesquisador compreensão, análise da produção de dados e avaliações das repercussões (14). A partir de um convite formal, tornaram-se participantes deste estudo 12 adolescentes: 8 meninas e 4 meninos, com idades entre 14 e 18 anos.

Os critérios de inclusão foram: estar em tratamento no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) para doença crônica não transmissível e ter buscado, em algum momento, informações sobre saúde nas mídias virtuais relacionadas aos seus respectivos diagnósticos. Quanto aos critérios de exclusão, foram adotados os seguintes: pacientes que nunca acessaram quaisquer mídias virtuais para obtenção de informações relacionadas à saúde a fim de compreender

o processo da doença crônica, adolescentes com déficit cognitivo, analfabetos e menores de 18 anos cujos responsáveis não consentiram a participação na pesquisa.

A coleta de dados se deu através de entrevistas individuais semiestruturadas, no período de junho a setembro de 2014, nos dias de atendimentos estabelecidos pelo Ambulatório de especialidades do NESA. Tal ambulatório encontra-se localizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro-Brasil. A preferência pelo cenário de pesquisa deu-se por se tratar de um ambulatório especializado em atenção à saúde de adolescentes que convivem com doença crônica.

Para este estudo, foram consideradas as seguintes questões: (i) *que tipo de perguntas relacionadas à sua saúde você direciona ao ambiente virtual?*; e (ii) *os conteúdos encontrados têm lhe ajudado com seus problemas de saúde?* Em seguida, os dados produzidos durante as entrevistas foram transcritos e analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin (15). Para essa análise de conteúdo, precisamos considerar três fases.

Na fase inicial, também denominada de *pré-análise*, aconteceu a leitura aprofundada dos dados produzidos por meio das entrevistas semiestruturadas; posteriormente, ocorreu a organização do material e formulação de hipóteses. A fase intermediária permitiu a realização da exploração do material, ou seja, a codificação dos dados brutos. Por fim, ocorreu a interpretação minuciosa e a delimitação das categorias temáticas a partir da compreensão dos significados estabelecidos (15).

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, o projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa, conforme estabelecido na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (16). A aprovação do projeto de pesquisa encontra-se registrada sob o nº 692.112.

Os menores de 18 anos que leram, concordaram e foram autorizados pelos responsáveis por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para participarem da pesquisa. Os adolescentes com idade de 18 anos quem concordaram em participar da pesquisa foram informados de seu objetivo e assinaram (TCLE).

O anonimato dos participantes da pesquisa está preservado, uma vez que os nomes reais foram substituídos pela letra “A” seguida de um numeral ordinal que corresponde à ordem de desenvolvimento das entrevistas (por exemplo, A1, A2 etc.).

O tempo de diagnóstico médico da doença crônica variou entre 1 e 7 anos. As mídias mais usadas entre eles foram: *Facebook, WhatsApp, Youtube, Instagram e Twitter*.

Resultados

Quanto ao diagnóstico dos adolescentes entrevistados, identificamos nove participantes com doença renal crônica, dois participantes com lúpus e um com câncer. Os dados analisados minuciosamente resultaram em três eixos temáticos, e são os seguintes:

Demanda por informação relacionada à definição da doença crônica

O adolescente busca conhecer o processo da doença, ou seja, saber o que está acontecendo com ele. A seguir, encontramos alguns questionamentos realizados pelos adolescentes no ambiente virtual. Tais questionamentos referem-se à busca pelo conhecimento do seu problema de saúde:

Ah! Eu pesquisei “o que é doença renal crônica?” [A2].

Eu coloquei no *Google* “o que era síndrome nefrótica?” [A9].

Falou os sintomas que o Prednisona causa. Era tudo que estava acontecendo comigo [...]. Tudo o que estava falando, estava acontecendo comigo [A8].

Utilizar os diversos meios de comunicação e interação amplia a possibilidade de adquirir conhecimento sobre sua condição. O adolescente que vive com doença crônica e busca por informação relacionada ao diagnóstico no ambiente virtual torna-se um cuidador de si mais participativo e encontra apoio para enfrentar suas limitações diárias decorrentes da doença.

Demanda por informação relacionada à expectativa de vida do adolescente com doença crônica

A incerteza sobre o futuro provoca inquietações na vida do ser humano, especificamente para o adolescente crônico. O saber promove segurança e opções para escolher a melhor maneira de enfrentar essa condição. Os depoimentos seguintes expressam a incerteza quanto ao futuro dos adolescentes com doença crônica:

A gente pergunta se tem cura, quem for olhar, sempre tem essa pergunta. Como que é o tratamento? Como é que se trata e os medicamentos que usam? [A7].

Eu costumei a colocar no *Google*, pois o médico falava pra mim: «você pode viver com um rim único». Mas, eu tenho que beber bastante água. Então, eu fui procurar saber se pode mesmo viver com rim único [...]. Eu coloquei no *Google* e apareceram as respostas do *Yahoo*. Tinha vários médicos colocando que é possível viver com rim único e eu tenho que cuidar dele pra não afetar ele [A3].

A preocupação com o futuro envolve o desejo de vivenciar todas as oportunidades que a vida proporciona. Inclui-se entre outras atividades a vontade de ter um relacionamento, ter uma família, como por exemplo, na fala de uma adolescente que deseja ter filhos:

[...] eu pesquisei se é possível ter filhos, pois falaram para mim uma vez que não era possível [A11].

Assim, para os adolescentes participantes da pesquisa, os conteúdos das mídias virtuais promoveram esperança de um estilo de vida semelhante ao de pessoas que não vivenciam uma situação crônica. Minimizar o sofrimento emocional, tais como angústias e ansiedades, é uma das possibilidades da utilização adequada das mídias virtuais por esse público.

Demanda por informação relacionada à estética do adolescente com doença crônica

Além dos questionamentos sobre a doença, o aspecto estético também foi um fator relevante para alguns adolescentes. Nos depoimentos de três adolescentes identificamos a demanda por informação relacionada à estética:

Ah! Só procurei saber sobre estrias, só! Então, falou que é normal, só isso. Não tem muito jeito não, é? [A8].

No ACEDE eu já perguntei, na verdade, eu estou ansioso para falar com a doutora, porque eu estou “doido” para fazer o meu cabelo, não estou aguentando mais esse cabelo; está tenso! Tanto que eu vim com touca (risos), está

complicado. Faz três anos que eu não faço nenhum procedimento químico, nem nada, então perguntei se eu podia fazer meu cabelo, sabe? [A 10].

Pesquisei se pode fazer tatuagem, se pode pôr *piercing* [...]. Se o cabelo cai por naturalidade. Meu cabelo caiu, até fiquei muito mal e procurei saber. Procurei também saber, por que dava aquelas manchinhas, manchinha rosinha que dá na pele [A11].

É esperado que na adolescência ocorram mudanças físicas no indivíduo, sendo elas encaradas com naturalidade ou como um momento especial. Além disso, o corpo é uma maneira de reconhecimento e pertencimento a determinado grupo, portanto se a aparência estiver prejudicada, o estado psicossocial do adolescente também pode ser afetado, o que requer uma maior atenção à saúde do adolescente.

Discussão

O avanço da Internet na contemporaneidade associado à acessibilidade a dispositivos móveis favorece o acesso às mídias virtuais e a construção de redes virtuais por esta população que se insere nesse ambiente cada vez mais cedo. O resultado disso é um campo rico e merecedor de investigação (17).

O ambiente virtual propicia a obtenção e produção dos mais diversos conteúdos e fontes informativos (18). Em um estudo realizado na Holanda para determinar as preferências da população sobre o uso da Internet e mídias virtuais na área da saúde, três temas aparecem como os mais citados: os efeitos colaterais da medicação, sintomas e diagnósticos (19).

Em nossa pesquisa, os participantes pesquisaram na Internet conteúdo sobre seus respectivos diagnósticos e sintomas. Eles procuraram conhecer as mudanças provenientes dessa nova situação. Aprender sobre a condição de saúde promove alívio emocional, as relações interpessoais se desenvolvem melhor e surgem novas esperanças quanto ao futuro, pois desenvolvem-se novas estratégias para lidar com os problemas psicossociais (18).

No encontro presencial com um profissional de saúde, o adolescente deve buscar sanar as dúvidas, cabendo ao profissional utilizar uma linguagem clara, objetiva e instigar o adolescente a manifestar possíveis questionamentos. Porém, as redes virtuais têm sido uma relevante opção de busca por apoio e conteúdo, pois, dentre outros fatores, tem-se a facilidade de acesso e privacidade (20).

Nesse contexto de facilidade de acesso e de busca por apoio e privacidade, os profissionais enfermeiros atuantes no cuidado à saúde do adolescente devem recomendar uma fonte virtual segura, ética, educativa e saudável de conhecimento aos adolescentes e suas famílias, visando alertá-los para problemas cibernéticos e paralelamente fortalecer vínculos entre as gerações (21).

O adolescente com doença crônica necessita de novas habilidades e instrumentos para melhor lidar com sua atual situação (9). Assim, o adolescente com doença crônica encontra na Internet e nas redes virtuais a oportunidade de contornar suas limitações de conhecimento e, ao se apropriar desse conteúdo informativo, conquistar um outro olhar sobre a própria condição.

O adolescente com doença crônica, ao se tornar participante ativo do seu tratamento, fortalece sua confiança e autonomia, ainda mais quando compartilha compromissos, decisões e resultados (22). É em páginas na Internet, por exemplo, *blogs*, *weblogs* e outras redes sociais que pessoas com experiências semelhantes encontram mais um espaço para compartilhar saberes, dividir suas angústias e minimizar dúvidas, ou seja, são grupos de apoio virtual (23).

Quanto à expectativa de vida do adolescente com doença crônica, está presente a visão adulta, o desejo de ser mãe e passar a assumir novas responsabilidades. Não raro, a enfermidade crônica relaciona-se à impossibilidade da realização de projetos, sonhos e desejos.

Diante do diagnóstico de doença crônica, o adolescente tem que incorporar o estilo de vida que melhor se adequa a sua rotina (24). Sabe-se que, com a notícia da doença crônica, muitas mudanças surgem no dia-a-dia do adolescente. Repentinamente, ele precisa rever comportamentos e trocar velhos hábitos, a fim de reduzir os impactos da doença. Esse é um processo desafiador para uma pessoa com pouca idade, mas que requer responsabilidade e questionamento, além do desenvolvimento de novas estratégias, onde o uso das mídias virtuais ganha destaque (25).

Outro aspecto muito importante entre os adolescentes é a imagem corporal. Quando este passa a conviver com uma doença crônica, o corpo sofre mudanças em decorrência do uso de medicações, exigindo compreensão para lidar com as adversidades que a doença impõe (26). O ambiente virtual tem sido um espaço para encontro com outros adolescentes em situações semelhantes que, ao acessar informações sobre saúde, encontram apoio entre seus pares, atenuando conflitos internos e colocando-os como iguais aos adolescentes que não são acometidos por doenças crônicas (20).

No paciente com câncer, por exemplo, o tratamento para diminuir os sintomas ou alcançar a cura acontece de maneira agressiva devido à alta toxicidade dos medicamentos utilizados. Podem ocorrer efeitos colaterais variados (27). No tratamento com rádio e quimioterapia, é comum a alopecia acometer todo o corpo (28).

A imagem corporal é tão valorizada pelo adolescente que qualquer alteração em consequência dos efeitos medicamentosos, leva à, entre outras coisas, não adesão aos regimes terapêuticos estabelecidos e ao agravamento do quadro clínico (22). Inúmeras transformações biopsicossociais são características dessa faixa etária e o adoecimento crônico intensifica ou traz novas alterações físicas (25).

Na adolescência, o corpo também é um componente importante da identidade. As mídias são grandes propagadoras de padrões estéticos tidos como ideais, interferindo com frequência na saúde física e mental do adolescente, que nem sempre consegue alcançar as exigências contemporâneas da moda (26). Nessa faixa etária, a excessiva preocupação com a imagem corporal vai além da satisfação pessoal, incluindo a aceitação pelo grupo. Ser diferente nessa fase é ser excluído.

A escola é o espaço onde os adolescentes passam mais tempo e constroem vínculos afetivos para a vida. Se a autoimagem está afetada, os relacionamentos interpessoais sofrerão impedimentos de aceitação (29).

É fundamental buscar compreender e reconhecer a individualidade do adolescente com doença crônica. Sempre que possível, se deve proporcionar um espaço real onde ele tenha voz e encontre o melhor caminho para realização do tratamento. O tratamento envolve uma parceria entre profissional, adolescente, família e amigos e as estratégias de apoio são buscadas por meio do ambiente virtual para lidar com a condição crônica (30).

Conclusão

Os adolescentes que vivenciam uma condição crônica têm buscado apoio nas redes virtuais por meio de informações em saúde que tangem os seguintes aspectos: seu diagnóstico, suas expectativas de vida, planos pessoais a longo ou curto prazo e aspecto estético. Este último é tido pelos adolescentes como algo primordial para o reconhecimento e pertencimento a um grupo. Isso alerta para os seguintes aspectos: devemos renovar nosso olhar como profissionais da saúde considerando o momento em que estamos, ou seja, cercados por tecnologias, onde é possível, com rápidos cliques, obtermos uma resposta no ambiente virtual.

Ao olhar para os adolescentes, deve-se buscar entender a subjetividade do ser adolescente, ir além dos sintomas, considerar também a sexualidade, o vir a ser e não somente o estar. A condição crônica intimida o adolescente e o incentiva a buscar apoio e privacidade nas mídias virtuais. Buscando fortalecer os laços com este público, o profissional de saúde deve motivá-lo a apresentar suas indagações, usando uma linguagem acessível, clara e objetiva.

É importante ainda considerar as limitações do estudo como modo de aprimoramento e incentivo à realização de novas pesquisas nesta temática. Apontamos como limitações o número restrito de participantes e propomos novos estudos que possam conhecer os adolescentes que optaram por não buscar informações na Internet, abrindo mão de uma ferramenta que pode contribuir para a melhoria de sua condição crônica.

Referências

- (1) Goulart FA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde [relatório na Internet]. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) 2011 [acesso: 2013 nov 29]. Disponível em: <https://professores.faccat.br/moodle/mod/resource/view.php?id=13523>
- (2) Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2017 Apr 04];377(9781):1949-1961. Available from: DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9
- (3) Schütz BA, Tavares CM. La importancia del apoyo socio-emocional en adolescentes y adultos jóvenes portadores de enfermedad crónica: una revisión de literatura. *Enferm Glob* [revista en Internet]. 2013 [acceso 2015 nov 11];12(30):388-398. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/revision3.pdf>
- (4) Almeida IS, Guida NF. Adolescentes portadores de doença reumatológica: conhecendo a clientela. *Adolesc Saúde* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2017 abr 04];8(4):35-40. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=293
- (5) Santos GS, Tavares CM, Ferreira RE, Pereira CS. Rede social e virtual de apoio ao adolescente que convive com doença crônica: uma revisão integrativa. *Aquichan* [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 2017 abr 04];15(1):60-74. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5294/3852>
- (6) Assis SG, Avanci JQ, Duarte CS. Adolescence and public health: the thin line between a protagonist approach and risk for youths [Editorial]. *Ciênc Saúde Coletiva* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 jan 11];20(11):3296. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.19942015>
- (7) Ferreira MM, Torgal MC. Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2011

[acesso: 2016 out 04];45(3):589-595. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300006>

(8) Santos GS, Tavares CM. Demand of the adolescent for education in health through virtual social networks: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 Apr 02];12(Suppl 1):752-754. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134552>

(9) Araújo YB, Neusa C, Gomes IP, Nóbrega RD. Enfrentamento do adolescente em condição crônica: importância da rede social. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2016 jun 30];64(2):281-286. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200010>

(10) Lima NL, Souza EP, Rezende AO, Mesquita AC. Os adolescentes na rede: uma reflexão sobre as comunidades virtuais. *Arq Bras Psicol* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2014 set 14];64(3):2-18. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v64n3/v64n3a02.pdf>

(11) Tavares CM, Santos GS. Influência das redes virtuais na saúde mental dos adolescentes que convivem com doença crônica. Em: Sequeira C, Carvalho JC, Sá L (Eds.). VI Congresso Internacional ASPESM: a pessoa, a família, a comunidade e a saúde mental. Porto: ASPESM; 2014.

(12) Lachman VD. Social media: managing the ethical issues. *Medsurg Nurs* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2014 Fev 06];22(5):326-329. Available from: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Resources/Social-Media-Ethical-Issues.pdf>

(13) Rojas MV, Cardozo SL. El video como soporte social a cuidadores de personas con enfermedad crónica, Girardot 2010. *Av Enferm* [revista en Internet]. 2015 [acesso: 2017 abr 04];33(2):199-208. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.49784>

(14) Backes DS, Souza MH, Marchiori MT, Colomé JS, Backes MT, Lunardi Filho WD. The Idealized Brazilian Health System versus the real one: contributions from the nursing field. *Rev Latino-Am Enfermagem* [serial on the Internet]. 2014 [access:

2015 Mar 22];22(6):1026-1033. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0040.2512>

(15) Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.

(16) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

(17) Bouzas I. Internet: um campo de estudo. *Adolesc Saúde* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2017 abr 04];10(1):6. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=348

(18) Moretti FA, Oliveira VE, Silva EM. Access to health information on the Internet: a public health issue? *Rev Assoc Med Bras* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2014 Oct 07];58(6):650-658. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000600008>

(19) Van de Belt TH, Engelen LJ, Berben SA, Teerenstra S, Samsom M, Schoonhoven L. Internet and social media for health-related information and communication in health care: preferences of the Dutch general population. *J Med Internet Res* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2014 Oct 07];15(10):e220. Available from: DOI: 10.2196/jmir.2607

(20) Santos GS, Tavares CM, Pereira CS, Ferreira RE. Reflections on the use of virtual social networks in care for persons with chronic disease. *J Nurs UFPE Online* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Mar 14];11(2):724-730. Available from: DOI: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201728

(21) Eisenstein E. Desenvolvimento da sexualidade da geração digital. *Adolesc Saúde* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2017 abr 04];10(Supl 1):61-71. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=396

(22) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades [livro na Internet].

Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde; 2008 [acesso: 2016 nov 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf

(23) Ortega F, Zorzaneli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BF et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2014 set 14];17(44):119-132. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100010>

(24) Almeida IS, Lopes LM, Simões SM. Ser adolescente vivenciando a situação crônica de saúde: uma compreensão heideggeriana. *Cienc Cuid Saúde* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2017 abr 04];11(4):704-711. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v11i4.13214>

(25) Silva LL, Vecchia BP, Braga PP. Adolescer em pessoas com doenças crônicas: uma análise compreensiva. *Rev Baiana Enferm* [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 2017 abr 04];30(2):1-9. Disponível em: DOI: 10.18471/rbe.v30i2.14281

(26) Frois E, Moreira J, Stengel M. Mídias e a imagem corporal na adolescência: o corpo em discussão. *Psicol Estud* [periódico na Internet]. 2011 [acesso 2017 abr 04];16(1):71-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n1/a09v16n1.pdf>

(27) Instituto Oncoguia [sítio web]. São Paulo: Equipe Oncoguia; 2013 [atualizado: 24 mar 2013; acesso: 2014 out 06]. Alopecia [aprox. 4 telas]. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/alopecia/194/109/>

(28) Petroski EL, Pelegrini A, Glaner MF. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2017 abr 08];17(4):1071-1077. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400028>

(29) Schneider KL, Martini JG. Cotidiano do adolescente com doença crônica. *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 2017 abr 04];20(Esp):194-204. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500025>

(30) Costa JS, Santos ML. Group of adolescents hospitalized with non-communicable chronic disease as a technology of nursing care. *J Nurs UFPE Online* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Apr 04];10(2):508-514. Available from: DOI: 10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201617

Empoderamiento de líderes comunitarias afrocolombianas desde la Atención Primaria de Salud

Empoderamento das
líderes comunitárias
afro-colombianas
desde a Atenção
Primária à Saúde

Empowerment of
Afro-Colombian
community leaders
from Primary Health
Care

• Vilma Florisa Velásquez G¹ • Yenny Barreto² • Lucero López-Díaz³ •

•1• M.Sc. en Enfermería. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Bogotá, Colombia.
E-mail: vvelasquez@unal.edu.co

•2• M.Sc. en Salud Pública. Profesora Auxiliar de Carrera, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.
E-mail: yenny.barreto@urosario.edu.co

•3• Ph.D. en Enfermería. Profesora Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Bogotá, Colombia.
E-mail: allopezdi@unal.edu.co

Recibido: 31/12/2015 Aprobado: 21/04/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n2.54986



Resumen

Objetivo: Describir los resultados cualitativos del programa de Atención Primaria de Salud (APS) *Centro de Desarrollo Humano Comunitario* (CDHC) adaptado a la cultura, para el empoderamiento de líderes comunitarias afrocolombianas en Guapi, Colombia.

Metodología: Estudio cualitativo, con observación participante registrada en diarios de campo. El análisis se realizó de forma inductiva interpretando el programa de APS (CDHC), en Guapi, Colombia. Participaron 30 líderes comunitarias afrocolombianas.

Resultados: Del estudio emergieron las siguientes tres categorías: *Mayor espiritualidad y competencia cultural; Estabilidad y control con participación en microempresas; y Crecimiento en la toma de decisiones en equipo.*

Conclusiones: El programa de APS permite contribuir al empoderamiento de líderes comunitarias afrocolombianas, promoviendo el control y la participación social en virtud del autoconocimiento, la organización, la colaboración comunitaria, el trabajo intersectorial y la gestión de proyectos en crecimiento. Estos factores son claves para, mediante el progreso socioeconómico, mejorar la salud y el desarrollo integral de la comunidad.

Descriptor: Atención Primaria de Salud; Promoción de la Salud; Enfermería en Salud Comunitaria; Participación Social; Mujeres (fuente: DECS BIREME).

Resumo

Objetivo: Descrever resultados qualitativos do programa de Atenção Primária de Saúde (APS) *Centro de Desenvolvimento Humano Comunitário* (CDHC) adaptado à cultura para o empoderamento de líderes comunitárias afro-colombianas em Guapi, Colômbia.

Metodologia: Estudo qualitativo, com observação participante registrada em diários de campo. A análise se fez de forma indutiva interpretando o programa APS (CDHC), em Guapi, Colômbia. Trinta líderes comunitárias afro-colombianas participaram do estudo.

Resultados: No estudo surgiram as seguintes três categorias: *Maior espiritualidade e competência cultural; Estabilidade e controle com a participação nas microempresas e Crescimento na tomada de decisões em equipe.*

Conclusão: O programa do APS contribui com o empoderamento de líderes comunitárias afro-colombianas, promovendo o controle e a participação social através do autoconhecimento, organização, colaboração comunitária, o trabalho intersectorial e a gestão de projetos em crescimento. Esses fatores são fundamentais para, mediante o progresso socioeconômico, melhorar a saúde e o desenvolvimento integral da comunidade.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Participação Social; Mulheres (fonte: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To describe qualitative results of a culture-oriented Atención Primaria de Salud (APS) *Centro de Desarrollo Humano Comunitario* (CDHC) program for the empowerment of Afro-Colombian community leaders in Guapi, Colombia.

Methodology: Qualitative study with participant observation recorded in field diaries. The analysis was performed inductively interpreting the APS (CDHC) program in Guapi, Colombia. Participated 30 Afro-Colombian community leaders.

Results: From the study three categories emerged as follows: *Greater spirituality and cultural competence; Stability and control with micro-enterprises participation; and Growth in decisions-making as a team.*

Conclusions: The PHC program contributes to the empowerment of Afro-Colombian community leaders, promoting control and social participation according to self-knowledge, organization, community engagement, intersectoral work, and expanding project management. These are key factors for improving, by means of socio-economic progress, health and the integral development of the community.

Descriptors: Primary Health Care; Health Promotion; Community Health Nursing; Social Participation; Women (source: DECS BIREME).

Introducción

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), desarrollada en Alma Ata en 1978, se describen pautas para el desarrollo de la promoción de salud en el mundo (1). La promoción de la salud se entiende como un proceso político y social para fortalecer las habilidades de individuos y modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su impacto social en la salud pública, reorientando los servicios de salud para que sean culturalmente adaptados, sensibles, accesibles y susceptibles de gestión (2).

Así pues, la diversidad cultural, la participación ciudadana y el empoderamiento son parte de la efectividad de las acciones de salud pública y de promoción de la salud, las cuales deben ser fortalecidas en grupos vulnerables para empoderar a comunidades, como la residente en el municipio de Guapi, Colombia. Esta población, que está expuesta a las inequidades de la salud y a la pobreza, sigue desamparada, en particular la más pobre, debido a su sexo, edad, discapacidad, etnia o ubicación geográfica, entre los que las mujeres suelen ser cabeza de hogar y tienen pocas oportunidades de ascenso social (3, 4, 5). En consecuencia, se requieren esfuerzos y programas para fortalecer y empoderar a las mujeres afrocolombianas y aprovechar el conocimiento de las mujeres mayores que combinan el saber popular como un saber colectivo (6). Esto puede ser una fuente de enseñanza para mantener con su entorno físico una relación espiritual y cultural.

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diversos estudios señalan que la pobreza y las necesidades básicas insatisfechas son mayores cuando los hogares cuentan con jefatura femenina. Los países que apoyan el desarrollo social y económico de la mujer ostentan menos pobreza (7). Por su parte, Colombia, que es el cuarto país con mayor pobreza crónica en Latinoamérica (8), requiere mejorar de manera sostenible las posibilidades de las personas con capacidades básicas limitadas, tanto en la educación como en la salud, y centrarse en el fomento del desarrollo humano (9). Además, de identificar la *oportunidad*, el *empoderamiento* y la *seguridad social* como factores de enfoque para el diseño y ejecución de estrategias de reducción de

la pobreza, de manera que el desarrollo humano sea posible a través de los recursos propios culturales y sociales (10, 11).

Por otro lado, la Ley 1438 de 2011 considera que en Colombia la APS “está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: servicios de salud, acción intersectorial/transectorial por la salud y participación social, comunitaria y ciudadana”, los cuales se llevan a cabo mediante dos pilares: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (12). En este sentido, en la *Tercera Conferencia Internacional en Sundsvall* la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace explícita la necesidad de generar procesos de empoderamiento, especialmente en las mujeres, con acciones sociales en favor de la salud, así como en los recursos y en la capacidad innovadora de las comunidades para crear entornos saludables (13).

Por lo anterior, es necesario poner en práctica a partir de la APS el proceso de participación y empoderamiento de las comunidades, a través del cual los individuos y los grupos menos favorecidos obtienen mayor control sobre sus vidas (14). El modelo de *empowerment* que Rappaport estableció proporciona conceptos y principios sobre el conocimiento de la comunidad y formula valores para la solución de problemas sociales. Así mismo, el modelo propende hacia el bienestar y la calidad de vida con la potenciación de recursos individuales, grupales y comunitarios, sobre todo con grupos minoritarios precisamente *no empoderados*, como personas pobres y mujeres (15, 16). Entre éstas se encuentran las afrocolombianas, que revisten de importancia para adoptar un enfoque diferencial que ponga de relieve las desigualdades que sufren los pueblos indígenas y las poblaciones afrodescendientes, que se expresan en mayores niveles de pobreza, exclusión y marginalidad (17).

El modelo de *empowerment* está compuesto por las dimensiones *Individual*, *Organizacional* y *Comunitaria*. La primera se asocia al desarrollo del control personal y a la competencia para actuar, buscar apoyo social y perfeccionar habilidades interpersonales, sociales y políticas (16). La segunda concentra procesos que hacen posible realizar el control sobre organizaciones, enfatizando en el liderazgo y pautas para la toma de decisiones. La tercera concierne a los diferentes procesos de cohesión cultural específicos de todos los grupos, pero que son más notorios en las comunidades que han sido excluidas de las decisiones sociales (15, 18).

Franco (8) señala que las estrategias de la APS deben fortalecer comunidades a través del desarrollo de pequeños grupos que trabajen unidos para la resolución de problemas de salud como estrategia para su empoderamiento; sin embargo, la evidencia de su aplicación es escasa.

Por su parte, Bivort en su estudio comprende el denominado *Programa Puente* como una estrategia para superar la pobreza, la cual se enfoca en la promoción de agencia, ciudadanía y trabajo de redes sociales y comunitarias. El autor resalta la necesidad de crear metodologías que potencien la capacidad individual y el empoderamiento de las personas (19). Es el caso del presente estudio, en el que la mujer afrocolombiana que, en condiciones de pobreza, marginalidad y de exclusión, utiliza sus vivencias como herramienta de empoderamiento y como una forma de reconstruir un sentido de existencia como persona (20).

El programa de APS: CDHC se diseñó y se adaptó a la cultura afrocolombiana. La adaptación cultural surge del desarrollo teórico sobre la competencia cultural, entendida como la adaptación del cuidado de manera que sea congruente con la cultura de la persona (21).

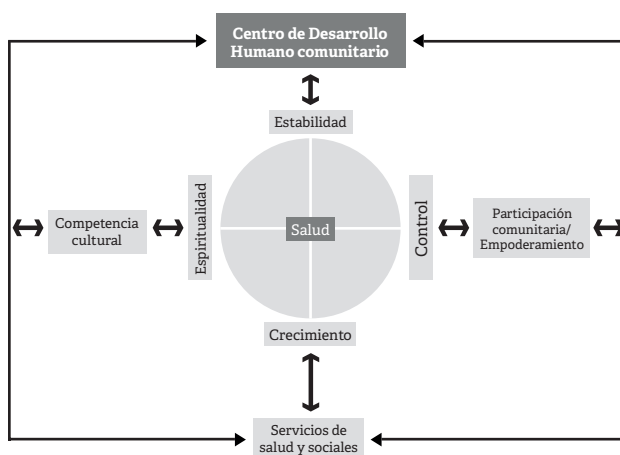
De acuerdo con lo anterior, es imperativo que la atención primaria de salud aborde a nivel individual, organizacional y comunitario escenarios con poblaciones vulnerables, de modo que permita crear oportunidades para el empoderamiento de la población y facilitar a las líderes comunitarias poner en práctica habilidades y capacidades de gestión para mejorar sus condiciones de vida. Esto aplica a los habitantes del municipio de Guapi en el departamento del Cauca: el segundo territorio de Colombia que, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), presenta mayores Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), con un 42,8% (22).

Las principales actividades económicas del municipio de Guapi son la pesca artesanal, la agricultura, la minería, la caza, la recolección y el aprovechamiento forestal. Estas actividades constituyen las fuentes más próximas de ingresos económicos, por lo que requieren de capacitación para fortalecer el tejido social, las economías solidarias y el sentido de pertenencia e identidad. Además, es preciso promover la

formulación y ejecución de proyectos que fortalezcan la participación y organización comunitaria en virtud del patrimonio cultural.

El Grupo Cuidado Cultural de la Salud (GCCS) de la Universidad Nacional de Colombia ha desarrollado estudios de investigación y extensión en Guapi. Se ha hallado, entre otras, la necesidad de autorreconocimiento en las mujeres, de generación de empleo y de satisfacción de carencias de la familia. Estas necesidades han justificado el trabajo de empoderamiento comunitario, enmarcado, desde la promoción de la salud, en un programa de APS denominado *Centro de Desarrollo Humano Comunitario* (CDHC) (23). Bajo la consigna: "Trabajando unidos como hormigas para echar *pa' lante*", mediante este programa se han efectuado proyectos con niños, adultos mayores, mujeres y familias del municipio como una manera de promover conductas saludables y de impulsar la acción comunitaria para transformar los determinantes de salud y crear entornos saludables.

Figura 1. Modelo de evaluación del programa de Atención Primaria de Salud: Centro de Desarrollo Humano Comunitario



Fuente: Barreto Y. Efecto de la propuesta de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi-Cauca. 2014 (23). Adaptado de Friedemann Marie Louise (24).

El CDHC se apoya en la propuesta de un modelo de evaluación de APS (ver Figura 1) que posee dos componentes: las funciones secundarias de la atención primaria —participación, servicios de salud, servicios sociales y competencia cultural— y las metas de la teoría de la Organización Sistémica Familiar de Friedemann —espiritualidad, estabilidad, control y crecimiento— (24). Así pues, al grupo le fue preciso cultivar el empoderamiento en líderes del municipio, buscando fortalecerlos a partir de las dimensiones individual, organizacional y comunitaria; la meta del control-participación, el crecimiento organizacional con servicios de salud y con servicios sociales, la espiritualidad y la competencia cultural.

El objetivo del presente estudio fue capacitar redes de apoyo integradas por líderes comunitarias, cuidadoras formales e informales, en el programa *Cuidado Cultural de la Salud* para adultos mayores en situación de dependencia-pobreza, con el fin de contribuir al fortalecimiento de los diferentes actores en el desarrollo humano como alternativa de mejoramiento de la salud desde una perspectiva cultural en el municipio de Guapi, Cauca. Este artículo pretende describir los resultados cualitativos de la variable *empoderamiento* de este estudio.

Materiales y Métodos

Estudio cualitativo, con observación participante registrada en diarios de campo. El análisis se realizó de forma inductiva interpretando el programa de APS *Centro de Desarrollo Humano Comunitario*, en Guapi, Colombia. Participaron 30 líderes comunitarias afrocolombianas. La evaluación cualitativa del programa de APS CDHC concibe a las líderes participantes “como sujeto capaz de reflexionar y por tanto como generador de significados, si se tiene en cuenta que la experiencia es social y que constituye el carácter del ser humano en el mundo” (25).

El proceso de construcción del programa fue realizado en Guapi, a través del análisis de documentos, fotografías, procesos comunitarios anteriores desarrollados en el municipio, grupos focales y entrevistas semiestructuradas. Se realizó una capacitación en tres módulos: *Desarrollo de habilidades; Liderazgo y gestión de recursos y Desarrollo de proyectos*. Finalmente, se efectuó la evaluación de líderes guiadas por el modelo de

evaluación del programa de APS: CDHC (ver Figura 1), cuyo objetivo fue fortalecer el empoderamiento a través del control de habilidades individuales, organizacionales y comunitarias de 30 líderes afrocolombianos.

El estudio se llevó a cabo en Guapi, Cauca, en el año 2014. Participaron en el programa, de manera voluntaria, un líder y 29 lideresas comunitarias integrantes de familias afrocolombianas, mayores de 18 años, habitantes del sector urbano del municipio. Se contó con el apoyo de la fundación FUNDAMOR y, para el proceso de inscripción y organización de la capacitación, se contó con dos líderes, participantes en otros procesos comunitarios, que fueron capacitadas previamente.

Se programó un total de catorce sesiones adaptadas a la cultura y preparadas con un enfoque de educación popular en siete sesiones virtuales y siete presenciales. Las sesiones virtuales se desarrollaron durante tres meses, dos días a la semana, con una intensidad de entre 3 y 5 horas diarias. Las sesiones presenciales se practicaron durante un mes, seis días a la semana, tres horas diarias; se organizaron en cinco fases: *sensibilización, información culturalmente adaptada, toma de decisiones, acciones y compromisos de cierre*. El programa realizó una evaluación cualitativa y cuantitativa de las variables *Empoderamiento, Funcionalidad familiar y Calidad de vida* con instrumentos validados. El registro cualitativo se produjo en diarios de campo.

Este artículo presenta el análisis cualitativo del empoderamiento de líderes comunitarias afrocolombianas en Guapi, quienes registraron en el diario de campo los datos generales de cada sesión de capacitación, describiendo aspectos destacados, pensamientos, reflexiones-emociones y la aplicación familiar, anotados en un cuadro previamente elaborado por el GCCS para organizar la información. Dos de las líderes capacitadas eran analfabetas, por lo que se solicitó a una líder-profesora el apoyo para el diligenciamiento de acuerdo a la narración oral de cada una de ellas. Se efectuó previamente un entrenamiento a las líderes para el diligenciamiento del diario de campo.

El análisis de datos se realizó de forma inductiva e interpretativa en dos momentos: el primero, en campo, en cuya capacitación se intercambiaban aprendizajes, dificultades y fortalezas a través

del análisis y la retroalimentación del diario de campo; y el segundo, fuera de campo, en el que se extrajo del diario de cada participante la información relacionada con el empoderamiento por cada uno de los módulos de la capacitación.

El análisis de la información se llevó a cabo a partir de los siguientes pasos: a) lectura de diarios de campo en el que se resaltaron los aspectos relacionados con el empoderamiento; b) creación de una matriz en formato *Microsoft Word 2010*®, donde se categorizaron los descriptores; c) resultado de la discusión y contraste de similitudes/diferencias entre los hallazgos, categorizados con las dimensiones del modelo de *empowerment* (15) y con el modelo de evaluación del programa de la APS: CDHC (ver Figura 1).

El rigor metodológico consideró la credibilidad trabajada al devolver los resultados a las líderes, la audibilidad a través del registro minucioso de las actividades realizadas en el programa, la transcripción de las entrevistas y el acompañamiento del grupo de investigación en Cuidado Cultural de la Salud. Se tuvo en cuenta la reducción de sesgos por parte de las investigadoras, como la dedicación prolongada y la observación permanente, con la inversión de tiempo suficiente del investigador en campo para detectar desinformación y distorsiones. Asimismo fue una oportunidad para promover “una relación empática” como medio de apertura para acceder a datos crudos (26).

Otros sesgos que se deben señalar con el manejo de la información de los diarios de campo fueron el tipo de letra de los participantes y el empleo de expresiones populares. En algunas ocasiones, las participantes prefirieron hablar personalmente con las investigadoras de sus sentimientos y no dejarlo registrado. Puesto que algunas de las líderes eran analfabetas, el diario de campo fue registrado por otra líder, pero fueron atendidas por las profesionales en campo para ser escuchadas y apoyadas directamente en el trabajo de construcción de microempresas. En las sesiones virtuales fue más difícil el proceso a causa de las interferencias en la comunicación.

El estudio contó con la autorización de la fundación FUNDAMOR y fue discutido con las entidades territoriales del municipio. Los participantes firmaron el consentimiento informado. Se respetaron los principios éticos establecidos en Colombia con la Resolución n.º 008430 de 1993 (27), con

respecto al consentimiento informado, a la beneficencia, a la no maleficencia y a la justicia. Las intervenciones de las participantes elegidas para el presente artículo están firmadas por las iniciales de los nombres o por un código de dos letras para mantener la privacidad de ellas.

Resultados

Perfil de las líderes comunitarias

La mayoría de participantes son líderes mujeres (97%), en edades entre los 19 y 63 años. En cuanto al nivel educativo, predominó el grado de escolaridad técnico (53%), frente a la secundaria completa (20%) e incompleta (13%), a la primaria incompleta (7%) y al analfabetismo (7%).

Empoderamiento de líderes comunitarias

El programa de APS CDHC representa para las líderes comunitarias del municipio de Guapi, Cauca, “luchar unidas por los sueños, objetivos, metas y proyectos; por sus hijos”, reafirmando que a través de la unión se pueden emprender sueños, sin desconocer la necesidad de desarrollar habilidades individuales y grupales, que son dos características de las hormigas. Esto fue referido por ellas así:

Uno como persona debe trabajar unido por un objetivo para cumplir un proyecto o unas microempresas en una comunidad o en un pueblo y que la unión hace la fuerza; que hay que trabajar unidos [JH].

Unidad, persistencia, capacidad, comprensión, etc. Para lograr una meta porque así son las hormigas (YO).

A continuación, los resultados se presentan desde las dimensiones de empoderamiento individual, organizacional y comunitaria.

Dimensión individual: mayor espiritualidad y competencia cultural

Descubrir quiénes somos, confiar en sí y rescatar la importancia de ser mujer en la familia y en la comunidad

El programa de APS: CDHC contribuye a descubrir en ellas capacidades, habilidades y cualidades que les permiten conocerse y reconocerse como parte de una sociedad. Todo esto se logra alimentando la autoestima y logrando que crean en sí mismas:

Aprendí a valorarme por mí misma. Me siento valiosa por todo lo que soy, porque uno mismo tiene que valorarse [MC].

A medida que el curso va avanzando, las compañeras me han hecho ver que tengo una serie de habilidades que son herramientas para sacar mi microempresa adelante [LC].

Estas acciones ayudan a las mujeres a descubrir lo importantes que son en su familia y en su comunidad, tal como lo señala el *Informe de desarrollo humano* de 1997, para el que las mujeres son la línea principal de acceso a familias y comunidades (7). Esto es confirmado en la siguiente intervención:

Descubrí que soy la mejor mamá del mundo. Cada día me levanto con las fuerzas de echar pa'lante, venciendo obstáculos con mis habilidades y capacidades [LC].

El programa logró suscitar las habilidades y las capacidades en las participantes, objeto del primer módulo de capacitación, en el cual se llevan a cabo actividades a partir de acciones propias de su cultura. Las actividades se relacionaban, por ejemplo, con construir artesanías o instrumentos con material reciclable, lo cual contribuyó a la preservación del medioambiente, una de las problemáticas principales del municipio.

Cabe destacar que las líderes comunitarias tuvieron momentos de desánimo, pero retomaban el proceso gracias a la creencia en Dios y en la Virgen, a los que encomendaban sus acciones para alcanzar los sueños. No obstante, fue difícil lograr que ellas soñaran con algo que las hiciera felices a mediano y largo plazo, puesto que viven el presente. Por esto, el primer logro fue reconocer que su felicidad estuviera en satisfacer las necesidades básicas de sus hijos.

Los resultados fueron representados con “una travesía por el mar” en cumplimiento del sueño trazado. Para alcanzar la meta, debían enfrentar *mareas altas, mareas bajas y tormentas*. Con esta imagen, las líderes concibieron cómo deben utilizar los métodos del programa para tomar el timón del barco a través de las capacidades con las que iniciaron el viaje: fuerza, alegría y amor. Esto caracteriza a los afrocolombianos como parte de su espiritualidad y de su competencia cultural.

Dimensión organizacional: crecimiento en toma decisiones en equipo

Generar sentido de pertenencia, trabajo en equipo y proyectos sociales

Las comunidades afrocolombianas se caracterizan por ser dependientes de otros en la mayoría de circunstancias, lo cual conforma barreras para organizar líderes en su comunidad y empoderarlos. Con el programa, las líderes comunitarias lograron crecer respecto a tomar decisiones, trabajar en equipo y promover la interdependencia, lo cual fortalece la unión y reconocen que es la unión la que las hace más fuertes para *salir adelante*.

El trabajo en equipo para los afrocolombianos implica paciencia, escucha, respeto y aceptación de las diferencias del otro. Algunas líderes tienen dificultad para hablar en público, por miedo al *reproche* o al disgusto con el otro, lo cual se evidencia en la siguiente frase:

He aprendido muchas cosas que no sabía, apenas tenía pena de salir y hablar con la gente y ya he aprendido muchas cosas, ya se dialogar [DH].

El proceso de trabajar en equipo fue un ejercicio que se desarrolló desde el primer día. Se conformaron grupos de trabajo durante el primer módulo y, al finalizar la capacitación, cada grupo desarrolló su proyecto o microempresa partiendo de las habilidades y capacidades de cada líder. El propósito era generar recursos y una responsabilidad social con su municipio basándose en un sentido de pertenencia con la comunidad y las familias, lo cual se expresó así:

Soy una persona emprendedora capaz de tomar mis propias decisiones para salir adelante [CS].

Por lo anterior, al finalizar la capacitación, cada equipo diseñó un proyecto social que respondía a una necesidad del municipio, ante el cual debían gestionar recursos para su ejecución. Para realizar el proyecto, necesitarían tranquilidad, armonía, concentración y sabiduría, factores que afectan a toda la población. Así lo señalaron los participantes:

Me gustó, porque por medio de la responsabilidad social se puede lograr hacer un buen proyecto [LC].

Hoy puedo comprender que puedo aportar al municipio con responsabilidad social [LC].

Emprendimiento, liderazgo y gestión de recursos para la participación y relación con entidades públicas y privadas

Las líderes comunitarias se reconocieron como emprendedoras, dado que desde el primer módulo de capacitación descubrieron habilidades y capacidades que estaban latentes. Sabían que, para desarrollarlas, necesitaban tener liderazgo para dirigir a otras personas, gestionar recursos con inteligencia, tolerancia y buena comunicación y compartir con otras personas de su familia —niños-adultos mayores— y la comunidad. En consecuencia, resaltaron que debían sacar de su vocabulario la frase “No puedo”, ya que esto las limitaría y no les permitiría crecer como emprendedoras. Esto fue expresado así:

Una de las habilidades que encontré en la capacitación fue dirigir el grupo como líder. Creo que me desempeñé muy bien [DV].

Hoy demostré las habilidades de un buen emprendedor: liderazgo, inteligencia, tolerancia y buena comunicación [AO].

Dimensión comunitaria: estabilidad y control con participación en microempresas

Construir redes de apoyo, participación, manejo del tiempo libre y conciencia del medioambiente para seguir adelante con fe y alegría

El programa permitió estabilidad y control, lo cual fue reconocido como “mantener la mente despejada”. Logró establecer redes de apoyo trabajadas durante todos los módulos, en los que se descubrían personas de la comunidad u organizaciones que en un momento determinado de su proyecto podían aportarles, entre las que destacaron la Alcaldía, FUNDAMOR, el sector educativo, el comercio y la red familiar. Para esto, buscaron personas

clave para el desarrollo de su proyecto o microempresa, primero que todo a sus compañeras, quienes aportaron con conocimientos, sugerencias, decisiones, es decir: participaron para organizarse. En el cumplimiento de este proceso se tomaron algunos meses, debido a la inseguridad, a la pena y al miedo a equivocarse.

Poco a poco, fortaleciendo sus capacidades, consiguieron opinar y dar sugerencias a otros grupos y a su propio grupo, valorando sobre todo la necesidad de comunicación entre todas y el respeto por cada persona. En las siguientes frases se puede evidenciar lo anterior:

Es una alegría porque aprendí a pesar de que no sé leer ni escribir; aprendí algo para ayudarme en mi vida [EB].

Nunca pensé que podría encontrar aquí personas que me puedan ayudar con la microempresa [YR].

Además, las líderes tomaron conciencia de que las necesidades municipales no son sólo responsabilidad del Estado, sino que ellas también podían ser agentes de cambio. Las microempresas trabajaban alrededor de problemas municipales elegidos por las líderes: contaminación ambiental, rescate cultural y seguridad alimentaria.

De este modo, las líderes, fortalecidas y empoderadas, tuvieron la capacidad de comunicarse, de crear redes de apoyo y de actuar en favor de la comunidad. Ellas pudieron afrontar los obstáculos interiores para alcanzar unidas metas comunitarias, redefinir la pobreza y ver oportunidades, animándose a sí mismas y a las demás con retroalimentaciones eficaces. Así, se construye una base sólida para el desarrollo sostenible de una comunidad, generando microempresas para disminuir la pobreza del municipio y hacer que todos prosperen.

En el módulo dos de capacitación, las líderes comunitarias debían idear estrategias para mejorar la economía de su hogar, desarrollando conceptos como: *emprendedor, empresario, plan de negocios, estrategias de mercadeo, gestión de recursos y administración de ganancias de productos en bien individual, familiar y colectivo*, lo que llevó a que cada grupo fundara una microempresa. Es importante resaltar que a través de la fundación FUNDAMOR las líderes lograron obtener un recurso económico para poner en marcha sus microempresas, cuyo lanzamiento se llevó a cabo en tres eventos importantes: encuentros intergeneracionales con niños y adultos mayores; asamblea de profesores; y feria microempresarial organizada por las líderes comunitarias y por las enfermeras.

Las enfermeras acompañaron el proceso desde el principio con la capacitación por módulos, organización de grupos, proceso de microempresas, y dieron a conocer los productos, apoyando con la venta y distribución de muestras en tiendas y en organizaciones públicas. La Alcaldía, con el apoyo de la Secretaría de Educación, Recreación y Cultura, generó el compromiso de que las microempresas que respondieran a un aspecto cultural pudieran participar en el evento más importante de los afrocolombianos: el Festival Petronio Álvarez.

La actividad desarrollada en cada microempresa debía estar directamente relacionada con las habilidades de las lideresas y contribuir con la cultura y la sociedad, pero también con la realidad del municipio. Allí, el 95% de las microempresas existentes son de los paisas, como son llamadas las personas de grupos étnicos blancos o mestizos. Por lo tanto, debían producir artículos propios de su etnia, que no tuvieran competencia y en los que lograran desarrollar habilidades y capacidades que reconocieran de sí mismas.

El resultado fue la conformación de cinco microempresas: *Krosticoco, Instrumentos y artesanías “mi Pacífico”, Fuerzas amigas, Mujeres emprendedoras y Repostería “mi Pacífico”*. Los nombres propuestos por las líderes comunitarias resaltaron dos atributos: el producto por vender y las características de las integrantes del grupo. Esto se vio reflejado en la siguiente intervención:

Avance en que debemos ser emprendedoras, tener cualidades, ser responsables; no trabajar detrás de un escritorio, sino saber las necesidades de la comunidad y aportar con la causa [MR].

Al concebirse como emprendedoras, se fortalecieron y se animaron a avanzar en su proyecto para alcanzar el sueño, a pesar de los conflictos internos: procesos similares no finalizados en el municipio. Esto llevó a explicar la organización jerárquica de la microempresa y la importancia de los roles necesarios para obtener el éxito, para lo cual se designó entre las participantes una presidente, una vicepresidente, una tesorera, una secretaria, una fiscal y una jefe de ventas. Esta situación causó un conflicto por la responsabilidad y la importancia del proyecto para ellas, de manera que fue necesario programar una actividad en la cual cada una, según sus habilidades y capacidades, reflexionara acerca de qué sería capaz de hacer en su microempresa. Producto de esto, surgieron estas reflexiones:

Yo no quiero ser la presidenta porque eso es una responsabilidad muy grande y si pasa algo yo debo poner la cara [MR].

Yo pienso que soy buena para hacer cuentas y con lo que he aprendido aquí podría ser la tesorera de mi grupo [MC].

Por consiguiente, las líderes comunitarias entendieron como grupo que para echar a andar su microempresa debían organizarse, participar en equipos de trabajo, efectuar un análisis del riesgo-beneficio, generar estrategias de emprendimiento y venta y, lo más importante, gestionar recursos para mantenerla y hacerla crecer en equipo. Esto les permitió

contribuir con la economía del municipio y disminuir no sólo la pobreza económica sino la de activos sociales y culturales. Un ejemplo de lo anterior se deduce de la siguiente declaración:

Para recibir ayuda de los demás, tengo que ser recursiva; no esperar que me lo den todo [MC].

Es importante aclarar que las microempresas estaban en proceso de legalización, ya que se buscaba que las líderes comunitarias no perdieran los beneficios que recibían por parte del Estado como subsidio de *Familias en Acción*.

Discusión

La OMS, en un estudio sobre el impacto del empoderamiento para optimizar la salud, concluyó que “aunque los procesos participativos son la base del empoderamiento, la participación por sí misma es insuficiente si las estrategias no fortalecen la capacidad de enfrentar a instituciones no receptivas u opresivas y de reparar los desequilibrios de poder” (28). En un estudio sobre la *incidencia en el empoderamiento a comunidades atendidas por organizaciones de desarrollo y paz en Colombia* y otro que “explora experiencias de empoderamiento”, se destacan acciones de empoderamiento de varios proyectos, donde se promueve la autoconfianza, la autoestima y el reconocimiento de capacidades y habilidades como agentes de cambio en sus comunidades. En Colombia, los proyectos dirigidos a empoderar individuos reportan un aumento de la capacidad de gestión y el sentido de pertenencia con lo que están realizando, particularidades destacadas en los resultados de la aplicación del programa de capacitación en estudio (18, 29, 30).

Así las cosas, es necesario incrementar el empoderamiento de las mujeres, sobre todo de las que forman parte de los colectivos más marginados, generando políticas y soluciones adaptadas culturalmente, que les permitan acceder a los recursos, al empleo y a servicios sociales que benefician a la comunidad. Además, es preciso impulsar en ellas el emprendimiento económico alternativo como parte de las estrategias de supervivencia familiar en cooperación, para la lucha contra la pobreza y

la construcción de un nuevo desarrollo social con equidad. Los procesos dirigidos al desarrollo de capacidades, habilidades y aumento de oportunidades de pequeños productores para mejorar su vida (11) procuran un rol más activo en la familia y en la sociedad.

El empoderamiento organizacional promueve la eficiencia de acciones, programas y políticas que se desarrollan al incidir sobre la capacidad de gestión y que animan al uso de herramientas de planeación, seguimiento y evaluación, impulsando la participación y la toma de decisiones sobre problemas y soluciones que afectan sus vidas. En este sentido, el empoderamiento permitió a las líderes la vinculación con diferentes sectores sociales que pudieran favorecer la modificación de la situación de pobreza y la exclusión, abriendo espacios de participación y fortalecimiento democrático (11).

Conclusiones

El programa de APS: CDHC, con participación y emprendimiento comunitario, logró empoderar a las líderes comunitarias afrocolombianas de Guapi, Colombia, a nivel individual, organizacional y comunitario. Estas mujeres obtuvieron mayor espiritualidad y competencia cultural, crecimiento en la toma de decisiones en equipo, en conjunción con instituciones gubernamentales y privadas, así como estabilidad y control con la participación de sus microempresas.

Las líderes manifestaron principalmente autorreconocimiento, autoconcepto, autoestima, fortalecimiento de habilidades y capacidades para realizar con alegría sueños con proyección a mediano y largo plazo. Estos logros se presentaron porque ellas se capacitaron como emprendedoras, guías y responsables de microempresas que aportan con trabajo en equipo a la familia y al municipio, con fe, amor, alegría, unión y redes de apoyo que contribuyen al manejo del tiempo libre y al emprendimiento en favor del desarrollo humano.

Para la enfermería, el desarrollo de este tipo de proyectos permite el avance de la competencia cultural, lo cual implica que el profesional de enfermería conozca la comunidad, comprenda los saberes populares, desarrolle habilidades en el trabajo con poblaciones en condición de vulnerabilidad, como es el caso de Guapi, y suscite la conciencia de lo que significa trabajar con estas

poblaciones. En definitiva, la enfermera puede aportar desde su saber profesional a este tipo de comunidades, por lo que se recomienda continuar con este tipo de proyectos en las comunidades vulnerables.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a las líderes que participaron de forma comprometida y desinteresada, a la Fundación Franciscana da Amor FUNDAMOR, a las entidades territoriales del municipio de Guapi y a la División de Extensión Bogotá (DEB) por el apoyo financiero al proyecto 23745.

Referencias

- (1) World Health Organization (WHO)/Pan American Health Organization (PAHO). Declaración de Almá-Atá: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Almá-Atá, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 [comunicado de prensa en Internet]. Washington: World Health Organization (WHO)/Pan American Health Organization (PAHO); 1978 [acceso: 18 mar 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS). Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [comunicado de prensa en Internet]. Ottawa: Organización Mundial de la Salud (OMS); 1986 [acceso: 02 abr 2015]. Disponible en: <https://mpps.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
- (3) Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud, México [sede web]. México, D.F.: Dirección General de Promoción de la Salud, México; 2014 [actualizada 13 feb 2014; acceso: 20 oct 2015]. Promoción de la salud [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgpps/interior1/promocion.html>
- (4) Franco-Giraldo A. Atención Primaria en Salud (APS): ¿de regreso al pasado? Rev Fac Nac Salud Pública [revista en Internet]. 2011 [acceso: 02 jun 2015];30(1):83-94. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a10>

(5) Organización de las Naciones Unidas (ONU), Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio: informe de 2015 [informe en Internet]. Nueva York: Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas; 2015 [acceso: 15 may 2016]. Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf

(6) Erazo MI, Jiménez MC, López C. Empoderamiento y liderazgo femenino; su papel en la autogestión comunitaria en el corregimiento El Hormiguero-Valle del Cauca. Av Psicol Latinoam [revista en Internet]. 2014 [acceso: 15 dic 2016];32(1):149-157. Disponible en: DOI: [dx.doi.org/10.12804/apl32.1.2014.10](https://doi.org/10.12804/apl32.1.2014.10)

(7) Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Entender la pobreza desde la perspectiva de género. Santiago de Chile: Unidad Mujer y Desarrollo-Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2004.

(8) Vakis R, Rigolini J, Lucchetti L. Los olvidados: pobreza crónica en América Latina y el Caribe [libro en Internet]. Washington D.C.: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2015 [acceso: 15 nov 2016]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/21552/Left%20Behind%20Overview%20SPANISH.pdf?sequence=5>

(9) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre desarrollo humano 2013. El ascenso del Sur: progreso humano en un mundo diverso [informe en Internet]. Washington D.C.: Communications Development Incorporated; 2013 [acceso: 16 may 2017]. Disponible en: http://www.undp.org/content/dam/venezuela/docs/undp_ve_IDH_2013.pdf

(10) República de Colombia, Gobernación de Antioquia, Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Lineamientos para la promoción de la salud con sentido humano en Antioquia. Medellín: Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia; 2010.

(11) Senso E. El empoderamiento en el contexto de la cooperación para el desarrollo: el poder de los desempoderados [tesis de maestría en Internet]. Almería: Proyecto Kalú; 2009-2011 [acceso: 21 ago 2015]. Disponible

en: <http://myslide.es/documents/empoderamiento-en-el-contexto-de-cooperacion-para-el-desarrollo-esther-senso.html>

(12) República de Colombia, Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [norma en Internet]. Diario Oficial no. 47.957 (19/01/2011) [acceso: 08 julio 2016]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

(13) Organización Mundial de la Salud (OMS). Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud [comunicado de prensa en Internet]. Sundsvall: Organización Mundial de la Salud (OMS); 1991 [acceso: 25 feb 2014]. Disponible en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10208/4_declaracion_de_Sundsvall.pdf

(14) Barreto YM, Velásquez VF, López AL. Empoderamiento comunitario: análisis desde investigación acción participativa en la creación de cinco microempresas, Guapi-Cauca. En: Tercer Congreso Internacional del Cuidado de la salud. San Juan de Pasto: Universidad Mariana; 2016 [acceso: 12 mar 2017]. pp. 143-152. Disponible en: <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/1008/0>

(15) Buelga S. El *empowerment*: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria. En: Gil M (Dir.). Psicología social y bienestar: una aproximación interdisciplinar [libro en Internet]. Valencia: Universidad de Valencia; 2007 [acceso: 15 may 2017]. pp. 154-173. Disponible en: https://www.uv.es/lisis/sofia/sofia_empower.pdf

(16) Zimmerman MA. Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis. In: Rappaport J, Seidman E (Eds.). Handbook of community psychology [book on the Internet]. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2000 [access: 01 Nov 2016]. pp. 43-63. Available from: DOI: [10.1007/978-1-4615-4193-6_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4193-6_2)

(17) Ministerio de Salud y Protección Social/Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud: componente demográfico. Tomo I [informe en Internet]. Bogotá: Ministerio de

Salud y Protección Social/Profamilia; 2015 [acceso: 29 jul 2017]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>

(18) Canal M (col.). Incidencia en el empoderamiento de comunidades atendidas por Programas de Desarrollo y Paz y fundaciones petroleras [libro en Internet]. Bogotá: Facultad de Administración, Universidad de los Andes; 2010.

(19) Bivort BM. Estrategias de superación de la pobreza: agencia, ciudadanía y redes en el Programa Puente. *Theoria*. 2005;14(2):9-16.

(20) Morote R. Vidas que se hacen historia. Subjetividad y empoderamiento: dos generaciones de mujeres líderes sociales. Lima: Centro de Estudios & Publicaciones (CEP); 2011.

(21) Giger JN, Davidhizar R. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):185-188.

(22) República de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo general 2005. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); 2008.

(23) Barreto-Zorza YM, Velásquez-Gutiérrez VF. Centro de Desarrollo Humano Comunitario: programa para familias afrocolombianas desde la investigación acción participativa. *Rev Salud Pública* [revista en Internet]. 2016 [acceso: 15 may 2017];18(5):768-781. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n5.43160>

(24) Friedemann ML. The framework of systemic organization: a conceptual approach to families and nursing. California: SAGE Publications; 1995.

(25) Boyle JS. Estilos de etnografía. En: Morse JM (Ed.). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; 2003. pp. 185-214.

(26) Guber R. *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2004.

(27) República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución n.º 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas,

técnicas y administrativas para la investigación en salud [norma en Internet]. 04/10/1993 [acceso: 15 may 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

(28) World Health Organization (WHO). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? [report on the Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 [access: 2017 May 12]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf

(29) Rodríguez DE, González MR. Exploración de la experiencia de empoderamiento en personas con discapacidad física integradas al aula regular. *Psicogente*. 2012;15(27):153-167.

(30) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Sostener el Progreso Humano: reducir vulnerabilidades y construir resiliencia [informe en Internet]. Washington D.C.: Communications Development Incorporated; 2014. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/2014HDR/HDR-2014-Spanish.pdf>

Representação social do suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas

Representación social del suicidio en personas con problemas relacionados con el consumo de drogas

Social representation of suicide among people with drug-related problems

• Luiza Cantão¹ • Nadja Cristiane Lappann Botti² •

•1• Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São João del Rei. Divinópolis-MG, Brasil. E-mail: lulucantao@hotmail.com

•2• Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora Adjunta IV, Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São João Del-Rei. Divinópolis-MG, Brasil. E-mail: nadjaclb@terra.com.br

Recibido: 13/11/2016 Aprobado: 29/04/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n2.61014



Resumo

Objetivo: Conhecer os significados do comportamento suicida para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas.

Metodologia: Estudo qualitativo, abordagem da teoria das representações sociais, com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de pessoas em uso abusivo de álcool e drogas. Realizou-se entrevista semiestruturada e leitura dos prontuários dos 22 participantes. O recurso metodológico para análise dos resultados foi a análise de conteúdo de Laurence Bardin.

Resultados: Emergiram três categorias: *A tentativa de suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas; O contexto de vulnerabilidade do comportamento suicida para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas; e O contexto de proteção do comportamento suicida para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas.*

Conclusão: Pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas acreditam que o comportamento suicida está associado ao desespero, descrédito pessoal, transtornos mentais, abandono familiar e falta de fé. Entendem que há maior risco de comportamento suicida entre eles, mas que existem pontos que atuam como protetores contra este comportamento.

Descritores: Suicídio; Tentativa de Suicídio; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Usuários de Drogas (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Comprender el significado del comportamiento suicida en personas con problemas relacionados con el uso de drogas.

Metodología: Estudio cualitativo con enfoque en la teoría de las representaciones sociales, desarrollado en usuarios de un Centro de Atención Psicossocial para el tratamiento de personas en uso abusivo de alcohol y drogas. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y una lectura de las historias clínicas de los 22 participantes. El análisis de los resultados se llevó a cabo mediante el análisis de contenido de Laurence Bardin.

Resultados: Surgieron las siguientes tres categorías del estudio: *Intento de suicidio en personas con problemas relacionados con el uso de drogas; Contexto de vulnerabilidad del comportamiento suicida en personas con problemas relacionados con el uso de drogas; y Contexto de protección del comportamiento suicida en personas con problemas relacionados con el uso de drogas.*

Conclusiones: Las personas con problemas relacionados con el uso de drogas consideran que la conducta suicida se asocia a la desesperación, al descrédito personal, a los trastornos mentales, al abandono de la familia y a la falta de fe. Ellos entienden que hay mayor riesgo de comportamiento suicida entre sí, pero también, que existen factores que actúan como protectores de este comportamiento.

Descritores: Suicidio; Intento de Suicidio; Transtornos Relacionados con Sustancias; Consumidores de Drogas (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To understand the meaning of suicidal behavior among people with drug-related problems.

Methodology: Qualitative study, focused on Social representations theory and conducted on Psychosocial Care Center for the treatment of People in Abusive Use of Alcohol and Drugs. Semi-structured interviews and a reading of the medical records of the 22 participants were carried out. The analysis of the results was performed using the Laurence Bardin's content analysis.

Results: Three categories emerged from the study, as follows: *Suicide attempt among people with drug-related problems; Vulnerability context of suicidal behavior among people with drug-related problems; Protection context of suicidal behavior among people with drug-related problems.*

Conclusions: People with drug-related problems think that suicidal behavior is associated with despair, personal disrepute, mental disorders, family abandonment, and lack of faith. They realize that there is an increased risk of suicidal behavior among them, but that there are also factors that act as protective of this behavior.

Descriptors: Suicide; Suicide, Attempted; Substance-Related Disorders; Drug Users (source: DECS BIREME).

Introdução

Substâncias psicoativas são aquelas capazes de atuar no sistema nervoso central, como as drogas psicotrópicas que podem causar abuso ou dependência (1). O uso abusivo dessas substâncias é um problema de saúde pública multidimensional que afeta pessoas em todo o mundo e, portanto, exige investimento em pesquisas na área da saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) atenta para a relação entre o uso abusivo dessas substâncias e o comportamento suicida, conforme demonstrado por estudos internacionais (4, 5). O comportamento suicida apresenta-se como um *continuum* que abrange ideação, tentativas e o suicídio consumado (2) e tem como fator de risco a presença de transtornos mentais (3).

Um estudo brasileiro também indicou essa relação na avaliação de comportamentos de risco entre jovens (6). Autópsias psicossociais de 46 casos de suicídios apontam como principais fatores de risco os transtornos mentais e o uso de drogas, principalmente o *crack*, entre os homens; e os quadros depressivos, associados ou não ao uso de drogas, entre as mulheres (7).

Dada a relevância da associação entre uso abusivo de drogas e comportamento suicida, este estudo tem como objetivo conhecer os significados do comportamento suicida para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. A proposição básica é a de que as representações em seus discursos permitem entender como eles percebem a questão acerca do comportamento suicida e como pensam os fatores de risco e protetivos deste fenômeno.

Nesse contexto, ressalta-se a importância da compreensão desses fenômenos para a enfermagem. Já que a assistência às pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas com comportamento suicida não se limita aos serviços especializados, espera-se que os enfermeiros estejam preparados para lidar e assistir essas situações, visando a prevenção da antecipação do fim da vida.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem da teoria das representações sociais. A escolha deu-se porque este tipo de pesquisa apresenta como termos estruturantes da investigação os verbos: *compreender* e *interpretar*; e os substantivos: *experiência*, *vivência*, *senso comum* e *ação social* (8). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFSJ com parecer n.º 748 899 de 11/08/2014.

O estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPSAD-III) de uma cidade do oeste de Minas Gerais (Brasil). A amostra foi do tipo intencional e os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos e não apresentar comorbidades psiquiátricas registradas no prontuário; o critério de exclusão compreendeu pessoas que, no momento da entrevista, não apresentaram condição psíquica para responder, como sedação e agitação psicomotora.

A definição do número de entrevistados deu-se por meio do critério de saturação por repetição, ou seja, a coleta de dados foi finalizada a partir do momento em que não surgiram elementos/significados novos. Sendo assim, os pacientes que se incluíam nos critérios de inclusão do estudo foram convidados a participar da pesquisa totalizando 22 participantes. Foi solicitado ao enfermeiro supervisor do serviço informar aos pacientes que não se encontravam nos critérios estabelecidos. Aos demais, foi informada a finalidade e objetivos da pesquisa e seu desenvolvimento. O convite para participar da pesquisa foi feito individualmente.

As entrevistas ocorreram em sala reservada no próprio serviço mediante leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Tiveram duração média de 40 minutos, foram gravadas e, em seguida, transcritas literalmente e identificadas pela letra "E" seguida do número referente à ordem da entrevista a fim de garantir o anonimato dos participantes.

A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2015 em duas etapas: a primeira referente à entrevista e a segunda, à leitura de prontuário. Para realização das entrevistas utilizou-se um roteiro norteador que foi pré-testado para assegurar o alcance dos objetivos da pesquisa, sendo necessário redefinir a ordem das perguntas. O roteiro final foi composto pelas questões: *O que você pensa sobre quem tenta suicídio? Para você,*

uma pessoa com problemas com álcool ou outras drogas tem maior risco de cometer suicídio? Poderia me explicar em que momento? Para você, existem coisas que ajudam a não pensar em suicídio?

O referencial metodológico utilizado para análise das entrevistas foi a Análise de Conteúdo (9). O referencial teórico utilizado foi a teoria das representações sociais. Esta teoria possibilita entender e desvendar uma realidade, reconhecer, preservar a identidade e explicar os costumes e práticas de determinados grupos e conhecer as justificativas de determinadas condutas e ações. Destarte, contribui para o entendimento de diferentes situações envolvendo o processo saúde-doença em sua totalidade, sendo ferramenta importante nas pesquisas de enfermagem (10). Tal referencial foi utilizado buscando-se conhecer as representações entre pacientes com problemas relacionados ao uso de drogas em tratamento relacionado ao comportamento suicida.

Resultados

Participaram do estudo 22 pacientes com idade entre 23 e 52 anos, a maioria do sexo masculino, dividindo-se entre 19 homens e três mulheres. Destes, apenas um era casado e metade apresentava histórico de comportamento suicida. Os diagnósticos presentes são da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª edição (CID-10), e apresentam-se neste estudo com seus respectivos códigos. Os diagnósticos encontrados nesta pesquisa foram dependência de álcool (código F10 da CID-10), de cocaína/crack (código F14 da CID-10) e de múltiplas substâncias (código F19 da CID-10) (ver Quadro 1).

As categorias geradas a partir da análise temática dos dados foram: *Tentativa de suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas; Contexto de vulnerabilidade do comportamento suicida para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas; Contexto de proteção do comportamento suicida para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas* (ver Quadro 2).

Pôde-se observar que os entrevistados acreditam que as pessoas que fazem o uso problemático de drogas e apresentam comportamento suicida compartilham de sentimentos de desespero, desesperança e fraqueza, de descrença em Deus, têm algum transtorno psiquiátrico e experimentam

falta de apoio familiar. Também foi possível identificar que o comportamento suicida pode ocorrer em qualquer momento do curso de uso —intoxicação, abstinência ou recaída— e quais fatores atuam como protetivos deste comportamento (ver Quadro 2).

Quadro 1. Características pessoais dos clientes com problemas relacionados ao uso de drogas em tratamento no CAPSAD-III com e sem histórico de comportamento suicida

Entrevistados com história de comportamento suicida	Entrevistados sem história de comportamento suicida
E2: Homem, 34 anos, solteiro, F19.	E1: Homem, 43 anos, divorciado, F10.
E3: Homem, 38 anos, separado, F14.	E4: Homem, 40 anos, separado, F14.
E5: Homem, 42 anos, casado, F10.	E6: Homem, 40 anos, solteiro, F19.
E7: Homem, 23 anos, solteiro, F14.	E9: Homem, 45 anos, solteiro, F10.
E8: Homem, 40 anos, solteiro, F19.	E12: Homem, 42 anos, solteiro, F10.
E10: Homem, 48 anos, separado, F19.	E13: Mulher, 40 anos, solteira, F19.
E11: Homem, 31 anos, separado, F10.	E14: Homem, 49 anos, solteiro, F10.
E15: Mulher, 43 anos, solteira, F19.	E19: Homem, 52 anos, separado, F19.
E16: Homem, 35 anos, solteiro, F19.	E20: Homem, 27 anos, solteiro, F14.
E17: Homem, 35 anos, solteiro, F19.	E21: Homem, 30 anos, solteiro, F19.
E18: Mulher, 24 anos, solteira, F19.	E22: Homem, 49 anos, separado, F10.

Fonte: Dados da Pesquisa

falta de apoio familiar. Também foi possível identificar que o comportamento suicida pode ocorrer em qualquer momento do curso de uso —intoxicação, abstinência ou recaída— e quais fatores atuam como protetivos deste comportamento (ver Quadro 2).

Tentativa de suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas

A ideia de transtorno psiquiátrico associado ao comportamento suicida e a necessidade de cuidado é identificada pelos entrevistados:

A pessoa que tenta suicídio precisa de tratamento, principalmente porque é uma questão

psicológica e psiquiátrica [E18].

Os entrevistados revelam que a tentativa de suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas representa desespero:

A minha opinião é que a pessoa está desesperada, já não pensa mais em nada na vida e de repente ela quer dar um fim na sua vida. A pessoa quando está desesperada se sente assim, eu mesmo já me senti assim, com vontade de pular da ponte, pular na frente de um caminhão, é desespero, aconteceu comigo [E17].

Segundo os pacientes, o risco de suicídio ocorre em função do próprio sofrimento e descrédito pessoal:

Todos têm o risco de tentar suicídio, não só quem faz o uso de álcool ou de droga, porque, para mim, o motivo é a falta de fé consigo mesmo, a pessoa acha que não da conta de encarar os problemas, acha que a melhor maneira é se matar, suicidar para acabar com aqueles problemas. Isso não é culpa só do álcool nem da droga, isso aí é geral, da sociedade em geral, não existe culpado, culpada é a própria pessoa [E3].

A falta de apoio ou abandono familiar também se encontra como situação presente na tentativa de suicídio de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas:

[...] A pessoa que tenta suicídio

Quadro 2. Categorias identificadas no estudo separadas por presença ou ausência de histórico de comportamento suicida

Tentativa de suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas		Contexto de vulnerabilidade do comportamento suicida para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas		Contexto de proteção do comportamento suicida para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas	
Com história de comportamento suicida	Sem história de comportamento suicida	Com história de comportamento suicida	Sem história de comportamento suicida	Com história de comportamento suicida	Sem história de comportamento suicida
Descrédito E3, E7, E8, E18.	Descrédito Sem relato	Recaída E2, E7, E16, E20.	Recaída Sem relato	Relações afetivas E2, E3, E7, E8, E10, E19.	Relações afetivas E1, E4, E14.
Desespero E5, E17, E20.	Desespero E22.	Abstinência E17, E19, E21.	Abstinência Sem relato	Ocupação/ Distração E8, E15, E18, E20.	Ocupação/ Distração E9, E22.
Descrença em Deus E15.	Descrença em Deus E12, E14.	Intoxicação E2, E5, E8, E18.	Intoxicação E9, E13, E14, E22.	Fé em Deus E3, E5, E7, E8, E15, E16, E17, E19.	Fé em Deus E6, E9, E12, E14.
Transtorno psiquiátrico E16, E18, E19, E21.	Transtorno psiquiátrico E9.			Tratamento E18, E21.	Tratamento E18, E21.
Fraqueza E3.	Fraqueza E4, E6, E13.				
Falta de apoio familiar Sem relato	Falta de apoio familiar E12.				

Fonte: Dados da Pesquisa

é a pessoa que não tem ajuda da família [...], quando a família abandona a pessoa, deixa a pessoa para a rua, não se importa com a pessoa [E12].

O comportamento suicida entre pessoas que fazem o uso problemático de drogas pode ser reflexo da falta de fé e descrença em Deus:

A pessoa que tenta suicídio é uma pessoa que não tem fé em nada, porque quem tem fé em Deus não faz isso. Suicídio, na minha opinião, é coisa errada na mente da pessoa que fez, eu não sei. Deus não deixou isso para o outro fazer [E14].

Contexto de vulnerabilidade do comportamento suicida para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas

O risco de comportamento suicida entre pessoas que fazem uso problemático de drogas independente do curso de uso, isto é, pode ocorrer durante a intoxicação, abstinência ou recaída.

[*Na intoxicação*] O álcool ou a droga encorajam a pessoa a fazer o que ela quer, faz a pessoa criar coragem para fazer aquilo que ela está pensando, então se ela está pensando em suicídio e se ela está bebendo ou usando droga é o momento que ela escolhe para fazer isso [E2].

[*Na abstinência*] Porque com o tempo a pessoa não aguenta mais. Os pensamentos viram uma bola de neve, a pessoa não consegue decidir as suas coisas, assim a única opção que a pessoa tem é suicidar. Quando a pessoa não tem nada para usar, que vem o perigo, porque enquanto ele tem aquilo é bom, mas quando vem a abstinência, que a pessoa não tem a substância para usar, que tenta o suicídio [E19].

[*Na recaída*] A droga ou o álcool são refúgios para esquecer qualquer problema, mas a partir do momento que você faz o uso de álcool ou droga, fica com mais problemas ainda, a situação fica mais complicada. Por isso que a droga ou o álcool faz com que a pessoa tente suicídio. Quando você está sem fazer o uso de álcool e droga, a recaída vem sete vezes pior do que você usá-la todo dia. Então você usa maior quantidade que você usava. E quando a pessoa cai, quando está sem usar, usa, quando dorme e acorda de ressaca pensa «nossa, o que eu fiz!?!». Então aí começa aquelas perguntas na sua cabeça, então é onde a pessoa não consegue se controlar, por isso que tenta o suicídio [E7].

Contexto de proteção do comportamento suicida para pessoas com problemas

relacionados ao uso de drogas

Para as pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, mesmo em situação de vulnerabilidade quando o comportamento suicida é um possível desfecho, ainda existem pontos que atuam como protetivos, como a fé em Deus ou religião:

Deus pode ajudar, frequentar uma igreja, por exemplo, ficar próximo de Deus, começar a ir à igreja, rezar; aí ajuda a não pensar em suicídio. Deus vai estar com a pessoa e não é para essa pessoa suicidar não. Ele vai dar uma vida melhor! [E17].

O comportamento suicida entre as pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas pode ser evitado pela relação afetiva:

Um bom amigo ou amiga, ou alguém que entenda a pessoa, que possa compreender, conversar, ou um lugar bonito, um animal que você tenha uma boa amizade [E8].

O risco de suicídio pode ser evitado através de estratégias como a ocupação e distração:

A primeira coisa é tentar ocupar a cabeça com alguma coisa, ocupar a mente [...] conversar com alguém, fazer alguma coisa, arrumar algum trabalho para fazer; essas coisas ajudam a distrair e a desviar o pensamento suicida [E20].

Tem que ter muito divertimento, procurar uma festa, procurar uma cachoeira para tomar um banho, estar alegre com todo mundo; assim se esquece de tudo [E9].

A ideia de transtorno psiquiátrico associado ao comportamento suicida e a necessidade de cuidado são identificadas como fatores de risco e, neste sentido, se verifica que o tratamento psiquiátrico e cuidado atuam como fator de proteção:

Eu acho muito, é entrar para um AA (Alcoólicos Anônimos), para uma instituição, ter apoio das pessoas que trabalham no serviço de tratamento e dão apoio, conversar... [E12].

Discussão

A maioria dos pacientes em tratamento no CAPSAD-III apresenta histórico de comportamento suicida. Um estudo apontou uma conotação negativa do crack entre seus usuários, associando-o às concepções de destruição e perdas afetivas, familiares e materiais (11). O abuso/dependência de drogas e os problemas relacionados aumentam o risco de tentativa de suicídio entre pessoas que tiveram ideação no último ano (12).

Faz-se importante conhecer o perfil de pessoas com comportamento suicida a fim de se pensar estratégias de prevenção. Sentimentos e situações que podem contribuir para esse perfil incluem humor depressivo, diagnósticos psiquiátricos, uso de álcool e drogas, insatisfação permanente (13). Representações como fraqueza, falta de fé e falta de diálogo familiar foram encontrados em uma pesquisa que buscou conhecer fatores de risco para o suicídio em uma cidade brasileira com alto índice deste fenômeno (13).

A OMS corrobora os achados ao elencar como fato-

res de risco para a ocorrência do suicídio, além do próprio transtorno relacionado ao uso de substâncias, relacionamentos conflituosos, desesperança e falta de apoio social (3). Outro estudo que encontra associação com estes resultados revela quatro principais grupos de risco envolvidos no comportamento suicida: transtornos mentais, alcoolismo, impulsividade e abuso infantil (14).

Desespero, sofrimento e descrédito pessoal expressam o sofrimento psíquico que acompanha a vivência subjetiva e social das pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. Nesse contexto, o suicídio está associado ao sofrimento e desesperança. A existência de sofrimento com ausência de solução ou impossibilidade de ver outras saídas pode ser observada nas pessoas que tentam o suicídio como busca de solução ao sofrimento (15). Neste caso, a tentativa representa uma forma de findar a intensa angústia sofrida. A pessoa que escolhe morrer, via de regra, está submersa em uma angústia avassaladora (16).

Observa-se fragilidade da rede de apoio das pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas que, muitas vezes, apresentam histórico de abandono ou ausência de apoio familiar, como representado neste estudo. Em geral, identificam-se, entre as consequências da dependência de drogas, o agravamento de eventuais conflitos e dificuldades existentes no cotidiano familiar (17). O problema relacionado ao uso de drogas abrange um conjunto de fatores —individuais, coletivos, sociais e familiares—, sendo que, em nível individual, observa-se prejuízo no comportamento e funções executivas como redução no processamento cognitivo, prejuízo no raciocínio geral e dificuldade de atenção e memória em usuários de cocaína e *crack* (18). O impacto familiar deve-se à ocorrência de violência doméstica, física, psicológica e patrimonial, como observado em um estudo que aponta o uso de álcool e *crack* pelo companheiro íntimo como fator de risco para a companheira, produzindo relações desestruturadas devido ao medo e interferindo na qualidade de vida (19).

A fragilidade da rede de apoio das pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas também pode atuar como precipitador do comportamento suicida, revelando a importância do resgate

desses vínculos no tratamento. Vivências de rejeição, histórias de abusos e perdas podem agir como eventos adversos e possíveis motivadores para o suicídio (20). Assim, a tentativa de suicídio se constitui um modo de lidar com a dor de existir, decorrente de vivências de situações traumáticas (16). Entre as representações sociais dos pacientes sobre as drogas encontra-se angústia, tristeza, solidão, lembrança das perdas e danos decorrentes das drogas, violência, morte e suicídio (21).

O contexto de vulnerabilidade do comportamento suicida para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, mostrou-se relacionado à história de vida e de dificuldades próprias da intoxicação, abstinência e recaída.

A intoxicação alcoólica aguda pode agir como gatilho para pensamentos suicidas e tentativas entre pessoas em situação de risco e influenciar o potencial de letalidade da tentativa de suicídio. Um estudo polonês com pacientes alcoolistas em tratamento e com histórico de tentativa de suicídio mostra que mais de 2/3 dos pacientes relataram tentativas mais graves de suicídio durante o consumo pesado de álcool. Entre as características relacionadas ao comportamento suicida no período de intoxicação alcoólica encontram-se: sexo masculino, idade jovem, maior gravidade de dependência de álcool e maior ocorrência de tentativas não planejadas (22). Por outro lado, um estudo mexicano acerca das tentativas de suicídio entre pacientes de um hospital geral mostrou que as tentativas premeditadas se associavam mais ao consumo anterior de álcool e cannabis quando comparadas àquelas não planejadas (23).

Geralmente, adultos em tratamento para transtorno de uso de drogas apresentam sintomas de afeto negativo e transtorno depressivo. Um estudo norte americano acerca de mudanças na autoeficácia para abstinência durante o tratamento mostra que, na admissão, as pessoas com sintomas depressivos apresentam menor autoeficácia, particularmente em situações de afeto negativo. A autoeficácia para abstinência aumenta significativamente durante o tratamento, independentemente do status do transtorno depressivo (24).

A comorbidade de depressão com abuso de drogas aumenta o risco de suicídio. Um estudo mexicano sobre os fatores associados com a depressão e tentativas de suicídio entre pacientes em tratamento para abuso de drogas mostra que 68,4%

apresentavam depressão atual, e 28,1%, tentativa de suicídio no último ano. Entre os fatores associados com tentativas de suicídio atuais foram: receber um diagnóstico de depressão antes do consumo de drogas e tentativas de suicídio anteriores ao uso de drogas (25).

A representação social do suicídio como única opção no momento de abstinência pode estar associada à influência exercida pela crença das pessoas em seus comportamentos (26). Desta maneira, estas falas validam o comportamento suicida para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, já que a única opção que tem é suicidar-se.

Entre os desafios no tratamento da dependência de drogas encontra-se o fenômeno da recaída. Estudos mostram, como representações desta experiência, sentimentos negativos como culpa, raiva, remorso, vergonha, mágoa, frustração, solidão, tristeza, angústia e desesperança. Esses sentimentos podem ser desencadeados pela oposição entre sua identidade anterior, como abstinência, e seu atual comportamento de lapso ou recaída (27, 28). Neste sentido, essa representação negativa pode produzir falta de esperança em relação à recuperação, podendo o suicídio ser pensado como única possibilidade.

Essa representação negativa também é encontrada nos serviços de saúde. Os profissionais muitas vezes têm suas ações influenciadas por estigmas que envolvem os usuários de drogas, como ideias de culpabilização ou de que essas pessoas não têm força de vontade, acarretando aos profissionais ausência de interesse em desenvolver ações de cunho preventivo e assistencial a esse público (29). Para as pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, encontram-se como fatores protetivos do comportamento suicida a fé em Deus ou religião, relação afetiva, ocupação ou distração e tratamento psiquiátrico.

Um estudo internacional realizado com pacientes em tratamento em serviços de saúde mental diagnosticados com abuso de drogas corrobora os achados deste estudo ao apontar como fatores de proteção para o comportamento suicida: ter razões para viver, senso de responsabilidade com a família, apoio de redes sociais e familiares, espiritualidade, atividades de trabalho ou escola, continuidade de tratamento dos transtornos mentais ou físicos, crença de que o suicídio é imoral e medo da morte devido à dor (30). Outra investigação também reforça o que foi encontrado nesta pesquisa, ao apontar a

satisfação de vida, autoestima, percepção de coesão familiar e apoio social como fatores atenuantes contra a desesperança e ideação suicida (31).

Considerações finais

Os resultados encontrados possibilitaram conhecer a representação social de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas acerca do comportamento suicida. Pôde-se observar que esse público acredita que o ato suicida está relacionado com sentimentos de desespero, descrédito pessoal, transtornos mentais, abandono familiar e com a falta de fé. Entendem que há maior risco de comportamento suicida entre eles, mas que existem pontos que atuam como protetivos deste comportamento.

Acredita-se que este estudo possa auxiliar todos os profissionais que trabalham com pessoas com problemas oriundos do uso de álcool e outras drogas. Além disso, pode orientar os serviços gerais que atendem esse público na reflexão sobre estratégias de prevenção do comportamento suicida entre essa população e no entendimento da importância da estimulação dos fatores protetivos, como promoção da espiritualidade, trabalhar as redes de apoio social, reinserção social e laboral e atenção e cuidado à saúde psicossocial.

Ressalta-se ainda, a partir dessas considerações, a importância desses achados para a prática assistencial e de pesquisa da enfermagem. Os agravos aqui mencionados podem ser identificados em qualquer nível de assistência, não se restringindo apenas aos serviços especializados, o que confirma a importância do conhecimento desses dados para prevenir mortes que podem ser evitadas.

Referências

- (1) Ronzani TM. Ações integradas sobre drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas. Juiz de Fora: Ed Juiz de Fora; 2013.
- (2) Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- (3) World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization (WHO); 2014.

- (4) Page A, Morrell s, Hobbs c, Carter G, Dudley M, Duflou J *et al.* Suicide in young adults: psychiatric and socio-economic factors from a case-control study. *BMC Psychiatry* [serial on the Internet] 2014 [access: 2015 Dec 07];14:68. Available from: DOI: 10.1186/1471-244X-14-68
- (5) Silva D, Vicente B, Saldivia s, Kohn R. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile: un estudio poblacional. *Rev Méd Chile* [revista en Internet]. 2013 [acceso: 16 ene 2016];141(10):1275-1282. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001000006>
- (6) Ores LC, Quevedo LA, Jansen K, Carvalho AB, Cardoso TA, Souza LD *et al.* Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 16 jan 2016];28(2):305-312. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200009>
- (7) Sena-Ferreira N, Pessoa VF, Boechat-Barros R, Figueiredo AE, Minayo MC. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet] 2014 [acesso: 20 abr 2016];19(1):115-126. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.2229>
- (8) Minayo MC. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet] 2012 [acesso: 20 abr 2016];17(3):621-626. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- (9) Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- (10) Morera JA, Padilha MI, Silva DG, Sapag J. Aspectos teóricos e metodológicos das representações sociais. *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet] 2015 [acesso: 16 jan 2016];24(4):1157-1165. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003440014>
- (11) Branco FM, Sousa MN, Brito NC, Rocha VL, Medeiros JM, Silva Junior FJ *et al.* Compulsão, criminalidade, destruição e perdas: o significado do crack para os usuários. *Enferm Foco* [periódico na Internet] 2012 [acesso: 20 dez 2015];3(4):174-177. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/414/181>
- (12) Borges G, Orozco R, Medina ME. Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública Méx* [revista en Internet] 2012 [acceso: 16 ene 2016];54(6):595-606. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v54n6/a08v54n6.pdf>
- (13) Moraes SR, Sousa GM. Representações sociais do suicídio pela comunidade de dormentes-PE. *Psicol Ciênc Prof* [periódico na Internet] 2011 [acesso: 20 abr 2016];31(1):160-175. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000100014>
- (14) Leiva-Murillo JM, López-Castromán J, Baca-García E, EURECA Consortium. Characterization of suicidal behaviour with self-organizing maps. *Comput Math Methods Med* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Apr 20];2013:1-9. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/136743>
- (15) Ramos IN, Falcão EB. Suicídio: um tema pouco conhecido na formação médica. *Rev Bras Educ Med* [periódico na Internet] 2011 [acesso: 20 abr 2016];35(4):507-516. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000400010>
- (16) Freitas G. A morte pode esperar? Clínica psicanalítica do suicídio. *Stylus* (Rio J) [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 16 jan 2016];(31):215-222. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/stylus/n31/n31a22.pdf>
- (17) Medeiros KT, Maciel sc, Sousa PF, Tenório-Souza FM, Dias CC. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. *Psicol Estud* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 16 jan 2016];18(2):269-279. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000200008>
- (18) Ferreira VR, Colognese BT. Prejuízos de funções executivas em usuários de cocaína e crack. *Aval Psicol* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 16 Jan 2016];13(2):195-201. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v13n2/v13n2a07.pdf>
- (19) Trigueiro TH, Labronici LM. Chemical dependency as a risk factor for domestic violence against women. *Online Braz J Nurs* [serial on the Internet] 2011 [access: 2016 Apr 20];10(2):1-9. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20113266>

- (20) O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behavior. *Lancet Psychiatry* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Sep 18];1(1):73-85. Available from: DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- (21) Giacomozzi AI. Representações sociais da droga e vulnerabilidade de usuários de CAPSAD em relação às DST/HIV/AIDS. *Estud Pesqui Psicol* [periódico na Internet] 2011 [acesso: 18 set 2016];11(3):776-795. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812011000300004
- (22) Klimkiewicz A, Ilgen MA, Bohnert AS, Jakubczyk A, Wojnar M, Brower MK. Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland. *Alcohol Alcohol* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Sept 18];47(5):571-576. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1093/alcal/ags069>
- (23) Reyes-Tovilla JE, Hernández-Yáñez HD, Peralta-Jiménez Y, Ramón-Frías T, Juárez-Rojop I, Pool-García S et al. Differences between patients that made an impulsive or premeditated suicide attempt in a Mexican population. *Int J Psychiatry Med* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Apr 20];49(1):63-74. Available from: DOI: [10.2190/PM.49.1.e](https://doi.org/10.2190/PM.49.1.e)
- (24) Greenfield BL, Venner KL, Kelly JF, Slaymaker V, Bryan AD. The impact of depression on abstinence self-efficacy and substance use outcomes among emerging adults in residential treatment. *Psychol Addict Behav* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Jan 16];26(2):246-254. Available from: DOI: [10.1037/a0026917](https://doi.org/10.1037/a0026917)
- (25) Ortiz-Gómez LD, López-Canul B, Arankowsky-Sandoval G. Factors associated with depression and suicide attempts in patients undergoing rehabilitation for substance abuse. *J Affect Disord* [serial on the Internet] 2014 [access: 2016 Jan 16];169:10-14. Available from: DOI: [10.1016/j.jad.2014.07.033](https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.07.033)
- (26) Torres CV, Neiva ER. *Psicologia social: principais temas e vertentes*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- (27) Rezende MM, Pelicia B. Representação da recaída em dependentes de crack. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [periódico na Internet] 2013 [acesso: 20 abr 2016];9(2):76-81. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v9n2/pt_05.pdf
- (28) Carvalho FR, Brusamarello T, Guimarães AN, Paes MR, Maftum MA. Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. *Colombia Méd* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 16 jan 2017];42(Supl 1):57-62. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v42n2s1/v42n2s1a7.pdf>
- (29) Ronzani TM, Noto AR, Silveira PS, Casela AL, Andrade BA, Monteiro EP et al. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas. *Juiz de Fora*: Ed Juiz de Fora; 2014.
- (30) Al-Sharqi AM, Sherra KS, Al-Habeeb AA, Qureshi NA. Suicidal and self-injurious behavior among patients with alcohol and drug abuse. *Subst Abuse Rehabil* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Abr 20];3:91-99. Available from: DOI: <https://doi.org/10.2147/SAR.S22515>
- (31) Chioqueta AP, Stiles TC. The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation: identification of protective factors. *Crisis* [serial on the Internet]. 2007 [access: 2016 Abr 20];28(2):67-73. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.2.67>

Bem-estar espiritual e coping religioso/espiritual em pessoas com insuficiência renal crônica

Bienestar espiritual y afrontamiento religioso/espiritual en personas con insuficiencia renal crónica

Spiritual well-being and spiritual/religious coping in people with chronic kidney disease

• Thaila Oliveira Zatiti Brasileiro¹ • Valéria Helena Salgado Souza² • Andressa Anuniação de Oliveira Prado³ • Rogério Silva Lima⁴ • Denismar Alves Nogueira⁵ • Erika de Cassia Lopes Chaves⁶ •

•1• Enfermeira, Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Brasil.
E-mail: thailazatiti@hotmail.com

•2• Mestre em Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Brasil.
E-mail: valeriasouza533@hotmail.com

•3• Enfermeira. Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Brasil.
E-mail: andressa.a.prado@hotmail.com

•4• Mestre em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Brasil.
E-mail: rogerio.lima@unifal-mg.edu.br

•5• Doutor em Estatística e Experimentação Agropecuária. Docente do Instituto de Ciências Exatas, Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Brasil.
E-mail: denismar@unifal-mg.edu.br

•6• Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Brasil.
E-mail: erika.chaves@unifal-mg.edu.br

Recibido: 05/10/2016 Aprobado: 25/04/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n2.60359



Resumo

Objetivo: Avaliar a variação temporal e a correlação entre o bem-estar espiritual e *coping* religioso/espiritual de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico.

Metodologia: Estudo descritivo, analítico e longitudinal. A amostra inicial contou com 118 participantes com perda de 31 ao final das coletas, o que reduziu a amostra final para 87 participantes. Foram aplicados, por meio de entrevista, o questionário sociodemográfico e clínico, a Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Breve (CRE-Breve) e a Escala de Bem-estar Espiritual (EBE) em três coletas distintas, realizadas a cada dois meses.

Resultados: Verificou-se que as pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise fazem uso do enfrentamento religioso e espiritual. A média do CRE positivo foi 3,34, que reflete um escore alto. O EBE total e o EBE religioso associaram-se significativamente à importância dada à religião/espiritualidade ($p < 0,001$).

Conclusão: Os pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico entrevistados neste estudo utilizam o *coping* religioso/espiritual de forma positiva e significativa, da mesma forma que consideram importante a religião/espiritualidade em suas vidas.

Descritores: Espiritualidade; Insuficiência Renal; Diálise Renal (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Evaluar la variación temporal y la correlación entre el bienestar espiritual y el afrontamiento religioso/espiritual en personas con insuficiencia renal crónica sometidas a hemodiálisis.

Metodología: Estudio descriptivo, analítico y longitudinal. La muestra inicial contó con 118 participantes, pero al final de la recopilación de datos hubo una pérdida de 31, lo que redujo la muestra a 87. Se aplicaron mediante entrevistas el cuestionario sociodemográfico y clínico, la *Escala de Coping Religioso/Espiritual Breve* (CRE-Breve) y la *Escala de Bem-estar Espiritual* (EBE). La recopilación de datos se realizó en tres etapas, con intervalos frecuentes de dos meses.

Resultados: Se encontró que las personas con insuficiencia renal crónica sometidas a hemodiálisis suelen recurrir al afrontamiento religioso y espiritual. La media positiva de CRE fue de 3,34, lo que reflejó una alta puntuación. Por su parte, el EBE total y el EBE religioso se asociaron significativamente con la importancia que se le da a la religión/espiritualidad ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis utilizan el afrontamiento religioso/espiritual de manera positiva y significativa; así mismo, consideran importante la religión/espiritualidad en sus vidas.

Descriptorios: Espiritualidad; Insuficiencia Renal; Diálisis Renal (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To assess temporal variation and correlation between spiritual well-being and spiritual/religious coping in people with chronic kidney disease on hemodialysis.

Methodology: Longitudinal, descriptive and analytical study. Initial sample was composed of 118 participants, but at the end of data collection, there was a loss of 31 participants, which is why the sample was reduced to 87. A socio-demographic and clinical questionnaire, the Brief Spiritual/Religious Coping Scale (Brief-srCOPE Scale), and The Spiritual Well-Being Scale (swB) were applied using interviews. Data collection were carried out in three stages, at two-month frequent intervals.

Results: It was found that people with chronic kidney disease on hemodialysis tend to resort spiritual and religious coping. The spiritual/religious coping mean positive was 3.34, reflecting a high score. On the other hand, total swB and the religious swB were significantly associated with the importance given to spirituality/religion ($p < 0.001$).

Conclusions: Patients with chronic kidney disease on hemodialysis make use of spiritual/religious coping positively and significantly; likewise, they regard religion/spirituality as important in their lives.

Descriptors: Spirituality; Renal Insufficiency; Renal Dialysis (source: DECS BIREME).

Introdução

A insuficiência renal crônica (IRC) é considerada um problema de saúde pública em consequência das suas elevadas taxas de mortalidade e morbidade (1, 2). É definida como a perda das funções renais, que ocorre de forma lenta, irreversível e progressiva. Os sintomas começam a aparecer após uma perda de mais de 50% da função renal, e são considerados sutis, como a hipertensão, edema de olhos e pés e anemia leve. Estes sintomas evoluem até que a capacidade renal alcance 10% a 15% da normal (3).

Quando a pessoa é diagnosticada com IRC, inicia-se o tratamento com terapias conservadoras, o que inclui o tratamento dietético, medicamentoso e o controle da pressão arterial (4). Entretanto, quando o tratamento conservador não é capaz de manter a qualidade de vida do paciente e começam a aparecer múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade renal de manter a homeostasia do organismo, o indivíduo precisa se submeter à hemodiálise (HD), um procedimento que tem a finalidade de apoiar a função renal, removendo substâncias tóxicas e o excesso de líquido por meio de uma máquina especializada (3).

O número estimado de pacientes que realizam tratamento dialítico ao ano no Brasil é maior que 111 000 (5). Nesse contexto, as pessoas que carecem desta terapia apresentam dificuldades no seu dia a dia que acarretam diversas alterações biopsicossociais. Essas alterações interferem na qualidade de vida do paciente com alterações da imagem corporal, restrição hídrica e alimentar, perda do emprego e perda das suas funções, entre outros (1). Tais mudanças podem, por sua vez, colaborar para a incidência de depressão, ansiedade e estresse (6).

A (HD) representa uma esperança para esses pacientes, uma vez que a doença é irreversível. Entretanto, observa-se dificuldade na adesão do paciente ao tratamento, pela negação da doença, pelos prejuízos no convívio social e também pelas repercussões em sua imagem corporal. Assim, muitos procuram na religião e na fé uma forma de encontrar apoio e alívio para o seu sofrimento (7).

Neste contexto, a espiritualidade desponta como uma dimensão humana capaz de promover significado à vida e, conseqüentemente, de favorecer hábitos saudáveis e contribuir para o enfrentamento do sofrimento advindo da doença renal, do seu tratamento e de suas conseqüências (8, 9).

Religião e espiritualidade são conceitos distintos (10). Eles podem estar relacionados, porém, não são sinônimos. A religião envolve uma fé particular em que as pessoas realizam atividades em grupo e partilham de uma mesma crença (11). Por outro lado, a espiritualidade é vista como um fenômeno mais simples que a religiosidade e refere-se a valores transcendentais e aos modos pelos quais as pessoas descobrem um propósito para suas vidas (12).

A espiritualidade é definida por Koenig *et al.* (13) como uma busca interior de respostas sobre o significado e sentido da vida e o relacionamento com o sagrado ou com o transcendente, podendo ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas. Relaciona-se aos valores íntimos, com a completude interior, harmonia e conexão com os outros (14, 15).

Já a religiosidade pode ser compreendida como uma extensão da crença do indivíduo, como ele a pratica e se participa de uma organização religiosa ou não. Refere-se ao grau de envolvimento religioso e como isso influencia em seus hábitos e atividades cotidianas (1, 16).

O real impacto das experiências religiosas e espirituais são de difícil compreensão. No entanto, a espiritualidade tem sido compreendida como um recurso interno que favorece a aceitação da doença, o empenho pelo restabelecimento, estimula o contato e aceitação de ajuda de terceiros e até a reabilitação da saúde (2, 17).

O uso da religião, crenças e comportamentos religiosos, das possíveis manifestações da espiritualidade como alternativas para o enfrentamento das condições adversas de saúde e estressores da vida é denominado *coping* religioso/espiritual (18, 19). Estudos mostram que as estratégias de *coping* são melhores preditores dos resultados das experiências relacionadas ao estresse que as medidas religiosas (20, 21).

O bem-estar espiritual é entendido como a percepção subjetiva da pessoa sobre sua crença (22). Para Marques (17), o bem-estar espiritual exprime a

abertura da pessoa para a dimensão espiritual, que possibilita integração da espiritualidade com outras dimensões de sua vida, potencializando sua capacidade de crescimento e renovação. É uma experiência de apoio e de fortalecimento, buscada voluntariamente, para o enfrentamento bem sucedido (17).

É importante que profissionais da área da saúde, sobretudo enfermeiros, que constantemente estão ao lado do paciente, percebam a relevância da religião e da espiritualidade na vida das pessoas sob seus cuidados e compreendam suas implicações no convívio com a doença renal crônica. O profissional deve notar que esses atributos podem influenciar a experiência do adoecimento e tratamento e que enxergar a pessoa com IRC para além de sua dimensão biológica é um passo fundamental para o cuidado integral na prática clínica (23).

As estratégias de *coping* religioso/espiritual podem tornar-se ferramentas relevantes na avaliação espiritual das pessoas e auxiliá-las a utilizar seus próprios recursos internos de forma mais eficaz, no enfrentamento da doença renal e seu tratamento (2, 19). Logo, enfatiza-se a necessidade de ampliar o conhecimento e a discussão sobre a influência do *coping* religioso/espiritual e do bem-estar na recuperação de pacientes com condições crônicas.

Este estudo tem por objetivo avaliar a variação temporal e a correlação entre o bem-estar espiritual e *coping* religioso e espiritual de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico e a forma como são utilizados.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, longitudinal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 17149113.0.0000.5142) conforme diretrizes e normas para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos. Obteve-se o consentimento dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O delineamento longitudinal foi adotado por explorar fenômenos dinâmicos, controlar as diferenças individuais e permitir o acompanhamento do desenvolvimento dos indivíduos e variáveis associadas ao longo do tempo (24). Na literatura disponível não foram encontrados estudos com essa metodologia aplicados ao assunto.

A população do estudo foi composta por 160 pacientes com IRC em tratamento em uma unidade de HD, de um hospital filantrópico de Minas Gerais, avaliados no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014. O objetivo do estudo foi avaliar o bem-estar espiritual e a autoestima de pacientes com IRC em HD e a relação entre elas (25). A amostra por conveniência iniciou-se na primeira coleta com 118 pacientes que atenderam aos critérios de elegibilidade: ter idade igual ou superior a 18 anos, estar consciente de sua identidade e situado no tempo e espaço e com capacidade para expressar-se verbalmente. Durante a segunda e terceira coletas, 31 pacientes desistiram, faleceram ou mudaram de unidade para realização da HD, o que reduziu a amostra para 87 pacientes.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário sócio-demográfico e clínico, com o objetivo de caracterizar os participantes quanto aos aspectos demográfico, clínico e espiritual/religioso, a Escala de *Coping* Religioso/espiritual Breve (CRE-Breve) e a Escala de Bem-estar Espiritual (EBE). O questionário sócio-demográfico e clínico foi submetido a um processo de refinamento por um grupo de três juízes com experiência no tema investigado que avaliaram quanto a aparência e conteúdo.

A CRE-Breve é uma versão resumida da Escala de *Coping* Religioso/Espiritual validada para o Brasil por Panzini e Bandeira (26), adaptada da Escala *Brief-RCOPE* elaborada por Pargament et al. (18). Possibilita avaliar a aplicação de ferramentas religiosas e espirituais para lidar com estressores relevantes. A CRE-Breve consiste em 49 itens, 34 referentes ao CRE-Positivo e 15 referentes ao CRE-Negativo (27). As respostas variam de 1 (*nunca*) a 5 (*muitíssimo*) na escala tipo Likert de 5 pontos; a pontuação obtida permite a análise e entendimento dos dados com o cálculo do escore. Para análise da consistência interna dos itens da CRE-Breve, foi utilizado o alfa de Cronbach de 0,88 (26).

A EBE foi elaborada por Paloutzian e Elisson em 1982 (28) e foi adaptada e validada para o Brasil por Marques, Sarriera e Dell'Aglio em 2009 (17), cuja consistência interna foi de 0,92, demonstrando alta fidedignidade. Esta escala é formada por 20 itens subdivididos em duas subescalas, com 10 itens cada: a subescala de bem-estar religioso (EBE religioso), que contém referência a Deus; e a subescala de bem-estar existencial (EBE existencial), que não faz referência a Deus (22).

Os itens da escala permitem respostas que variam de “concordo fortemente” a “discordo fortemente”. Para o escore geral de bem-estar espiritual, os pontos equivalem aos intervalos de 20 a 40, 41 a 99 e 100 a 120 e, nas duas subescalas, os intervalos são 10 a 20, 21 a 49 e 50 a 60 pontos, para baixo, moderado e alto bem-estar espiritual, respectivamente (22, 28). Os resultados da EBE foram considerados positivos para escore alto, e negativo para moderado e baixo (22, 29).

A análise de consistência interna, calculada pelo alfa de Cronbach, dos itens da Escala de Bem-estar espiritual demonstraram alta fidedignidade, sendo que os coeficientes foram 0,83 para *EBE existencial*, 0,80 para *EBE religioso* e 0,90 para o fator geral, bem-estar espiritual. Estes valores estão próximos aos encontrados na validação da escala por Marques *et al.* (30) que foram, respectivamente, 0,85, 0,92 e 0,92.

A coleta dos dados foi realizada durante as sessões de (HD), por meio de entrevista. A entrevista tem a finalidade de facilitar e agilizar a união dos dados obtidos e contornar possíveis limitações dos respondentes, como por exemplo, dificuldades de leitura e escrita (31). Ressalta-se que as perguntas foram lidas pela pesquisadora, com o cuidado de evitar qualquer tipo de interpretação.

Foram realizadas três coletas com o mesmo indivíduo no período de estudo, com observações repetidas ao longo do tempo e com intervalos de dois meses entre as coletas. A realização de três coletas teve a finalidade de comparar a utilização do *coping* pelo paciente em (HD) ao longo do tempo.

Os dados coletados foram agrupados em um banco de dados usando uma planilha eletrônica e posteriormente avaliado pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17.0, para análise descritiva. Para o estudo longitudinal, foram utilizados modelos lineares generalizados com GEE (*Generalized Estimation Equations*) (32) para avaliar a associação das variáveis com o tempo. Esta análise foi realizada no programa estatístico R (33), pacote *geepack* (34), onde foram estimados os parâmetros da regressão longitudinal (modelo marginal) assumindo uma matriz de covariância com estrutura permutável. O nível de significância adotado no estudo foi de 5%.

Resultados

Características sócio-demográficas, clínicas e religiosas/espirituais

Dos 87 participantes do estudo, 57,5% eram do sexo masculino. Observou-se a prevalência de baixa escolaridade e renda familiar (ver Tabela 1). A média de idade dos entrevistados foi de 58 anos (DP = 12,81).

Tabela 1. Caracterização do perfil sócio-demográfico da amostra analisada, Minas Gerais, 2015 (n = 87)

Características sócio-demográficas		f (%)
Sexo	Feminino	37 (42,5)
	Masculino	50 (57,5)
Escolaridade	Sem escolaridade	12 (13,8)
	Fundamental incompleto/completo	55 (53,2)
	Ensino Médio incompleto/completo	10 (11,5)
	Superior incompleto/completo	10 (11,5)
Estado civil	Casado/a	53 (61,0)
	Solteiro/a	17 (19,5)
	Divorciado/a	9 (10,3)
	Viúvo/a	6 (6,9)
	Outros	2 (2,3)
Ocupação	Sim	7 (8,0)
	Não	2 (2,3)
	Aposentado	50 (57,5)
	Auxílio Doença*	23 (26,4)
	Dependente da família	5 (5,8)
Renda familiar mensal	Um salário mínimo**	32 (36,8)
	De dois a três salários	44 (50,6)
	De quatro a cinco salários	6 (6,9)
	Mais de 6 salários	5 (5,7)

*Benefício cedido pelo governo a pessoas que não trabalham devido a problema de saúde e recebem auxílio doença.

** Valor salário mínimo: 678,00 reais.

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao tempo de tratamento hemodialítico, 65,5% pacientes realizavam HD há menos de cinco anos; 18,4% entre cinco e dez anos e 16,1% pacientes há mais de dez anos. A média do tempo de tratamento foi de 4,47 anos (DP = 4,57).

Entre os 87 participantes, 58,6% apresentavam comorbidade associada. Entre eles, 6,9% tinham diabetes, 25,3% hipertensão e 26,4% mais de uma comorbidade associada.

Quanto às variáveis relacionadas à religiosidade/espiritualidade, 79,3% afirmaram praticar atividade religiosa como rezar/orar/meditar, 74,4% professaram a religião católica e 93,1% consideraram a religião e a espiritualidade como importante ou muito importante em suas vidas; 73,6% são praticantes da crença religiosa professada (ver Tabela 2).

Tabela 2. Descrição das características religiosas e espirituais da amostra analisada. Minas Gerais, 2015 (n = 87)

Características religião/espiritualidade		f (%)
Atividade religiosa	Sim	69 (79,3)
	Não	18 (20,7)
Religião	Católica	65 (74,7)
	Evangélica	19 (21,9)
	Sem religião, mas espiritualizado.	2 (2,3)
	Espírita	1 (1,1)
	Ateu	-
Praticante da crença religiosa	Sim	64 (73,6)
	Não	23 (26,4)
Importância da religião/espiritualidade	Não é importante	1 (1,1)
	Pouco importante	5 (5,8)
	Importante	25 (28,7)
	Muito importante	56 (64,4)

Fonte: Dados da pesquisa.

Para a análise estatística foi considerado o valor médio dos escores dos participantes.

Bem-estar espiritual (EBE)

A média do EBE, obtida pela Escala de bem-estar espiritual total foi de 92,16, que reflete um escore moderado do bem-estar espiritual. A média do EBE religioso foi de 37,53 e do EBE existencial foi de 45,33, enquadrando-se em um escore moderado de bem-estar espiritual. Observa-se que as médias tiveram um comportamento semelhante nas três situações. Quando analisadas ao longo do tempo, verifica-se que não houve uma diferença significativa entre as médias (ver Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos resultados da Escala EBE de acordo com as três avaliações temporais, Minas Gerais, 2015 (n = 87)

Avaliações	Escala EBE	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1ª	EBE total 1ª	50	120	93,59	17,01
2ª	EBE total 2ª	45	116	87,38	12,08
3ª	EBE total 3ª	54	120	95,53	13,00
	EBE total Médio	50	119	92,16	10,65
1ª	EBE Religioso 1ª	19	48	38,16	7,07
2ª	EBE Religioso 2ª	18	46	35,57	5,42
3ª	EBE Religioso 3ª	19	48	38,86	5,64
	EBE Religioso Médio	19	47	37,53	4,46
1ª	EBE Existencial 1ª	24	60	46,49	8,49
2ª	EBE Existencial 2ª	20	59	44,16	6,62
3ª	EBE Existencial 3ª	28	60	47,86	7,05
	EBE Existencial Médio	22	59	45,33	6,23

Fonte: Dados da pesquisa.

Correlação entre EBE e variáveis religiosas/espirituais

Realizou-se uma análise a fim de correlacionar o EBE total e religioso com as variáveis religiosas e espirituais. O EBE total e o EBE religioso associaram-se significativamente à importância dada à religião/espiritualidade ($p < 0,001$); quanto maior a importância atribuída pelo paciente à sua religião/espiritualidade, maior o seu bem estar espiritual e religioso. O EBE existencial também associou-se significativamente à importância dada à religião/espiritualidade com a religião católica ($p = 0,012$), o que sugere que indivíduos adeptos a essa religião apresentam um maior bem-estar espiritual existencial do que praticantes de outras religiões no grupo estudado (ver Tabela 4).

Tabela 4. Valores de p e coeficientes das correlações entre o EBE e as variáveis religiosas, Minas Gerais, 2015 (n = 87)

Variáveis	Coefficiente de correlação (r)	p
EBE total x Importância da religião	0,519	0,000
EBE existencial x Importância da religião	0,585	0,000
EBE existencial x Religião católica	0,626	0,012
EBE religioso x Importância da religião	0,511	0,000

Fonte: Dados da pesquisa.

Coping religioso espiritual (CRE)

De acordo com os resultados, verifica-se que as pessoas com IRC em (HD) fazem uso do enfrentamento religioso e espiritual. A média do CRE positivo foi de 3,34 (escore alto). A média do CRE negativo foi 1,83, enquadrando-se no escore baixo. De acordo com a Tabela 5, os valores de CRE não variam ao longo do tempo.

Tabela 5. Distribuição dos resultados da Escala CRE-Breve durante 6 meses, de acordo com as três avaliações temporais, Minas Gerais, 2015

Avaliações	Escala CRE abreviada	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1ª	CRE positivo 1	1,44	4,82	3,32	0,58
2ª	CRE positivo 2	1,21	4,26	3,28	0,52
3ª	CRE positivo 3	1,41	4,53	3,44	0,55
	CRE positivo médio	1,35	4,28	3,34	0,43
1ª	CRE negativo 1	1,00	3,60	1,82	0,59
2ª	CRE negativo 2	1,00	3,33	1,82	0,57
3ª	CRE negativo 3	1,00	3,73	1,84	0,58
	CRE negativo médio	1,04	3,56	1,83	0,43
1ª	CRE total 1	2,57	7,25	5,14	0,84
2ª	CRE total 2	2,47	7,01	5,11	0,87
3ª	CRE total 3	2,81	7,23	5,28	0,86
	CRE total médio	2,62	7,16	5,17	0,66

Fonte: Dados da pesquisa.

Correlação entre CRE-Breve e variáveis religiosas/espirituais

Também foram analisadas as variáveis religiosas e espirituais associadas ao CRE. O CRE negativo associou-se significativamente com a religião evangélica ($p = 0,001$), o que significa que os pacientes adeptos a essa religião no grupo estudado não buscam a religião para lidar com o estresse causado pela doença. O CRE positivo associado à importância dada à religião/espiritualidade ($p = 0,001$) e à prática de atividade religiosa ($p = 0,003$) pelos pacientes foi significativo. Portanto, os pacientes que consideram a religião/espiritualidade importantes e as colocam em prática buscam apoio nelas para lidar com suas dificuldades (ver Tabela 6).

Tabela 6. Valores de p e coeficientes de correlações entre o CRE e variáveis religiosas, Minas Gerais, 2015 ($n = 87$)

Variáveis	Coefficiente de correlação (r)	p
CRE positivo médio x Importante	0,217	0,001
CRE positivo médio x Atividade religiosa	0,298	0,003
CRE negativo médio x Religião evangélica	0,341	0,001
CRE total médio x Atividade religiosa	-0,251	0,019
CRE negativo médio x Religião evangélica	0,271	0,011

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 7. Coeficientes de correlação entre os escores de Bem-estar e coping religioso, Minas Gerais, 2015

Variáveis		EBE Total Médio	EBE Religioso Médio	EBE Existencial Médio	CRE Positivo Médio	CRE Negativo Médio
EBE Religioso Médio	Coef. de correlação	0,924**	1			
	p	< 0,001	-			
EBE Existencial Médio	Coef. de correlação	0,859**	0,726**	1		
	p	< 0,001	< 0,001	-		
CRE Positivo Médio	Coef. de correlação	0,487**	0,461**	0,432**	1	
	p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	-	
CRE Negativo Médio	Coef. de correlação	-0,285**	-0,214*	-0,279**	0,147	1
	p	0,007	0,046	0,009	0,174	-

Fonte: Dados da pesquisa.

Associações da escala CRE-Breve com a escala EBE

O coeficiente de Correlação de Spearman mostrou associação significativa entre o CRE positivo e o EBE total médio, o EBE religioso médio e o EBE existencial médio ($p < 0,001$). A partir destes dados, pode-se inferir que, quando a pessoa busca apoio na religião/espiritualidade, ela apresenta um maior bem-estar espiritual. Em contrapartida, houve correlação

inversa entre o CRE negativo e o EBE total médio, EBE religioso médio e EBE existencial médio, com valores de p de 0,007, 0,046 e 0,009, respectivamente. Tais dados reforçam a ideia anterior no sentido de que a pessoa que não busca apoio na religião/espiritualidade para sua vida não possui bem-estar espiritual (ver Tabela 7).

Discussão

Neste estudo, a espiritualidade representou um papel fundamental na vida dos pacientes em HD praticantes da sua religiosidade. Sabe-se que espiritualidade e religiosidade são dimensões que podem beneficiar o conforto, a harmonia, podem proporcionar alívio, além de favorecer a prática de valores como a fé, a crença e o amor. Ainda, a espiritualidade pode ser considerada como um recurso para sensibilizar o enfrentamento de situações de vida adversas (10, 35).

No presente estudo, verificou-se que os participantes mantiveram escores moderados do bem-estar espiritual (EBE) total, religioso e existencial ao longo do período das avaliações. Houve similaridade com um estudo que avaliou o bem-estar espiritual e a autoestima de pacientes com IRC em tratamento hemodialítico e investigou a relação entre ambos. Os autores observaram que o nível de bem-estar espiritual de pacientes com insuficiência renal crônica fazendo (HD) apresentou-se moderado (25). Entretanto, as pessoas que consideram a religião/espiritualidade muito importante tiveram seu bem-estar espiritual mais elevado, posto que a prática religiosa pode favorecer a manifestação da espiritualidade (10).

Além disso, notou-se que o bem-estar espiritual está mais ligado com a satisfação geral e sentido para a vida, sem a presença de algo divino, tendo em vista o maior escore obtido no EBE existencial. O que contradiz o estudo de Silva *et al.* (36), que avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde e o bem-estar espiritual de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Neste estudo, a proximidade com Deus ou um ser supremo mostrou-se mais associada ao bem estar espiritual.

No entanto, Davison e Jhangvi (37) evidenciam que as crenças existenciais são capazes de gerar bem-estar, auxiliando as pessoas a lidar com sua doença e a enaltecerem a si mesmas e suas vidas. Nesse sentido, o bem-estar espiritual pode ser entendido como um recurso que está inserido

na capacidade de resiliência e proteção da saúde do paciente com IRC em tratamento hemodialítico. Ele pode auxiliar essas pessoas na assistência e redução de danos do processo saúde-doença, aumentando a qualidade de vida e ajudando no enfrentamento da doença (38).

Verifica-se, neste trabalho, que as pessoas com IRC em (HD) fazem uso do enfrentamento religioso e espiritual. O CRE positivo utilizado pelos participantes como estratégia de enfrentamento da doença foi mais elevado que o CRE negativo e os escores de CRE positivo mantiveram-se constantemente elevados ao longo do período de avaliações. O CRE positivo, definido como a busca pela proteção de Deus, a busca por apoio na literatura religiosa, orar pelo seu bem estar e pelo dos outros e resolver os problemas com a colaboração de Deus, pode ser associado a melhores resultados na saúde física, uma vez que evidências apontam que o CRE positivo é o mais utilizado, especialmente em situações de conflito (20).

Os dados deste estudo também mostram que o CRE positivo foi associado significativamente à importância dada à religião/espiritualidade pelos pacientes e a prática de atividade religiosa, o que corrobora os resultados obtidos no estudo de Valcanti *et al.* (2), em que a religião/espiritualidade foi considerada pelos pacientes como muito importante ou importante em suas vidas, associadas a um escore elevado de *coping* religioso/espiritual e ao enfrentamento positivo mais frequentemente mencionado que o negativo. Portanto, ter a religião como um fator importante na vida e colocá-la em prática contribui significativamente para a utilização do CRE positivo, o que reforça a ideia de que entre as causas para uma associação positiva entre religião e saúde está a criação de emoções positivas pelas práticas e crenças religiosas (20, 39).

As associações significativas entre CRE positivo e EBE total médio, EBE religioso médio e o EBE existencial médio, demonstram que as pessoas com maior espiritualidade apresentam um melhor enfrentamento, e isso não é influenciado pelo tempo, visto que os indivíduos continuam utilizando o CRE positivo mesmo em meio a todas as adversidades advindas da doença e seu tratamento. Segundo Saffari *et al.* (40), a religiosidade desempenha um papel importante não só no estado de saúde da pessoa com IRC como também oferece um mecanismo para o enfrentamento, acarretando melhora na qualidade de vida.

A espiritualidade possui o potencial de aliviar o sofrimento em situações de conflito, embora raramente ela seja valorizada na clínica (41). Logo, de acordo com Saffari *et al.* (40), é importante que os profissionais de saúde entendam a relevância desse enfrentamento para o manejo da doença crônica e seus desdobramentos, uma vez que, se os pacientes forem encorajados, estarão mais preparados para enfrentar qualquer situação de crise e, como consequência, terão melhor qualidade de vida, independentemente das perdas, doenças ou outras fontes de estresse e sentimentos negativos.

A espiritualidade pode afetar a saúde por meio de diversos mecanismos. Crenças existenciais e religiosas podem oferecer esperança, conforto e significados, mesmo em situações de extremo sofrimento (10). Como mencionado, existe um consenso de que a religião e a espiritualidade podem ser usadas como *coping*, e no estudo de Bragazzi e Puente (42), é citada a religião como forma de melhorar o ajustamento psicológico e proporcionar um maior bem-estar existencial, espiritual e religioso. Além disso, quando esses fatores são incentivados, a capacidade de enfrentamento também é maior, o que corrobora o estudo de Walton (43), que afirma a importância da espiritualidade na adaptação a uma nova realidade, em que age como uma força impulsora, acrescida da fé e da presença de um ser supremo, que auxiliam o indivíduo a enfrentar a morte e aceitar a doença.

Conclusão

Os pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise, voluntários deste estudo, consideram a religião/espiritualidade importante em suas vidas, da mesma forma que utilizam o *coping* religioso/espiritual de forma positiva e expressiva. Houve associação significativa entre o *coping* religioso/espiritual e o bem-estar espiritual de forma positiva, demonstrando que os entrevistados com maior espiritualidade apresentam melhor enfrentamento e maior bem-estar espiritual.

Não se encontrou associação significativa entre o *coping* religioso/espiritual e o bem-estar espiritual no período de tempo avaliado; ainda assim, verificou-se que os participantes apresentaram escore moderado de bem-estar espiritual e escore elevado do *coping* religioso/espiritual e permaneceram com os mesmos escores durante esse

recorte temporal. Isto significa que, mesmo com as adversidades do tratamento, eles mantiveram o mesmo nível de bem-estar espiritual e *coping*.

O entendimento das formas de enfrentamento utilizadas pelos pacientes diante de sua condição pode favorecer a promoção do suporte necessário e adequado pela equipe de saúde, de forma a amparar o paciente no enfrentamento da doença e seus intervenientes. O profissional de enfermagem, em sua prática profissional deve compreender a espiritualidade do paciente e reconhecer a maneira com que ela mesma é capaz de influenciar o enfrentamento da sua condição de saúde.

Destaca-se a escassez de estudos experimentais acerca deste tema na literatura. Estudos dessa natureza apontariam, com melhor nível de evidência, a relação entre o bem-estar espiritual e o *coping* religioso/espiritual, o que possibilitaria uma melhor compreensão do fenômeno, mediante a análise e comparação dos resultados.

O fato da maioria dos pacientes ter afirmado possuir alguma religião ou serem espiritualizados é um fenômeno fortemente pessoal e subjetivo. É importante notar que estes resultados não podem ser generalizados e a possibilidade da utilização do *coping* é apenas presumida. Todavia, esse estudo coloca em perspectiva a necessidade de novas pesquisas que se dediquem a investigar e explorar as relações entre o *coping* religioso/espiritual e o bem-estar espiritual.

Agradecimentos

Ao CNPq pelo apoio financeiro.

Referências

- (1) Lucchetti G, Almeida LG, Granero AL. Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address? J Bras Nefrol [serial on the Internet]. 2010 [access: 2016 Mar 10];32(1):128-132. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002010000100020>
- (2) Valcanti CC, Chaves EC, Mesquita AC, Nogueira DA, Carvalho EC. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 10 mar 2016];46(4):838-845. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400008>

- (3) Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian chronic dialysis census 2014. *J Bras Nefrol* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Apr 10];38(1):54-61. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20160009>
- (4) Kusumoto L, Marques S, Haas VJ, Rodrigues RA. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paul Enferm* [periódico na Internet]. 2008 [acesso: 10 mar 2016];21(Spe):152-159. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000500003>
- (5) Santana SS, Fontenelle TT, Magalhães LM. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. *Rev Cient ITPAC* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 07 fev 2016];6(3):1-11. Disponível em: <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/63/5.pdf>
- (6) Stureson A, Ziegert MK. Prepare the patient for future challenges when facing hemodialysis: nurses' experiences. *Int J Qual Stud Health Well-Being* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Mar 8];9(1):1-14. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v9.22952>
- (7) Souza EF, Martino MM, Lopes MH. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2007 [acesso: 08 mar 2016];41(4):629-635. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000400013>
- (8) Vasconcelos EM. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. *Rev Eletrônica Comun Inf Inov Saúde* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 08 fev 2016];4(3):12-18. Disponível em: DOI: [10.3395/reciis.v4i3.381pt](https://doi.org/10.3395/reciis.v4i3.381pt)
- (9) Falconi Filho A. *Perda de pessoas amadas*. São Paulo: Editora EME; 2011.
- (10) Davison SN, Jhangri GS. Existential and supportive care needs among patients with chronic kidney disease. *J Pain Symptom Manage* [serial on the Internet]. 2010 [access: 2016 Mar 8];40(6):838-843. Available from: DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2010.03.015](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.03.015)
- (11) Koenig HG, Larson DB, Larson SS. Religion and coping with serious medical illness. *Ann Pharmacother* [serial on the Internet]. 2001 [access: 2016 Feb 10];35(3):352-359. Available from: DOI: [10.1345/aph.10215](https://doi.org/10.1345/aph.10215)
- (12) Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: spirituality-and-meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer* [serial on the Internet]. 2001 [access: 2016 Mar 10];10(4):272-280. Available from: DOI: [10.1007/s005200100289](https://doi.org/10.1007/s005200100289)
- (13) Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press; 2012.
- (14) Guimarães HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev Psiquiatr Clín* [periódico na Internet]. 2007 [acesso: 15 mar 2016];34(1):88-94. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700012>
- (15) Guerrero GP, Zago MM, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 10 mar 2016];64(1):53-59. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100008>
- (16) Stoppa A, Moreira-Almeida A. Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina. Em: Salgado MI, Freire G (Orgs.). *Religiosidade e saúde*. Belo Horizonte: Inede; 2008. pp. 427-443.
- (17) Marques LF. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. *Psicol Cienc Prof* [periódico na Internet]. 2003 [acesso: 14 fev 2016];23(2):56-65. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932003000200009>
- (18) Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* [serial on the Internet]. 2000 [access: 2016 Feb 12];56(4):519-43. Available from: <http://www.jpsych.com/pdfs/Pargament,%20Koenig%20&%20Perez,%202000.pdf>
- (19) Melaggi AG. O enfrentamento religioso em pacientes portadores de HIV/AIDS: um estudo psicossocial entre homens católicos e evangélicos [tese de mestrado]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2009.

- (20) Panzini RG, Bandeira DR. *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. Rev Psiquiatr Clín [periódico na Internet]. 2007 [acesso: 08 fev 2016];34(1):126-135. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>
- (21) Moreira V, Freire JC. La dépression dans la postmodernité: un desordre des affections ou l'ordre des desaffections? Em: B. Granger, G. Charboneau (Dir.). Phénoménologie des sentiments corporels (Tome 1): douleur, souffrance, dépression. Paris: Le Cercle Hermeneutique; 2003. pp. 111-118.
- (22) Volcan SM, Sousa PL, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 2003 [acesso: 10 mar 2016];37(4):440-445. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000400008>
- (23) Chaves EC, Carvalho EC, Hass VJ. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. Acta Paul Enferm [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 10 mar 2016];23(2):264-270. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200018>
- (24) Mota MM. Metodologia de pesquisa em desenvolvimento humano: velhas questões revisitadas. Psicol Pesq [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 08 fev 2016];4(2):144-149. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v4n2/v4n2a07.pdf>
- (25) Chaves EC, Carvalho TP, Carvalho CC, Grasselli CS, Lima RS, Terra FS *et al.* Associação entre bem-estar espiritual e autoestima em pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise. Psicol Reflex Crít [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 14 fev 2016];28(4):737-743. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528411>
- (26) Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. Psicol Estud [periódico na Internet]. 2005 [acesso: 08 fev 2016];10(3):507-516. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000300019>
- (27) Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 10 mar 2016];45(1):153-165. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100018>
- (28) Paloutzian R, Ellison C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau D, Perlman D (Eds.). Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy. New York: John Wiley and Sons; 1982. pp. 224-234.
- (29) Gastaud MB, Souza LD, Braga L, Horta CL, Oliveira FM, Sousa PL *et al.* Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul [periódico na Internet]. 2006 [acesso: 10 mar 2016];28(1):12-18. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000100003>
- (30) Marques LF, Sarriera JC, Dell'aglio DD. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE). Aval Psicol [periódico na Internet]. 2009 [acesso: 12 fev 2016];8(2):179-186. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n2/v8n2a04.pdf>
- (31) Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC [periódico na Internet]. 2005 [acesso: 10 mar 2016];2(1):68-80. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>
- (32) Ghisletta P, Spini D. An introduction to generalized estimating equations and an application to assess selectivity effects in a longitudinal study on very old individuals. J Educ Behav Stat [serial on the Internet]. 2004 [acesso: 2016 Mar 12];29(4):421-437. Available from: DOI: 10.3102/10769986029004421
- (33) R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2014.
- (34) Højsgaard S, Halekoh U, Yan J. The R Package geepack for Generalized Estimating Equations. J Stat Softw [serial on the Internet]. 2006 [acesso: 2016 Feb 21];15(2):1-11. Available from: DOI: 10.18637/jss.v015.i02

(35) Lephherd L. Spirituality: everyone has it, but what is it? *Int J Nurs Pract* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Feb 10];21(5):566-574. Available from: DOI: 10.1111/ijn.12285

(36) Silva MS, Kimura M, Stelmach R, Santos VL. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2009 [acesso: 21 fev 2016];43(Spe 2):1187-1192. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600007>

(37) Davison SN, Jhangri GS. The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health-related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease. *J Pain Symptom Manage* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Feb 20];45(2):170-178. Available from: DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2012.02.019

(38) Calvetti PÜ, Muller MC, Nunes ML. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicol Estud* [periódico na Internet]. 2008 [acesso: 08 fev 2016];13(3):523-530. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000300013>

(39) Mesquita AC, Chaves EC, Avelino CC, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Rev Latino-Am Enfermagem* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Mar 8];21(2):539-545. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200010>

(40) Saffari M, Pakpour AH, Naderi MK, Koenig HG, Baldacchino DR, Piper CN. Spiritual coping, religiosity and quality of life: a study on Muslim patients undergoing haemodialysis. *Nephrology* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Mar 14];18(4):269-275. Available from: DOI: 10.1111/nep.12041

(41) Rocha AC, Ciosak SI. Chronic disease in the elderly: spirituality and coping. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Mar 5];48(2):92-98. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000800014>

(42) Bragazzi NL, Puente G. Chronic kidney disease, spirituality and religiosity: a systematic overview with the list of eligible studies. *Health Psychol Res* [serial on the Internet].

2013 [access: 2016 Feb 14];1(2):135-140. Available from: DOI: <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e26>

(43) Walton J. Finding a balance: a grounded theory study of spirituality in hemodialysis patients. *Nephrol Nurs J* [serial on the Internet]. 2002 [access: 2016 Mar 14];29(5):447-456. Available from: <https://www.highbeam.com/doc/1G1-94078181.html>

Representações sociais de profissionais da saúde sobre as pessoas vivendo com HIV/AIDS*

Representaciones sociales de profesionales de la salud sobre personas que viven con VIH/SIDA

Social representations
of health professionals
about people living
with HIV/AIDS

• Amanda Regina da Silva Góis¹ • Denize Cristina Oliveira² • Solange Fátima Geraldo da Costa³ •
• Regina Célia de Oliveira⁴ • Fátima Maria da Silva Abrão⁵ •

* A pesquisa fez parte de um estudo multicêntrico denominado *As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de Aids: representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil*.

•1• Mestre em Enfermagem em Promoção da Saúde. Doutoranda no Programa Associado de Pós-graduação da Universidade de Pernambuco e Universidade Estadual da Paraíba. Recife, Brasil.
E-mail: amanda_regina137@hotmail.com

•2• Doutora em Saúde Pública, Pós-Doutora em Psicologia Social. Professora Titular, Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado de Rio de Janeiro (UERJ). Coordenadora Adjunta do Programa de Pós-graduação em Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, Brasil.
E-mail: dcouerj@gmail.com

•3• Doutora em Enfermagem. Professora Titular, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Brasil.
E-mail: solangefgc@gmail.com

•4• Doutora em Enfermagem. Professora Associada, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco. Recife, Brasil.
E-mail: reginac_oliveira@terra.com.br

•5• Doutora em Enfermagem. Professora Associada, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco. Recife, Brasil.
E-mail: fatimabrao@terra.com.br

Recibido: 17/08/2016 Aprobado: 25/04/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n2.59636



Resumo

Objetivo: Compreender as representações sociais de profissionais da saúde sobre os grupos de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Metodologia: Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, exploratório e de teoria das representações sociais. Como cenário, selecionaram-se sete Serviços de Atenção Especializada e um Centro de Testagem e Aconselhamento da capital de um estado do nordeste brasileiro. Quarenta e cinco profissionais de saúde constituíram a amostra. Os dados foram coletados entre dezembro de 2012 e maio de 2013 por meio de roteiro de entrevista semiestruturado. A análise de conteúdo do tipo temática-categorial procedeu-se com o auxílio do software QSR NVivo 9.0.

Resultados: Emergiram as seguintes categorias temáticas: *O homossexual e as sexualidades desviantes; A criança e o adolescente herança da transmissão vertical; A mulher e a feminização do vírus; O idoso, a manutenção da sexualidade e o risco da transmissão; e O pobre e o processo de pauperização da doença.* Evidencia-se que ocorreram transformações nas representações sociais de profissionais da saúde sobre os grupos de pessoas vivendo com HIV/AIDS, considerando-se elementos críticos da vulnerabilidade, como gênero e sexualidade, classe social e faixa etária.

Conclusão: As questões relacionadas a conflitos e discussões sobre gênero, sexualidades desviantes e direitos sexuais e reprodutivos precisam ser inseridas na formação e educação permanente de profissionais da saúde para toda a população sexualmente ativa. A condição de vulnerabilidade entre crianças, adolescentes e mulheres heterossexuais, ainda não é compreendida de forma que favoreça atitudes de apoio emocional para o enfrentamento.

Descritores: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Promoção da Saúde; Pessoal de Saúde; Pesquisa Qualitativa (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Comprender las representaciones sociales de profesionales de la salud sobre grupos de personas que viven con VIH/SIDA.

Metodología: Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio y de la teoría de las representaciones sociales. Como escenario de investigación, se seleccionaron siete servicios de atención especializada y un centro de test y consejo de la capital de un estado del nordeste brasileiro. La muestra se compuso de cuarenta y cinco profesionales de la salud. Los datos fueron recolectados entre diciembre de 2012 y mayo de 2013 por medio de una guía de entrevista semi-estructurada. El análisis de contenido temático-categorial se realizó con la ayuda del software QSR NVivo 9.0.

Resultados: Surgieron del estudio las siguientes categorías temáticas: *El homosexual y las sexualidades desviadas; El niño y el adolescente: herencia de la transmisión vertical; La mujer y la feminización del virus; El adulto mayor: el mantenimiento de la sexualidad y el riesgo de la transmisión; y El pobre y el proceso de pauperización de la enfermedad.* Se observó que se presentaron transformaciones en las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre los grupos de personas que viven con VIH/SIDA, a partir de lo cual el género, la sexualidad, la clase social y el grupo etario se consideraron factores críticos de vulnerabilidad.

Conclusiones: Los problemas relacionados con los conflictos y discusiones sobre género, sexualidades desviantes y derechos sexuales y reproductivos deben ser incluidos en la formación y educación permanente de profesionales de la salud. La condición de vulnerabilidad entre niños, adolescentes y mujeres heterossexuales, todavía no es comprendida de forma que favorezca actitudes de apoyo emocional para el afrontamiento.

Descritores: VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Promoción de la Salud; Personal de Salud; Investigación Cualitativa (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To understand social representations of health professionals about groups of people living with HIV/AIDS.

Methodology: This is a qualitative, descriptive, exploratory study and of social representations theory. Seven specialized care services and one testing and guidance center of the capital of a state in Northeastern Brazil were selected as study setting. The sample was composed by forty-five health professionals. Data were collected between December 2012 and May 2013 by means of a semi-structured interview guide. The theme/category-based content analysis was carried out using QSR NVivo 9.0.

Results: The following thematic categories emerged from the study: *Homosexual and deviant sexualities; Child and adolescent: inheritance of vertical transmission; Woman and the feminization of virus; Elderly: the maintenance of sexuality and transmission risk; and The poor and pauperization process of the disease.* It was noted that there were transformations in social representations of health professionals about the groups of people living with HIV/AIDS, as a result of which gender and sexuality, social class, and age group regarded as critical factors of vulnerability.

Conclusions: The problems associated with a gender conflicts/discussions about gender, deviant sexualities, and sexual and reproductive rights need to be included in continuing education and training of health professionals. The condition of vulnerability among children, adolescents and heterosexual women is not yet understood in a way that favors attitudes of emotional support for coping.

Descriptors: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Health Promotion; Health Personnel; Qualitative Research (source: DECS BIREME).

Introdução

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) foi identificado como agente etiológico da Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) ainda na década de 1980. Antes da descoberta do vírus, o mundo vivenciava a era da liberdade sexual e o crescimento do movimento gay. Surgem então os primeiros casos da AIDS entre homens que praticavam sexo com outros homens e a doença sexualmente transmissível (DST) passa a ser conhecida como GRID (*Gay-Related Immunodeficiency Disease*) ou Doença da Imunodeficiência Relacionada aos Gays (1-3).

Quando usuários de drogas injetáveis, filhos de mulheres infectadas e pacientes que receberam transfusões de sangue passaram a ser diagnosticados com a doença, a atenção voltou-se para novas formas de transmissão. A denominação 5 H's relaciona essa doença às pessoas identificadas como Homossexuais, Hemofílicas, Haitianas, Heroínômanas (usuários de drogas injetáveis) e/ou *Hookers* —do inglês, profissionais do sexo—, concentradas nos grandes centros urbanos (2, 4). Mesmo antes do esclarecimento científico sobre a AIDS, a sociedade iniciou um processo de teorização sobre a doença com as informações que capturavam, sobretudo, entre as informações veiculadas na mídia, baseadas principalmente nas características dos grupos de pessoas doentes e portadores do vírus (5, 6).

Com o passar dos anos, outros grupos começaram a fomentar o cenário epidemiológico da doença. Observa-se a expansão espacial e em número de indivíduos infectados, através do processo de interiorização, além do aumento da concentração entre as camadas mais pobres (pauperização), o crescimento entre as mulheres (feminização) e o consequente aumento da transmissão vertical (3, 4). Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo compreender as representações sociais de profissionais da saúde sobre os grupos de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA).

Materiais e Método

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório e de teoria das representações sociais. A última pode ser considerada como uma forma

de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um dado conjunto social. Sobre a abordagem processual, esta enfatiza o papel das representações nas interações sociais (5).

Como cenário do estudo, selecionaram-se sete Serviços de Atenção Especializada (SAE) e um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) da capital de um estado do nordeste brasileiro. A amostra do estudo não-probabilística aleatória incluiu os profissionais que se enquadraram nos critérios de inclusão e que aceitaram participar do estudo após o convite e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Consideraram-se como critérios de inclusão: ser membro das equipes dos serviços selecionados há mais de seis meses e ter iniciado suas atividades assistenciais em saúde na década de 1980.

A amostra foi composta por dez médicos, seis enfermeiros, quatro psicólogos, quatro assistentes sociais, quatorze profissionais de nível médio (técnicos em enfermagem), dois farmacêuticos, três dentistas, um nutricionista e um educador físico, totalizando quarenta e cinco profissionais. Os dados foram coletados entre dezembro de 2012 e maio de 2013. Um roteiro de entrevista semiestruturada foi utilizado como instrumento. A coleta foi realizada pelos discentes do curso de pós-graduação em enfermagem em promoção da saúde, membros do grupo de estudos e pesquisa vinculado ao programa. Salienta-se que as entrevistas foram gravadas em formato de áudio em equipamento digital e transcritas na íntegra (7).

A análise de conteúdo temática-categorial foi feita com o auxílio do *software QSR NVivo 9.0*. Este *software* permite ao pesquisador encontrar a informação rapidamente, reagrupando e explorando de maneira exaustiva e sistemática as categorias da análise (8). A técnica é composta por três fases: a primeira, *Pré-análise*, consiste na preparação —transcrição das entrevistas e normatização dos textos— e leitura flutuante do corpus. Com o suporte do *software QSR NVivo 9.0*, procedeu-se à segunda fase de *Exploração do material*, na qual realizam-se várias leituras a fim de apreender as ideias principais e os significados gerais presentes no corpus. E, por fim, *Tratamento dos resultados (Inferência e Interpretação)*, fase em que se selecionaram as unidades de significado ou de análise, que emergem através do uso de sentenças, frases ou parágrafos em unidades de

registro (UR) e unidades de contexto (UC) e categorização (7, 8). Destaca-se que o estudo respeitou a resolução 466/12 do Ministério da Saúde (MS), sob o registro CAAE n.º 01080.0.097.000-11.

Resultados e Discussão

Este estudo compreende as representações dos profissionais de saúde sobre os grupos de PVHA e destaca a importância de discutir essas heterogeneidades para a (des)construção estereotipada. Nesse contexto, considerou-se relevante descrever as características sócio-demográficas dos sujeitos de representações, neste estudo, os profissionais da saúde. Os resultados estão listados no Quadro 1.

Quadro 1. Características sócio-demográficas dos profissionais da saúde participantes do estudo, 2017

Características sócio-demográficas dos profissionais da saúde do estudo, 2017	
Formação Profissional	
Técnico	17,4%
Graduação	19,6%
Especialização	47,8%
Mestrado	8,7%
Doutorado	6,5%
Idade	
31 a 40 anos	28,3%
41 a 50 anos	46,7%
51 a 60 anos	26%
Sexo	
Feminino	76%
Masculino	24%
Religião	
Católica	45,8%
Espírita	21,7%
Evangélica	15,2%
Não possuem	17,3%

O homossexual e as sexualidades desviantes

A categoria discute a prevalência de casos de adoecimento relacionados ao HIV contraído por contato sexual, associados à condição de “ser”

homossexual, o que acaba por conferir a essa população o legado que será a marca dos anos 1980 (10-14). A sociedade, de um modo geral, passará a apresentar a AIDS não apenas como uma doença transmitida pelo contato sexual, mas pelo contato sexual entre homossexuais (15-16).

Esse processo de geração da representação da AIDS relacionada à homossexualidade, como revela a categoria pode ser compreendida na UR abaixo, conferindo ao alto número de pacientes masculinos e homossexuais, em detrimento dos outros grupos, como um elemento que ancora essa representação (5). Isso porque, segundo alguns autores da Teoria das Representações Sociais (TRS), estas são construídas a partir de um fenômeno que é tanto cognitivo quanto social, descrito como a elaboração de uma representação de alguém (sujeito) sobre alguma coisa (objeto) (5, 9). Assim, as pessoas criaram teorias (representações) sobre a AIDS e suas formas de transmissão/contágio de acordo com os dados de que dispunham sobre as suas vítimas (6), que nesse momento eram, em sua maioria, homossexuais do sexo masculino, conforme está evidenciado na UR a seguir:

Era um público muito mais masculino, na grande maioria ele era homossexual; mas havia uma grande parcela de heterossexual que se diziam heterossexual, mas que víamos uma bissexualidade [...] como a mídia falava, uma doença preconceituosa, uma doença que foram os homossexuais que trouxeram, estigmatizada, quem pegava era homossexual ou era profissional do sexo [Psicólogo 09].

Um dos participantes do estudo, destaca que a homossexualidade teve grande influência no processo de construção da representação da AIDS, até mesmo sobre os profissionais da saúde. Esse processo de influência da mídia sobre as representações dos grupos de PVHA pode ser

compreendido como um processo de manipulação social, estabelecendo fatores determinantes na construção da representação, dando lugar a teorias espontâneas e versões da realidade que definem o objeto representado (18). Assim, essas definições compartilhadas por um grupo (profissionais da saúde) constituem uma visão consensual da realidade que, nas trocas cotidianas, pode vir a gerar conflitos com outros grupos com representações discordantes (5, 9).

A mídia não influencia apenas a construção das representações do HIV/AIDS associadas à homossexualidade, mas está presente em todo o processo de propagação das informações sobre a epidemia. Contudo, ela é citada nesse momento já que a discussão trata do momento da epidemia em que as considerações médicas e científicas ainda não haviam sido concluídas. A falta de conhecimento científico permitiu que a mídia influenciasse a construção das primeiras teorias sobre o vírus, sobre a doença e suas formas de contágio (5).

Este cenário atribuiu à homossexualidade e à morte um papel central no campo representacional, culminando com a formulação da representação original da AIDS, como revelou uma série de estudos sobre o conteúdo e a estrutura das representações sociais da AIDS no Brasil (9, 6, 14, 19, 20-22).

A mulher e a feminização do vírus

Uma das principais e mais marcantes mudanças do perfil epidemiológico da doença se deu com o aparecimento da síndrome entre mulheres e crianças. Esse fato determinou uma mudança de significado associado à AIDS. Contudo, o aumento do número de casos novos entre a população feminina se iniciou já na década de 1990 e se estabeleceu na década de 2000, quando a proporção de casos entre homens e mulheres passou de 26,5:1 (1985) para 1,5:1 (2015) (23).

Salienta-se a mudança no uso do conceito de grupo de risco, no qual estavam inseridos homossexuais masculinos, para comportamento de risco, que focou a sexualidade feminina e as questões da promiscuidade e prostituição, ou seja, ainda sobre a sexualidade desviante. Nesse contexto, não só homossexuais, mas mulheres estariam também sujeitas ao HIV/AIDS, conforme evidenciado no trecho a seguir:

Como eu só lido com mulher, eu acho que são taxadas de promíscuas. A sociedade, não estou dizendo que é do jeito que eu trato não, são promíscuas, descuidadas. Acho que ainda existe um preconceito muito grande com elas, em relação a tudo [Técnico em Enfermagem 10].

A sexualidade feminina e suas implicações no imaginário social passam por questões históricas, sociais, culturais, econômicas, geopolíticas, religiosas e médicas (4, 24). A violência de gênero, a pobreza e a baixa escolaridade as tornam mais suscetíveis às doenças sexualmente transmissíveis e ao HIV/AIDS. Além disso, a constituição fisiológica e biológica elenca a mulher como receptor do ato sexual, seus órgãos sexuais estão internalizados, favorecendo as infecções sexualmente transmissíveis e as tornando, nesse contexto tecnicista e biológico, mais vulneráveis ao HIV/AIDS (25, 26).

Contudo, a situação de vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS não permaneceu atrelada somente às mulheres em situação de prostituição e com comportamentos considerados promíscuos (4). A AIDS passou a incidir sobre mulheres heterossexuais em relacionamentos estáveis (27). A incidência da doença sobre este grupo pode ser explicada pela associação inicial da doença, bastante divulgada pela mídia, aos homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis, o que resultou na falsa ideia de que as mulheres casadas, heterossexuais e fiéis estavam protegidas do contágio pelo HIV e, por isso, não precisariam usar preservativos durante as relações sexuais:

Uma jovem, casou, foi o primeiro relacionamento dela e ela se descobre pessoa com HIV/AIDS a partir do diagnóstico do marido, que vinha adoecendo [Psicóloga 09].

Entretanto, o primeiro estudo a evidenciar os motivos pelos quais a mulher heterossexual estaria epidemiologicamente mais suscetível à infecção pelo HIV/AIDS destaca que as dificuldades de adoção do sexo seguro entre as mulheres estão relacionadas à dificuldade de negociação do uso do preservativo com seus parceiros, iniciando a discussão das questões de gênero na epidemia do HIV/AIDS no Brasil. Esse fenômeno daria lugar à compressão atual da vulnerabilidade feminina (28) como expressa a UR do profissional.

Diante desse contexto, os paradigmas modernos sobre gênero e relacionamento amoroso ou amor romântico passam por questões que remetem à submissão feminina perante o homem, além do ideário de fidelidade em que o uso do preservativo pode propor ou sugerir infidelidade e, por isso, ele é abolido das relações estáveis (29).

A criança e o adolescente: herança da transmissão vertical

A categoria apresenta como o aumento do número de casos entre a população feminina favoreceu o aparecimento de casos entre crianças, a transmissão vertical e como isso fez com que a assistência à saúde da mulher fosse voltada para as questões reprodutivas novamente. Transformando a representação do HIV/AIDS e transformando os culpados (portadores do vírus) em vítimas, conforme discute a categoria.

A representação da AIDS em crianças remete ao processo de adoecimento. É importante mencionar que as representações sociais dos profissionais da saúde sobre o processo de adoecimento estão relacionadas à compreensão que eles têm sobre o ciclo de vida (nascer, crescer, reproduzir e morrer), no qual não se espera a doença grave (doença de curso crônico ou incurável) e a morte em crianças. Este cenário pode levar o profissional a expressar sentimentos como a angústia e sofrimento (30), como evidenciado na seguinte UR:

[...] Eu tenho pena, a única diferença que eu faço realmente é com criança, eu tenho muita pena de crianças que nascem com HIV, eu tenho pena mesmo [Dentista 14].

Destaca-se que os casos de HIV/AIDS entre crianças começaram a ser notificados em sua maioria entre o início da década de 1990 e 2000, quando se deu a obrigatoriedade do teste de sorologia anti-HIV (23, 31), no pré-natal. Isto representou um grave problema de saúde pública e social, até a instituição da terapia antirretroviral e da profilaxia no trabalho de parto, bem como do acompanhamento da mulher PVHA no puerpério (10, 32).

Atualmente, crianças e adolescentes portadoras do vírus ainda têm que conviver com o preconceito gerado pelo adoecimento e com as noções do imaginário social sobre a estrutura de sua família e as perspectivas sobre relacionamentos futuros, paternidade e maternidade (33), como demonstra a UR em destaque:

Ainda com muito preconceito, apesar de ter mudado muito o perfil. Até os filhos da geração que nasceram HIV positivo são adolescentes ou adultos que sofrem alguns preconceitos e dificuldades de ter filhos, de gestação [Médico 15].

O pobre e o processo de pauperização da doença

A maior influência nos números de casos novos de AIDS advém do processo de pauperização da epidemia. As consequentes situações que este processo desencadeia, como a baixa escolaridade, desemprego e baixo poder aquisitivo, inserem essa população na situação de vulnerabilidade para o HIV/AIDS. As UR abaixo evidenciam o tema:

[...] As pessoas que, no início da epidemia, tinham o HIV, eram pessoas com poder aquisitivo mais alto, e atualmente não. Existe a população mais pobre, falando do ponto de vista econômico,

e a demanda desta população é muito grande e não temos como atender, até um simples meio de transporte para vir para consulta médica, ou para vir colher exame [Assistente Social 07].

Na discussão dessas UR, destacam-se as representações dos profissionais, que resgatam lembranças do início da epidemia, e revelam que, embora os dados epidemiológicos falassem de uma maioria de classe alta e média alta, nos serviços de saúde e nas unidades hospitalares de internamento, os indivíduos mais pobres é que frequentam os serviços.

Sendo assim, elenca-se mais uma transformação da representação inicial —a doença que estava restrita a indivíduos de alto poder aquisitivo, famosos e artistas— agora passa a ser mais prevalente em pessoas vivendo em situação de pobreza. A “doença do outro” como era descrita a AIDS passa a afetar pessoas comuns (5).

Sobre essa discussão, vale destacar que o HIV/AIDS contribui para a ampliação e o fortalecimento das políticas públicas de saúde. No cenário da década de 1980 desponta o processo de redemocratização do país e das lutas sociais em defesa de um Sistema Único de Saúde (SUS) (12). Profissionais que atuaram nesse período também mencionam que a participação social foi essencial, sobretudo das classes média e média alta, que exigiu direito ao acesso a serviços e tratamento de qualidade —até 1998 os planos de saúde não eram obrigados a incluir a AIDS no acesso ao seguro—:

[...] A partir do momento que a classe média resolveu o seu problema com os planos de saúde, o programa AIDS empobreceu [Médico 01].

Mas apontam também que, com o processo de pauperização, o programa de atenção e cuidado ao HIV/AIDS perdeu a pressão da participação social, pois as classes mais pobres não costumam

atuar de maneira direta na luta por seus direitos, conforme mencionado pelo profissional na UR anterior.

O idoso: a manutenção da sexualidade e o risco da transmissão

A categoria aborda o processo de transição demográfica que resultou no aumento da expectativa de vida da população brasileira e subsequente aumento do número de idosos sexualmente ativos. Por não terem sua sexualidade compreendida no contexto da promoção à saúde e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (34), este público não tem o hábito de usar preservativo e/ou realizar testes anti-HIV. As falas a seguir reafirmam a dificuldade de se compreender a sexualidade do idoso e sua vulnerabilidade para o HIV/AIDS:

Foi muito difícil ouvir a história daquela senhora de setenta e seis anos, talvez por isso, me afetou diretamente por eu ser mulher e talvez não conseguir também visualizar uma pessoa tão idosa com HIV/AIDS [Psicólogo 16].

Os profissionais apresentam as ideias que têm das PVHA e demonstram a dificuldade em reconhecer o idoso como indivíduo sexualmente ativo e portador do vírus. Esse fato reflete o imaginário social que estabelece normatizações sobre a sexualidade do idoso, tanto homens quanto mulheres (6).

Considerações finais

Entre os resultados deste estudo, a homossexualidade e as questões relacionadas a conflitos e discussões sobre gênero e sexualidade são temas pouco explorados para a assistência à saúde. Em suas representações, os profissionais demonstram que as sexualidades desviantes (homossexualidade e transexualidade) não são articuladas com elementos dos direitos sexuais e reprodutivos, apontando como necessário inserirem-se essas discussões na formação (graduação) e na educação permanente como tema transversal.

Os resultados do estudo também apontam que a condição de vulnerabilidade entre crianças, adolescentes e mulheres heterossexuais e idosos, ainda não é compreendida de forma que favoreça as atitudes de apoio emocional para o enfrentamento de PVHA sobre sua condição.

Assim, este estudo contribui para a prática da enfermagem ao considerar como elementos críticos da vulnerabilidade, gênero e sexualidade, classe social e faixa etária frente às transformações das representações sociais sobre as PVHA, na promoção da saúde em sua prática profissional.

Agradecimentos

Obteve apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) na modalidade de Bolsa de Mestrado.

Referências

- (1) Green JN. "Mais amor e mais tesão": a construção de um movimento brasileiro de gays, lésbicas e travestis. *Cadernos Pagu*. [Periódico na Internet]. 2000 [acesso: 21 jul 1017];(15):271-295. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635596>
- (2) Portal Brasil [sítio web]. Brasília: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais; 2012 [atualizada: 22 mar 2017; acesso: 22 mar 2017]. História da AIDS [aprox. 5 telas]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/2010/257>
- (3) Kuchenbecker R, Grangeiro A, Veras MA. Global targets, local epidemics: the ultimate challenge for AIDS in Brazil? [Editorial]. *Rev Bras Epidemiol* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Feb 02];18(Suppl 1):5-6. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050002>
- (4) Ayres JR, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. Em: Czeresnia D, Freitas CM (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. pp. 11-9.
- (5) Jodelet D (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EduERJ; 2001.
- (6) Jodelet D. Representações do contágio e a AIDS. Em: Jodelet D, Madeira M (Orgs.). *AIDS e Representações sociais: à busca de sentidos*. Natal: EDUFRN; 1998. pp. 22-43.
- (7) Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 72; 2011.
- (8) Software NVivo 9.0 Microsoft Windows. Manual NVivo 10. QSR International Pty Ltd; 2013.
- (9) Oliveira DC. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 09 abr 2017];21(Spe):276-286. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700034>
- (10) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes [manual na Internet]. Brasília: Departamento de DST, Aids e hepatites virais; 2014 [acesso: 02 fev 2017]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55939/19_06_2015_protocolo_pediatico_pdf_25296.pdf
- (11) Walters KL, Simoni JM, Evans-Campbell TT, Udell W, Johnson-Jennings M, Pearson CR et al. Mentoring the mentors of underrepresented racial/ethnic minorities who are conducting HIV research: beyond cultural competency. *AIDS Behav* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Dec 02];20(Suppl 2):288-293. Available from: DOI: 10.1007/s10461-016-1491-x
- (12) Seffner F, Parker R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 02 fev 2017];20(57):293-304. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0459>
- (13) Dias SR, Oliveira R, Oliveira FB, Moura ME, Nery I, Avelino FV. Viver com HIV em tempos de feminização da AIDS. *Rev Enferm UFPE Online* [periódico na Internet]. 2015 [acesso: dez 10 2016];9(10):9513-9519. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.7944-69460-1-SM.0910201513
- (14) Grangeiro A, Castanheira ER, Nemes MI. A reemergência da epidemia da aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento

- [Editorial]. Interface (Botucatu) [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 16 fev 2017];19(52):5-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0038>
- (15) Terto Jr v. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. Horizontes Antropológicos [periódico na Internet]. 2002 [acesso: 21 jul 2017]; 8(17):147-158. Disponível em DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832002000100008>
- (16) Rodrigues C, Teixeira E, Palmeira IP. Aids na interface com as representações sociais: uma revisão integrativa da literatura. Rev Enferm UFPI [periódico na Internet]. 2013 [acesso:20 jul 2017];2(Spe):19-25. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1467>
- (17) Dantas MS, Abrão FM, Costa SE, Oliveira DC. HIV/AIDS: significados atribuídos por homens trabalhadores da saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 20 mar 2017];19(2):323-330. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150044>
- (18) Silva AC, Reis RK, Nogueira JA, Gir E. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Rev Latino-Am Enfermagem [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 30 jan 2017];22(6):994-1000. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3534.2508>
- (19) Costa ML, Duarte L, Carvalho AG, Barros MF. Fatores associados à infecção pelo HIV entre mulheres pardas ou negras. Ciênc Saúde Coletiva. 2014 [acesso: 20 jul 2017];20(1):235-242. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.16042013>
- (20) Ferrari A, Seffner F. "A morte e a morte"... dos homossexuais. Gênero [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 02 fev 2017];10:189-217. Disponível em: <http://www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/view/48/31>
- (21) Martins ES, Leite RL, Porto TS, Netto OF. Psicanálise e homossexualidade: da apropriação à desapropriação médico-moral. Ide [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 20 mar 2017];36(57):163-177. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ide/v36n57/v36n57a13.pdf>
- (22) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS [informe na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2015 [acesso: 02 fev 2017]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf
- (23) Silva KG, Santiado IF. Um estudo sobre as relações de gênero e sexualidade no processo de feminização e envelhecimento da epidemia do HIV/AIDS. Qualitas Revista Eletrônica [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 20 mar 2017];16(2):128-140. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.18391/qualitas.v15i2.2221>
- (24) Alencar RA, Ciosak SI. Late diagnosis and vulnerabilities of the elderly living with HIV/AIDS. Rev Esc Enferm USP [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Mar 13];49(2):229-235. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200007>
- (25) Ceccon RE, Meneghel SN, Hirakata VN. Women with HIV: gender violence and suicidal ideation. Rev Saúde Pública [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Mar 20];48(5):758-765. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005228>
- (26) Muhlen BK, Saldanha M, Strey MN. Mulheres e o hiv/aids: interseções entre gênero, feminismo, psicologia e saúde pública. Rev Colomb Psicol [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 15 dez 2016];23(2):285-296. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rcp.v23n2.29790>
- (27) Silva CM, Vargens OM. Aids as a disease of the others: an analysis of women's vulnerability. J Res Fundam Care Online [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Mar 20];7(4):3125-3134. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3125-3134>
- (28) Cavalcanti LJ, Silva RA, Nelson AR, Prado NC, Holanda JR, Costa MM. Adolescentes em acolhimento provisório: uma análise investigativa sobre a vulnerabilidade ao HIV. Rev Pesqui Cuid Fundam Online [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 20 mar 2017];7(2):2516-2525. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2516-2525>
- (29) Torres TL, Camargo BV. Representações sociais da AIDS e da Terapia Anti-retroviral para pessoas vivendo com HIV. Psicol Teor Prat [periódico na

Internet]. 2008 [acesso: 2017 mar 20]; 10(1):64-78. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v10n1/v10n1a06.pdf>

(30) Pacheco BP, Gomes GC, Xavier DM, Nobre CM, Aquino DR. Difficulties and facilities of the family to care for children with HIV/AIDS. Esc Anna Nery Rev Enferm [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 dez 30];20(2):378-383. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160052>

(31) Mello MA, Conceição AF, Sousa SM, Alcântara LC, Marin LJ, Raiol MR et al. HTLV-1 in pregnant women from the Southern Bahia, Brazil: a neglected condition despite the high prevalence. Virol J [serial on the Internet]. 2014 [access: 20 jul 2017];11:28. Available from: DOI: 10.1186/1743-422X-11-28

(32) Costa AI, Basílio LV, Silva DN, Marinelli NP, Posso MB. Em tempos de aids: representações sociais e memórias de profissionais de saúde do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Belém. Rev Univap [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 20 jul 2017];20(35):24-34. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.18066/revunivap.v20i35.166>

(33) Teva I, Bermúdez MP, Ramiro MT, Buena-Casal G. Current epidemiological situation of HIV/AIDS in Latin America: analysis of differences among countries. Rev Méd Chil [serial on the Internet]. 2012 [access:2017 jul 19];140(1):50-58. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000100007>

(34) Santos JP, Paes NA. Association between life conditions and vulnerability with mortality from cardiovascular diseases in elderly men of Northeast Brazil. Rev Bras Epidemiol [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Mar 20];17(2):407-420. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400020010ENG>

Transmissão vertical do HIV: reflexões para a promoção da saúde e cuidado de enfermagem

Transmisión vertical del VIH: reflexiones sobre la promoción de la salud y el cuidado de enfermería

Vertical transmission of HIV: reflections about health promotion and nursing care

• Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima¹ • Deise Maria do Nascimento Sousa² • Igor Cordeiro Mendes³ • Lara Leite de Oliveira⁴ • Mônica Oliveira Batista Oriá⁵ • Patrícia Neyva da Costa Pinheiro⁶

•1• Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Docente Assistente III, Graduação em Enfermagem, Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: aninhaaraujoc@hotmail.com

•2• Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: deisemnsousa@gmail.com

•3• Doutorando em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Docente titular, Graduação em Enfermagem, Centro Universitário Católica de Quixadá. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: igor-mendesufc@yahoo.com.br

•4• Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Docente titular, Graduação em Enfermagem, Centro Universitário Católica de Quixadá. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: lara.leite@hotmail.com

•5• Doutora em Enfermagem. Docente Associada, Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: profmonicaoria@gmail.com

•6• Doutora em Enfermagem. Docente Associada, Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: neyva.pinheiro@yahoo.com.br

Recibido: 13/09/2013 Aprobado: 16/04/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n2.39872



Resumo

Objetivo: Refletir sobre a transmissão vertical do HIV na conjuntura da promoção da saúde e do cuidado de enfermagem.

Síntese do conteúdo: Trata-se de um documento de reflexão, embasado em uma busca na literatura científica e em publicações do Ministério da Saúde do Brasil sobre o tema, com os descritores: *Transmissão Vertical de Doença Infecciosa, HIV, Promoção da Saúde e Educação em Saúde*. No âmbito da concepção de promoção da saúde como prevenção de doenças, diversas são as intervenções de enfermagem envolvidas no processo de prevenção da transmissão vertical do HIV, abrangendo desde cuidados que antecedem a gravidez da mulher soropositiva, passando pelo pré-natal, parto, puerpério e cuidados com a criança exposta ao HIV. Verificou-se a importância das ações educativas como um dos principais elementos para a promoção da saúde no contexto da transmissão vertical do HIV, por contribuírem para o estabelecimento de uma relação dialógica entre enfermeiros e mulheres soropositivas, levando ao seu empoderamento.

Conclusão: Este documento contribui para que o enfermeiro reflita acerca da sua práxis e busque realizar seu cuidado com vistas à promoção da saúde desse público de forma diferenciada, individualizada, ética e efetiva, no intuito de abordar seus reais problemas de saúde e garantir um cuidado holístico, humanizado e resolutivo para essa clientela, que tem características específicas.

Descritores: Transmissão Vertical de Doença Infecciosa; HIV; Promoção da Saúde; Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Reflexionar sobre la transmisión vertical del VIH en el contexto de la promoción de la salud y del cuidado de enfermería.

Síntesis del contenido: Documento de reflexión basado en una búsqueda bibliográfica de artículos y publicaciones sobre el tema del Ministerio da Saúde do Brasil. Los descriptores utilizados en las búsquedas fueron: *Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa, VIH, Promoción de la salud y Educación en salud*. En el contexto en que se concibe la promoción de la salud como prevención de enfermedades, las intervenciones de enfermería que participan en el proceso de prevención de la transmisión vertical del VIH son numerosas, las cuales comprenden tanto la atención previa al embarazo de la mujer VIH positiva como la atención prenatal, al parto y postparto del niño expuesto al VIH. Se constató la importancia que revisten las acciones educativas al considerarse factor clave para la promoción de la salud en el contexto de la transmisión vertical del VIH. Cabe resaltar la contribución de las acciones educativas al establecer una relación dialógica entre las enfermeras y las mujeres VIH positivas, cuyo objetivo es el empoderamiento de éstas.

Conclusión: El presente documento contribuye a que los enfermeros reflexionen sobre la práctica y realicen un cuidado dedicado a promover la salud en esta población de manera individual, ética y eficaz. El propósito de este tipo de cuidado es abarcar los verdaderos problemas de salud que presentan las mujeres VIH positivas y asegurarles una atención integral, humanizada y decisiva de acuerdo con sus características específicas.

Descritores: Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa; VIH; Promoción de la Salud; Enfermería (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To reflect about vertical transmission of HIV in the context of health promotion and nursing care.

Summary of content: This is a reflection paper based on a literature search of articles and publications for the subject of Ministério da Saúde do Brasil. The following descriptors were used: *Infectious Disease Transmission, Vertical, HIV, Health Promotion and Health Education*. Within the context in which health promotion is conceived as disease prevention, there are several nursing interventions involved in the prevention of vertical transmission of HIV process, encompassing both pre-pregnancy caring for the HIV-positive woman and prenatal, delivery, and postpartum caring for the HIV-exposed child. It was found that educational actions are of vital importance to promotion of health in the context of the vertical transmission of HIV, in as much as they contribute to establish a dialogical relation between nurses and HIV-positive women, which aims to empower them.

Conclusion: This paper contributes to nurses to reflect about their practice and to carry out care functions in order to promote health of this public in individual, ethical, and effective manner. This sort of care must cover actual health issues of HIV-positive woman, ensuring them integral, humanized, and determining care, in accordance with their own specific conditions.

Descriptors: Infectious Disease Transmission, Vertical; HIV; Health Promotion; Nursing (source: DECS BIREME).

Introdução

Estima-se que cerca de dois milhões de pessoas vivem com HIV na América Latina e no Caribe e que, em 2014, houve aproximadamente 100 mil novas infecções por HIV na região, 2 500 casos de crianças que nasceram com o vírus (1).

A taxa de gestantes com HIV no Brasil aumentou nos últimos dez anos. Em 2006, a taxa observada foi de 2,1 casos/mil nascidos vivos e passou para 2,7 em 2015, indicando um acréscimo de 28,6%. Tal crescimento traz, entre os agravantes, o aumento do risco da transmissão vertical (TV), que, atualmente no Brasil, é o principal meio de infecção pelo HIV em menores de 13 anos, representando 99,6% dos casos (2).

A TV do HIV pode ocorrer em três momentos: intra-útero, intraparto e no pós-parto, neste caso por meio do aleitamento materno. A maioria dos casos de transmissão materno-infantil do HIV ocorre durante o trabalho de parto e parto propriamente dito, com 65% de risco de transmissão (3). Estudos apontam que, quando são realizadas as devidas intervenções de profilaxia, as taxas de TV podem chegar a quase zero (2).

Apesar disso, diversos fatores dificultam a implementação das intervenções contra esse agravo: a limitada cobertura dos serviços de pré-natal e assistência ao parto, o despreparo dos profissionais para realizar suas ações fundamentadas no conceito ampliado de saúde, além das situações de vulnerabilidade associadas à doença, como a pauperização, a baixa escolaridade dos indivíduos acometidos, o uso de drogas ilícitas e a falta de apoio familiar e psicossocial (4, 5).

Nesse contexto, destaca-se o papel fundamental de profissionais, como o enfermeiro, que prestam assistência direta e contínua às mães portadoras do HIV e crianças expostas ao vírus, como peças fundamentais na promoção da saúde do binômio. O enfermeiro, juntamente com uma equipe multiprofissional, realiza atividades no intuito de prevenir a TV do HIV desde a realização da testagem anti-HIV até o acompanhamento e tratamento profilático da gestante soropositiva e do recém-nascido exposto. Além disso, desenvolve ações de promoção da saúde por meio de estratégias

educativas que visam sensibilizar as mulheres para a adoção dos cuidados necessários para a prevenção da transmissão (6).

Frente ao exposto, o objetivo deste estudo é levar os enfermeiros a refletirem sobre sua práxis sob a ótica do conceito de promoção da saúde e fornecer subsídios para que melhorem a qualidade da assistência prestada às mães e crianças expostas ao HIV.

Metodologia

Trata-se de um documento de reflexão, tendo como referencial teórico a promoção da saúde. Para embasar a reflexão, realizou-se uma busca na literatura científica com os descritores *Transmissão Vertical de Doença Infecciosa, HIV, Promoção da Saúde e Educação em saúde*, nas seguintes bases de dados: *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *Scopus*, *National Library of Medicine and National Institutes of Health (PubMed)*, *Cochrane* e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*. Além disso, também foi feita uma busca das publicações do Ministério da Saúde do Brasil com o tema TV do HIV.

A presente reflexão foi subdividida em dois tópicos: *cuidado de enfermagem para promoção da saúde e controle da transmissão vertical do HIV*; e *transmissão vertical do HIV: reflexão conceitual com a promoção e a educação em saúde*.

Cuidado de enfermagem para promoção da saúde e controle da transmissão vertical do HIV

As concepções de promoção da saúde podem ser dispostas em dois grandes eixos: o primeiro deles aproxima as ações de promoção às de prevenção de doenças, pois tem como foco evitá-las por meio da transformação dos comportamentos tidos como “de risco”. O segundo eixo agrupa definições e propostas que trabalham com um conceito ampliado de saúde que pressupõe o envolvimento dos sujeitos na construção de melhores condições de vida, vendo o indivíduo de forma holística, propondo-se a atingir os determinantes sociais da saúde (7).

No âmbito da concepção de promoção da saúde como prevenção de doenças, diversas são as intervenções de enfermagem envolvidas no processo de prevenção da TV do HIV, abrangendo desde cuidados que antecedem a gravidez da mulher soropositiva, passando pelo pré-natal, parto, puerpério e cuidados com a criança exposta ao HIV. O conceito de prevenção é norteado por concepções biomédicas, que têm a saúde como ausência de doenças e, segundo as quais, cabe ao profissional ensinar aos usuários a forma de evitarem-se as patologias, sendo complementar ao conceito de promoção da saúde para alguns profissionais (8).

No período que precede a gestação, o enfermeiro já deve desenvolver ações que favoreçam a prevenção da TV do HIV, como a realização do diagnóstico para detecção do HIV. A partir disso, quando a mulher encontrar-se em situação gestacional, deverá iniciar o pré-natal precocemente a fim de que os cuidados na gestação sejam implementados em sua plenitude.

O período gestacional é reconhecido como o momento propício para a detecção do HIV, pois a mulher com suspeita de gravidez procura os serviços de saúde para realização do pré-natal, quando é realizada a sorologia para o HIV. A partir deste momento, no caso do diagnóstico positivo, é que são adotadas as recomendações profiláticas preconizadas, visando a diminuição da TV.

Um estudo que avaliou a testagem anti-HIV durante a assistência pré-natal e ao parto no Sistema Único de Saúde verificou falhas na prevenção da TV do HIV na cidade do Rio de Janeiro. Em primeiro lugar, o não cumprimento dos protocolos ministeriais pelos profissionais de saúde envolvidos no cuidado às gestantes e parturientes. A maior inadequação encontrada foi relativa à solicitação desnecessária de testes rápidos para o HIV, o que gera uma demanda maior de exames e contribui para o atraso no resultado, atrasando também o início precoce das ações de controle da TV (9).

Após a obtenção do resultado positivo do exame, o Ministério da Saúde do Brasil preconiza um conjunto de medidas a serem realizadas no pré-natal, parto e puerpério para redução das taxas de TV do HIV, sendo as principais intervenções: o uso de antirretrovirais a partir da 14ª semana de gestação; utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de parto cesáreo quando indicado; AZT oral para o recém-nascido

exposto, do nascimento até 30 dias de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade (2, 3).

Apesar disso, em um estudo que avaliou as ações direcionadas à prevenção da TV do HIV com 1 364 gestantes soropositivas no período de dez anos, verificou-se uma efetividade aquém do esperado: apenas 41,72% das gestantes usaram terapia antirretroviral no pré-natal; a cobertura pré-natal foi de 84,53%; houve 63,12% de prevalência de partos cesáreos; 67,01% das parturientes usaram antirretrovirais durante o parto e 71,48% das crianças iniciaram a terapia nas primeiras 24 horas de vida (10).

Outros cuidados essenciais, envolvidos principalmente com o trabalho do enfermeiro obstetra, devem ser prestados durante o período do parto, visto que esse é o momento de maior risco para a transmissão do HIV da mãe para o filho. Entre eles podem-se citar: reduzir o número de toques vaginais ao longo do trabalho de parto; evitar que a parturiente permaneça por mais de quatro horas com bolsa rota; são contraindicados procedimentos invasivos como amniotomia, uso de fórceps e manobras desnecessárias na retirada do concepto; evitar a episiotomia; manter, sempre que possível, as membranas amnióticas íntegras até o período expulsivo ou, no caso de cesárea, até a retirada da criança e proceder à ligadura do cordão umbilical sem ordenha (3).

Após o nascimento da criança, o enfermeiro ainda deve realizar uma série de cuidados a fim de garantir a prevenção da TV para o recém-nascido. Alguns cuidados imediatos a serem prestados são: limpar com compressas macias todo sangue e secreções visíveis no recém-nascido e realizar o banho em água corrente ainda na sala de parto; quando necessária a realização de aspiração de vias aéreas, deve-se proceder delicadamente; iniciar a primeira dose do AZT em solução oral preferencialmente ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos ou nas primeiras duas horas após o nascimento; recomenda-se também o alojamento conjunto em período integral (2).

Além disso, durante o período puerperal, o enfermeiro deve prosseguir com o acompanhamento adequado do binômio mãe e filho, enfatizando a contra-indicação do aleitamento materno e do aleitamento cruzado. Cabe, ainda, ao enfermeiro explicar o modo de preparo da fórmula infantil, além de fornecer outras orientações nutricionais (2, 3, 6).

Enfatiza-se que, em todos esses momentos, desde o período pré-concepcional até o pós-parto, a mãe deve ser informada de cada etapa do cuidado para que ela seja um agente ativo dentro do processo de cuidar. Sua participação deve ser garantida e sua autonomia, vontade e desejo precisam ser respeitados. Todas essas ações compõem medidas preventivas para redução da TV do HIV e são amplamente difundidas e divulgadas pelo Ministério da Saúde. Sabe-se que, sendo todas elas implementadas, há uma diminuição significativa da transmissão materno-infantil do HIV.

O segundo eixo da concepção de promoção da saúde, como foi citado anteriormente, agrupa definições e propostas que trabalham com um conceito ampliado de saúde. Nesse contexto, a mulher que vive com HIV deve ser vista de forma integral, holística e de forma que seus medos, estigmas e ansiedades, tão presentes nessa condição, sejam considerados.

Surge, assim, a necessidade de rever e propor aos enfermeiros reflexões e discussões acerca da sua prática profissional, tendo em vista que o conhecimento teórico não é suficiente. Faz-se necessário que se realize um cuidar ético, priorizando não apenas a doença, mas a subjetividade do indivíduo com vista aos aspectos emocionais, culturais e sociais (11).

Embora com dificuldades, as gestantes/puérperas com HIV têm conseguido sobreviver ao isolamento, medo, ansiedade e preconceito provenientes da doença graças ao apoio familiar e da equipe de saúde, em especial dos enfermeiros (12).

Enfatiza-se, dentro desse contexto, a grande relevância da rede de apoio para a prevenção da TV do HIV e a importância do profissional da saúde em conhecer essa rede, a fim de incluir suas demandas em seu planejamento assistencial. Além disso, esses profissionais configuram a rede secundária de apoio às mulheres, sendo capazes de reforçar a necessidade da expansão e manutenção da rede primária de apoio, podendo proporcionar subsídios a partir das informações e do conhecimento compartilhados (13).

Assim, para que os objetivos da promoção da saúde se concretizem no cenário da problemática HIV/AIDS, a equipe multiprofissional deve buscar a reorientação dos serviços em nível estrutural e organizacional, com vistas a priorizar as práticas

integrals. Para tanto, faz-se pertinente a mudança de atitude dos profissionais por meio de processos de educação continuada, novos processos organizacionais de trabalho e compartilhamento de responsabilidades entre os membros da equipe multiprofissional. Além disso, destaca-se a necessidade de parceria entre usuários e setores de Atenção Básica (AB), organizações não governamentais (ONG) associadas ao HIV e órgãos jurídicos e de assistência social (5).

Portanto, resta a sensibilização, a mobilização e a capacitação de todos os enfermeiros e profissionais responsáveis envolvidos na assistência à gestante soropositiva e crianças expostas para que a redução da TV seja efetivamente reduzida a níveis indetectáveis e a promoção da saúde do binômio seja garantida.

Transmissão vertical do HIV: reflexão conceitual com a promoção e a educação em saúde

Para muitos profissionais de saúde, o conceito de promoção da saúde também pode ser concebido como sinônimo de educação em saúde. Embora a educação em saúde possa ser considerada como uma ferramenta a ser utilizada em todas as dimensões da integralidade, alguns profissionais consideram como ações de promoção da saúde apenas aquelas que trabalham pela educação das pessoas, compartilhando informação. Considera-se, portanto, que o problema é a falta de informação e que, formando multiplicadores, é possível mudar comportamentos (8).

Nesse contexto, a escassez de atividades educativas participativas direcionadas às gestantes e puérperas soropositivas por parte dos profissionais de saúde, somada ao déficit de conhecimento desse público sobre a prevenção da TV do HIV, aumentam a vulnerabilidade do binômio mãe-filho (13-15). Apesar disso, há evidências de que a educação em saúde é um meio eficaz para a profilaxia da TV (16, 17).

A educação em saúde representa um dos principais elementos para a promoção da saúde e uma forma de cuidar que leva ao desenvolvimento de uma consciência crítica, reflexiva e para a emancipação dos sujeitos, pois possibilita que as pessoas passem a cuidar melhor de si mesmas e de seus familiares. Isso mostra que a educação em saúde está intimamente relacionada com o cuidado e

remete ao duplo papel exercido pelos profissionais de saúde, que são também educadores por excelência (18).

Durante a busca realizada para este estudo, verificou-se que as práticas educativas relacionadas à profilaxia da TV do HIV estão muito voltadas para o aconselhamento pré e pós-teste diagnóstico do HIV. Há a necessidade de abordagem de todas as etapas pertinentes à TV, desde o período pré-concepcional até o pós-parto.

Na fase de diagnóstico do HIV, um dos cuidados de suma importância prestado pelo enfermeiro é o aconselhamento pré e pós-teste, pois nessa ocasião são realizadas atividades educativas, nas quais se deve explicar sobre o exame, e, no caso positivo, o significado de ser portador do vírus, além de outras orientações referentes à TV. O profissional deve informar também sobre o modo de transmissão do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), além de medidas de prevenção primária ou de prevenção de reinfecção.

Durante essa fase, o profissional deve avaliar as condições emocionais e psicológicas, utilizando linguagem simples e clara, abordando-a sem julgamentos, evitando atitudes coercitivas e informando sobre a confidencialidade das informações compartilhadas (20). O que se percebe é que, após o aconselhamento, as mulheres aparentam estar mais informadas sobre as consequências da soropositividade, sentindo-se mais seguras e com autonomia para cuidar de seus filhos, sendo um dever do profissional prestar esse atendimento de forma eficaz (19).

Além do aconselhamento pré e pós-teste, pode-se destacar também a atuação do enfermeiro no aconselhamento pré-concepcional, que proporciona à mulher soropositiva a conscientização do risco da TV, dos meios disponíveis para evitá-la e dos métodos contraceptivos acessíveis, dando-lhe a possibilidade de optar, ou não, por uma futura gestação (3).

O planejamento familiar é um direito sexual e reprodutivo e assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos. Não pode haver imposição sobre o uso de métodos anticoncepcionais ou sobre o número de filhos. Além disso, é um direito assegurado na Constituição Federal e na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o planejamento familiar, e deve ser garantido pelo governo, nas três esferas de gestão (3).

O enfermeiro precisa compreender as práticas relacionadas à redução da TV do HIV de forma integral (20). Os profissionais de saúde devem estar disponíveis para o diálogo e entrosados com as questões de gênero, sexualidade e de saúde reprodutiva, sem perder de vista as dimensões éticas, sociais e culturais que normatizam a vida das mulheres HIV positivas. Assim, suas decisões e desejos devem ser discutidos no atendimento, visando fornecer às mulheres as recomendações mais seguras para o planejamento familiar, assim como informações sobre os cuidados necessários durante a gestação, no parto e no puerpério, além do respeito de seus direitos como cidadãs (21).

Assim, torna-se imprescindível que o enfermeiro, na condição de educador, busque desenvolver intervenções educativas inovadoras que objetivem a prevenção da TV do HIV. Esse processo de criação deve, naturalmente, fazer parte da prática e do cotidiano desses profissionais, para que, conseqüentemente, possam também englobar a realidade das gestantes e puérperas soropositivas.

Dentro dessa perspectiva, a educação em saúde, como pluralidade de ações para a promoção da saúde, necessita utilizar estratégias didáticas que transformem indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável.

Na prática da educação em saúde, a tecnologia pode ser utilizada de modo a favorecer a participação dos sujeitos no processo educativo, contribuindo para a construção da cidadania e o aumento da autonomia dos envolvidos. Tanto na educação quanto na saúde, os educadores devem compreender as tecnologias como meios facilitadores dos processos de construção do conhecimento, numa perspectiva criativa, transformadora e crítica (22).

O enfermeiro pode lançar mão de tais tecnologias, a fim de aprimorar suas estratégias educativas. Entre as opções de tecnologias, têm-se os materiais educativos impressos —folhetos, panfletos, folders, livretos, cartilhas e álbuns seriados—, os recursos audiovisuais —como vídeos, uso de rádio—, ou ainda, o enfermeiro pode se utilizar das relações pessoais por meio do aconselhamento, acolhimento e diálogo. De uma forma ou de outra, todos esses tipos de tecnologia proporcionam informação sobre promoção da saúde, prevenção de doenças, modalidades de tratamento e autocuidado (23).

No contexto da educação em saúde, o enfermeiro deve contribuir para a conscientização individual e coletiva, questionando as responsabilidades e os direitos à saúde. Há, assim, a necessidade de incorporar o empoderamento de indivíduos e comunidades, tornando-os mais autônomos para fazer escolhas informadas (24, 25).

Diante disso, verifica-se que, através das ações de educação em saúde e do estabelecimento de uma relação co-participativa e dialógica entre enfermeiros e gestantes e puérperas soropositivas, garante-se a autonomia e empoderamento dessas mulheres na realização das medidas preconizadas para prevenção da TV. Além disso, viabiliza-se a diminuição dos entraves existentes para adesão às intervenções necessárias para a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV.

Conclusão

Frente às reflexões realizadas, verificou-se que o enfermeiro tem um papel fundamental na busca pela efetiva implementação dos cuidados preconizados para promoção da saúde no contexto da TV do HIV, podendo atuar em todas as fases que constituem a linha do cuidado, desde o período pré-concepcional, pré-natal, parto até o puerpério.

O cuidado de enfermagem torna-se fundamental dentro desse cenário no que tange a promoção da saúde em suas diversas vertentes, sejam elas como ações preventivas, educativas ou holísticas. O estudo mostrou que as mulheres portadoras do vírus necessitam de uma assistência em saúde integral e de qualidade. Para que isto ocorra, o enfermeiro deve estar inserido na rede de apoio através de ações educativas que proporcionem a essas mulheres o empoderamento e autonomia sobre sua saúde.

A promoção da saúde é um conceito fundamental para que as gestantes/puérperas com HIV atinjam uma qualidade de vida adequada e fornece suporte para que sigam seguras durante o pré-natal, parto e puerpério, bem como na relação dialógica entre si e os profissionais de enfermagem que atuam nos cuidados com essas pacientes.

Dessa forma, este estudo contribui para que o enfermeiro reflita acerca da sua práxis e busque realizar o cuidado visando a promoção da saúde desse público de forma diferenciada, individualizada, ética e efetiva. Contribui também para que

possam atender seus reais problemas de saúde e garantir, dessa maneira, um cuidado holístico, humanizado e resolutivo para essa clientela, que tem características específicas. O conhecimento destas características é fundamental para que se articulem ações direcionadas a esse público em particular.

Referências

- (1) Pan American Health Organization (PAHO). Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas: update 2015 [report on the Internet]. Washington, DC: Pan American Health Organization (PAHO); 2015 [access: 2016 Nov 25]. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18372/9789275118702_eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- (2) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes [manual na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2014 [acesso: 25 nov 2016]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55939/19_06_2015_protocolo_pediatico_pdf_25296.pdf
- (3) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes [manual na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids; 2010 [acesso: 14 nov 2016]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdf
- (4) Araújo CL, Signes AF, Zampier vs. O cuidado à puérpera com HIV/AIDS no alojamento conjunto: a visão da equipe de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 22 jan 2017];16(1):49-56. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100007>

- (5) Lima IC, Galvão MT, Paiva SS, Brito DM. Ações de promoção da saúde em serviço de assistência ambulatorial especializada em HIV/AIDS. *Ciênc Cuid Saúde* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 12 abr 2017];10(3):556-563. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i3.13193>
- (6) Lana FC, Lima AS. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 22 jan 2017];63(4):587-594. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400014>
- (7) Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2000 [acesso: 22 mar 2017];5(1):163-177. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123200000100014>
- (8) Iglesias A, Dalbello-Araújo M. As concepções de promoção da saúde e suas implicações. *Cad Saúde Colet* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 23 mar 2017];19(3):291-298. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_3/artigos/csc_v19n3_291-298.pdf
- (9) Gomes DM, Oliveira MI, Fonseca SC. Avaliação da testagem anti-HIV no pré-natal e na assistência ao parto no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 23 mar 2017];15(4):413-423. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000400005>
- (10) Lima AC, Costa CC, Teles LM, Damasceno AK, Oriá MO. Avaliação epidemiológica da prevenção da transmissão vertical do HIV. *Acta Paul Enferm* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 29 mar 2017];27(4):311-318. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400053>
- (11) Rocha GS, Angelim RC, Andrade AR, Aquino JM, Abrão FM, Costa AM. Cuidados de enfermagem aos indivíduos soropositivos: reflexão à luz da fenomenologia. *REME Rev Min Enferm* [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 12 abr 2017];19(2):258-261. Disponível em: DOI: [10.5935/1415-2762.20150040](http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150040)
- (12) Scherer LM, Borenstein MS, Padilha MI. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [periódico na Internet]. 2009 [acesso: 19 jun 2016];13(2):359-65. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200017>
- (13) Silva SS, Nery IS, Carvalho NA, Santos JD. Rede de apoio a mulheres com HIV na prevenção da transmissão vertical: revisão integrativa. *REME Rev Min Enferm* [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 20 jan 2016];19(2):232-237. Disponível em: DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150037>
- (14) Padoim SM, Paula CC, Ribeiro TP, Romanini RM, Ribeiro AM. Vulnerabilidade materno-infantil: fatores de (não) adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. *REME Rev Min Enferm* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 19 jun 2016];15(3):443-452. Disponível em: DOI: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622011000300019>
- (15) Padrón O, Fernández M, Gil BV, Benítez JM, Díaz H. Intervención educativa para incrementar los conocimientos sobre el VIH/sida en mujeres en edad fértil. *Rev Ciencias Médicas* [revista en Internet]. 2013 [acesso: 19 jun];17(6):51-61. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v17n6/rpr06613.pdf>
- (16) Darmont MQ, Martins HS, Calvet GA, Deslandes SF, Menezes JA. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 20 jan 2016];26(9):1788-1796. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900012>
- (17) Costa RH, Silva RA, Medeiros SM. Nursing care across the prevention of vertical transmission of HIV. *J Res Fundam Care Online* [serial on the Internet]. 2015 [acesso: 2016 Apr 17];7(1):2147-2158. Available from: DOI: [10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2147-2158](http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2147-2158)
- (18) Santos RV, Penna CM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet]. 2009 [acesso: 20 jan];18(4):652-660. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000400006>
- (19) Macêdo VC, Bezerra AF, Frias PG, Andrade CL. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em

maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2009 [acesso: 19 jun 2016];25(8):1679-1692. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800004>

(20) Silva O, Tavares LH, Paz LC. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. *Enferm Foco* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 12 abr 2017];2(Supl):58-62. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/83/69>

(21) Teixeira SV, Silva GS, Silva CS, Moura MA. Mulheres soropositivas ao HIV: a decisão de engravidar. *J Res Fundam Care Online* [periódico na Internet]. 2013. [acesso: 01 abr 2016];5(1):3159-3167. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013.v5i1.3159-3167>

(22) Martins AK, Nunes JM, Nóbrega MF, Pinheiro PN, Souza AM, Vieira NF *et al.* Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde e enfermagem. *Rev Enferm UERJ* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 01 abr 2016];19(2):324-329. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a25.pdf>

(23) Bernier MJ. Establishing the psychometric properties of a scale for evaluating quality in printed education materials. *Patient Educ Couns* [serial on the Internet]. 1996 [acesso: 2016 Apr 01];29(3):283-299. Available from: DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(96\)00927-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(96)00927-5)

(24) Reis RK, Melo ES, Galvão MT, Gir E. Educação em saúde junto às pessoas com HIV/AIDS: proposta de intervenção interdisciplinar. *Ciênc Cuid Saúde* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 23 nov 2016];13(3):402-410. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v13i3.21120>

(25) Teixeira E, Oliveira DC. Representações sociais de educação em saúde em tempos de AIDS. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 21 nov 2016];67(5):810-817. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670520>

Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas*

Violencia obstétrica: revisión integradora de investigaciones cualitativas

Obstetric violence: integrative review of qualitative research

• Luara de Carvalho Barbosa¹ • Márcia Regina Cangiani Fabbro² • Geovânia Pereira dos Reis Machado³ •

*Artigo decorrente de Iniciação Científica financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo/Brasil (FAPESP), processo n.º 2014/15749-0.

•1• Mestranda em Ciências da Saúde. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, Brasil. E-mail: luara.obstetricia@hotmail.com

•2• Doutora em Educação. Professora Associada, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, Brasil. E-mail: mfabbro@gmail.com

•3• Mestra em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, Brasil. E-mail: geovaniareis@gmail.com

Recibido: 13/09/2016 Aprobado: 01/05/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n2.59637



Resumo

Objetivo: Descrever como os fatores intervenientes nas práticas de assistência ao parto interferem na vivência do parto e nascimento.

Síntese do conteúdo: Trata-se de uma revisão integrativa de pesquisas qualitativas. A partir das bases de dados escolhidas, foram encontrados 17 051 artigos, dos quais, de acordo com os critérios pré-estabelecidos, restaram 54. Após a análise, quatro categorias foram definidas: *Pré-concepções contemporâneas sobre parto normal e cesárea*, *Elementos desfavoráveis à vivência satisfatória do parto*, *Banalização da violência obstétrica* e *Pressupostos da assistência humanizada ao parto*. Os resultados apontaram práticas de assistência ao parto desatualizadas, não recomendadas, vistas como “normais”, marcadas pelo autoritarismo, desrespeito às mulheres, caracterizando a violência obstétrica. Já o modelo humanizado, ao valorizar o protagonismo da mulher, torna a experiência de parto mais gratificante.

Conclusão: As práticas de assistência ao parto no Brasil desrespeitam os direitos sexuais e reprodutivos, o que se reflete nos altos índices de cesáreas desnecessárias e nos maus tratamentos sofridos pelas mulheres nas maternidades brasileiras.

Descritores: Violência contra a Mulher; Tocologia; Saúde Materna (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Describir cómo los factores que afectan las prácticas de atención del parto interfieren en la experiencia del parto y en el nacimiento.

Síntesis de contenido: Se trata de una revisión integradora de investigaciones cualitativas. A partir de las búsquedas en las bases de datos seleccionadas, se encontraron 17 051 artículos, de los cuales, según los criterios preestablecidos, se eligieron 54. De acuerdo con el análisis de los estudios elegidos, emergieron cuatro categorías, a saber: *Preconcepciones contemporâneas sobre el parto normal y la cesárea*, *Elementos desfavorables para la vivencia satisfactoria del parto*, *Banalización de la violencia obstétrica* y *Presupuestos sobre la asistencia humanizada del parto*. Los resultados revelaron que las prácticas de asistencia al parto estaban desactualizadas, eran inapropiadas, se consideraban “normales” y estaban marcadas por el autoritarismo y por la falta de respeto hacia las mujeres, lo cual caracteriza la violencia obstétrica. Por su parte, el modelo humanizado, al valorar el protagonismo femenino, hace que la experiencia del parto sea más gratificante.

Conclusión: Las prácticas de asistencia al parto en Brasil no respetan los derechos sexuales y reproductivos, lo que se refleja en los altos índices de cesáreas innecesarias y en los maltratos que las mujeres sufren en los hospitales materno-infantiles brasileños.

Descritores: Violencia contra la Mujer; Tocología; Salud Materna (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To describe how factors that affect delivery care practices interfere with the delivery experience and with the birth.

Synthesis of content: This is an integrative review of qualitative research. Drawing from selected databases searches, 17 051 articles were found, from which 54 were chosen using predefined criteria. In accordance with the analysis of the selected studies, four categories emerged, as follows: *Contemporary preconceptions about normal delivery and cesarean*, *Unfavorable factors to experience successfully the delivery*, *Trivialization of obstetric violence*, and *Assumptions about delivery humanized care*. The results suggested that delivery care practices were out of date, inappropriate, seen as “normal”, and marked by authoritarianism and by disrespect for women: these behaviors depict obstetric violence. On the other hand, the humanized model, appreciating the role of women, makes delivery experience most pleasing.

Conclusions: Patients with chronic kidney disease on hemodialysis make use of spiritual/religious coping positively and significantly; likewise, they regard religion/spirituality as important in their lives.

Descriptors: Violence Against Women; Midwifery; Maternal Health (source: DECS BIREME).

Introdução

Vivemos em uma sociedade sexista, onde predomina o discurso e a norma heterossexualista, e sob essa ótica, gênero e sexualidade são determinados biologicamente e não construídos social e culturalmente. Além disso, estamos submersos em um panorama de desigualdades de gênero, onde situações como violência de gênero e violência obstétrica são naturalizadas, banalizadas e/ou invisibilizadas pelos atores dessa sociedade (1-4).

Violência de gênero se refere a uma série de restrições relativas à saúde reprodutiva e sexual das mulheres. É caracterizada também pela dificuldade de acesso a um serviço de saúde durante o período gravídico-puerperal e/ou a informações sobre métodos contraceptivos, licença maternidade, entre outras (5). Neste sentido, a violência obstétrica pode ser considerada uma violência de gênero. De acordo com o Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU):

[...] violência obstétrica é a apropriação do corpo das mulheres quando em processos reprodutivos, por profissionais da saúde, que prestam assistência desumana, com uso excessivo de medicalização e intervenções iatrogênicas em processos naturais, que implicam na perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres [...] (6).

A violência obstétrica engloba qualquer tipo de violência que ocorra durante o período da gestação, do parto e do pós-parto, incluindo a assistência ao aborto. Este é o modelo predominante de assistência no Brasil, ultrapassado, imerso em práticas

intervencionistas e instrumentalizadas pelo uso excessivo de tecnologias, interferindo no processo fisiológico do parto e nascimento (1, 7-13).

Diante do exposto acima, realizamos uma revisão integrativa de pesquisas qualitativas, cujo objetivo foi descrever, à luz da perspectiva de gênero e direitos reprodutivos, os fatores intervenientes da assistência na experiência do parto e nascimento, tendo a seguinte pergunta norteadora: *Como os fatores intervenientes nas práticas de assistência ao parto interferem na vivência do parto e nascimento?*

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa, cujo principal objetivo é a integração entre a pesquisa científica e a prática profissional. Adotou-se a revisão integrativa da literatura uma vez que ela é um dos pilares para a aplicabilidade e melhorias de práticas clínicas relevantes através de análises de pesquisas que servem como base para decisões, deduções e a síntese de dados encontrados sobre um determinado assunto. Além disso, ela também aponta lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (14).

Baseada no método de Whittemore e Knafl (15), seguiu as cinco fases propostas: formulação e identificação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados coletados e apresentação dos dados. Definiu-se a questão do estudo, seus objetivos e foi elaborado o protocolo da revisão cujo propósito foi fornecer rigor ao processo de seleção, tendo como tópicos: questão norteadora do estudo; objetivo geral; bancos de dados para busca; critérios de inclusão; critérios de exclusão; descritores; roteiro de seleção de artigos e quadro de caracterização das pesquisas primárias do estudo.

As bases de dados eletrônicas escolhidas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Journal Citation Reports* (JCR), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), PubMed, MEDLINE, SocINDEX, *American Psychological Association* (APA), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPSIC), *Web of Science* (WOS) e *Education Resources Information Center* (ERIC), com os descritores: violência OR obstétrica OR gênero OR mulher, AND assistência ao parto, experiência, satisfação, saúde materna. Violence OR obstetric OR gender

OR woman, AND delivery assistance, experience, satisfaction, maternal health. Violencia OR obstétrica OR gênero OR mujer, AND asistencia al parto, experiencia, satisfacción, salud materna.

Os critérios de seleção dos artigos científicos foram: artigos originais e completos, de abordagem qualitativa, com resumos e artigos na íntegra disponíveis gratuitamente online, escrito em inglês, português ou espanhol, publicados entre janeiro de 1994 até dezembro de 2016 e estar relacionados exclusivamente à experiência de mulheres sobre as práticas de assistência ao parto e nascimento, ou seja, foram selecionados os artigos que continham somente relatos de mulheres.

O início do período de investigação da literatura foi determinado pela referência à legislação específica sobre violência contra a mulher, estabelecida na Assembleia Geral das Nações Unidas em 1994 e pela Convenção Interamericana, que teve como foco proteger a integridade física, intelectual e mental das mulheres, visando reduzir, ou mesmo, coibir os atos de violência contra a mulher no mundo (3, 5). Como critérios de exclusão: artigos que versem

sobre experiências de partos em gestações de alto risco e emergências obstétricas e/ou que não demonstrem adequadamente o referencial teórico e metodológico e/ou rigor científico e ético.

Resultados e Discussão

Na primeira busca nas bases de dados foram encontrados 17 051 artigos, dos quais, após a aplicação dos critérios e do protocolo (filtro 1), restaram 927 artigos. Após a leitura dos resumos, buscando identificar quais respondiam aos objetivos e pergunta de pesquisa (filtro 2), restaram 136 artigos, que foram lidos integralmente, buscando satisfazer os critérios estabelecidos na metodologia. Artigos repetidos foram eliminados (filtro 3). Após estas etapas, restaram 54 artigos. O Quadro 1 apresenta o número de artigos selecionados em cada base de dados e após os filtros.

A partir do filtro 2, reuniram-se os artigos, sem distinção de bases de dados, a fim de eliminar os repetidos e facilitar sua seleção. Desta etapa, selecionaram-se 54 artigos, que estão listados no Quadro 2.

Quadro 1. Número de referências obtidas por bases de dados de acordo com descritores e número de referências selecionadas até filtro 2. São Carlos-SP, 2016

Base de dados	Descritores	Número de referências obtidas	Número de artigos selecionados pós filtro 1	Número de artigos selecionados pós filtro 2
APA (American Psychological Association)	violência or obstétrica or gênero or mulher, and assistência ao parto, experiência, satisfação, saúde materna.	2	0	0
CINAHAL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health)	violência or obstétrica or gênero or mulher, and assistência ao parto, experiência, satisfação, saúde materna.	130	76	9
ERIC (Education Resources Information Center)	violência or obstétrica or gênero or mulher, and assistência ao parto, experiência, satisfação, saúde materna.	451	71	0
JCR (Journal Citation Reports)	violência or obstétrica or gênero or mulher, and assistência ao parto, experiência, satisfação, saúde materna.	3775	81	3
LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)	violência or obstétrica or gênero or mulher, and assistência ao parto, experiência, satisfação, saúde materna.	8427	285	53
MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)	violência or obstétrica or gênero or mulher, and assistência ao parto, experiência, satisfação, saúde materna.	1213	98	36

Base de dados	Descritores	Número de referências obtidas	Número de artigos selecionados pós filtro 1	Número de artigos selecionados pós filtro 2
PubMed (US National Library of Medicine)	violência or obstétrica or gênero or mulher, and assistência ao parto, experiência, satisfação, saúde materna.	300	75	4
SciELO (Scientific Electronic Library Online)	violência or obstétrica or gênero or mulher, and assistência ao parto, experiência, satisfação, saúde materna.	61	41	3
Science Direct	violência or obstétrica or gênero or mulher, and assistência ao parto, experiência, satisfação, saúde materna.	550	64	3
Sociofile (Sociological abstracts)	violência or obstétrica or gênero or mulher, and assistência ao parto, experiência, satisfação, saúde materna.	1668	108	3
Web of Science	violência or obstétrica or gênero or mulher, and assistência ao parto, experiência, satisfação, saúde materna.	474	28	22
Total	—————	17051	927	136

Fonte: Dados da revisão

Quadro 2. Quadro síntese dos artigos integrantes da revisão por título, autor(es)/ano e país, objetivos, sujeitos em ordem alfabética, São Carlos-SP, 2016

Título	Autor(es)/ano/país de estudo	Objetivo do estudo/sujeitos
1. A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes (11).	Vargas PB et al./2013/Brasil	Identificar as percepções das adolescentes em relação à assistência oferecida no trabalho de parto e parto/15 puérperas.
2. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas (16).	Dodou HD et al./2014/Brasil	Investigar a contribuição do acompanhante durante o parto e o nascimento, na perspectiva de puérperas/20 puérperas.
3. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira (17).	Pires D et al./2010/Brasil	Focalizar as experiências de usuárias da rede suplementar, buscando compreender a influência da assistência profissional na escolha do tipo de parto/33 mulheres.
4. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde (18).	Silveira SC et al./2010/Brasil	Investigar quais as representações sociais que mulheres e profissionais de saúde têm sobre a assistência ao parto na maternidade/20 mulheres e 20 profissionais.
5. Atendimento prestado a parturiente em um hospital universitário (19).	Silva FFA et al./2014/Brasil	Investigar a qualidade da assistência oferecida à parturiente em uma maternidade/15 puérperas.
6. Attention to the parturient adolescent: access and reception —a descriptive study (20).	Silva TJP et al./2013/Brasil.	Analisar o acesso e a recepção de mães adolescentes em trabalho de parto/12 adolescentes.
7. Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto (21).	Franco CCA/2013/Colômbia	Identificar o significado que as mulheres que tiveram hemorragia pós-parto dão aos cuidados recebidos pelo pessoal de enfermagem durante o trabalho de parto, parto e pós-parto/8 mulheres.

Título	Autor(es)/ano/país de estudo	Objetivo do estudo/sujeitos
8. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas (22).	Frello AT, Carraro TE/2010/Brasil	Conhecer como a mulher percebe o conforto durante o processo de parto/28 puérperas.
9. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres (23).	Carraro TE et al./2006/Brasil	Avaliar a opinião das mulheres puérperas sobre os métodos utilizados para seu cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto/número desconhecido de puérperas.
10. El nacimiento en Cuba análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica (7).	García-Jordá D et al./2012/Cuba	Compreender as representações e práticas relacionadas com o parto e descrever a experiência das mulheres/36 puérperas, 10 acompanhantes e nove profissionais.
11. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência (24).	Dias MAB, Deslandes SF/2006/Brasil	Conhecer as informações que as gestantes possuem sobre a humanização da assistência ao parto, a experiência de atendimento em parto(s) anterior(es) e suas expectativas/22 gestantes.
12. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres(13).	Pinheiro BC, Bittar CML/2013/Brasil	Conhecer as percepções, experiências e expectativas em relação ao parto normal/25 gestantes e duas puérperas.
13. Experiências de mulheres participantes de um grupo de gestantes: Estudo descritivo (25).	Neves PR et al./2013/Brasil	Compreender as experiências de mulheres participantes de um grupo de gestantes e o papel do grupo na gestação, parto e pós-parto/5 mulheres.
14. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho (26).	Lopes CV et al./2009/Brasil	Conhecer os sentimentos da mulher puérpera acerca da experiência do parto e nascimento de seu filho/10 puérperas.
15. Giving birth in maternity hospitals in Benin: testimonies of women (27).	Kendall FG et al./2001/Africa	Descobrir se a prevalência de morbidade materna grave na comunidade poderia ser medida de forma retrospectiva, com base nas informações fornecidas pelas mulheres que tinha experimentado/9 puérperas.
16. Meio grego e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada (10).	Salgado HO et al./2013/Brasil	Descrever e analisar a experiência e os sentimentos de mulheres que relatam ter vivido uma cesárea indesejada no primeiro contato com seus filhos recém-nascidos/20 mulheres.
17. Momentos de verdade da assistência de enfermagem a puérpera: um enfoque na qualidade (28).	Moura MAV et al./2010/Brasil	Identificar e analisar as necessidades e expectativas de puérperas sobre a assistência de enfermagem recebida numa maternidade pública do Rio de Janeiro/15 puérperas.
18. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal (29).	Jamas MT et al./2013/Brasil	Explorar a experiência relativa à assistência ao parto recebida em um centro de parto normal/17 mulheres.
19. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica (30).	Hotimsky SN et al./2002/Brasil	Identificar as expectativas de gestantes em relação ao tipo de parto/31 gestantes.
20. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes (31).	Caus ECM et al./2012	Compreender o significado que a parturiente atribui ao processo de parir assistido pela enfermeira, à luz da Teoria Humanística, e identificar as contribuições deste processo para promover o cuidado humanístico/9 puérperas.
21. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social (32).	Merighi MAB et al./2007/Brasil	Compreender o processo de parto e nascimento na perspectiva das mulheres que possuem convênio saúde/12 puérperas.
22. Os significados e os motivos de dar à luz em casa de parto: as representações sociais no contexto bioético de puérperas de São Paulo, SP (33).	Clementino MOS, Silva JV/2008/Brasil	Identificar os significados de dar à luz na Casa de Parto sob a óptica de puérperas, conhecer os motivos de dar à luz nesse local e identificar os meios que as levaram a conhecer a Casa de Parto/20 puérperas.

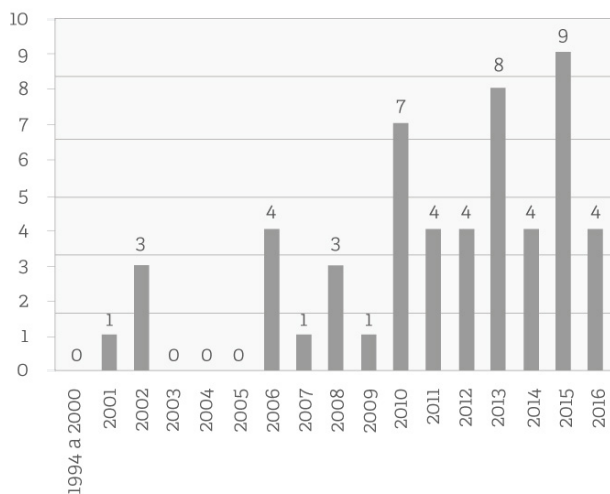
Título	Autor(es)/ano/pais de estudo	Objetivo do estudo/sujeitos
23. Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência (34).	Enderle CF, et al./2012/Brasil	Conhecer o que as adolescentes entendem como assistência adequada ao parto/269 adolescentes.
24. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT (35).	Teixeira NZF, Pereira WR/2006/Brasil	Analisar alguns aspectos culturais que atravessaram as vivências de mulheres ao se submeterem ao parto normal hospitalar do SUS/10 puérperas.
25. Parto natural domiciliar: um poder da natureza feminina e um desafio para a enfermagem obstétrica (36).	Souza RM et al./2014/Brasil	Identificar os motivos que levaram as mulheres a optarem pelo parto domiciliar; avaliar a assistência obstétrica recebida pelas parturientes em seus domicílios/5 puérperas.
26. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação (37).	Caron OAF, Silva IA/2002/Brasil	Descrever como ocorre a comunicação entre os profissionais que assistem o parto de baixo risco e a mulher que vivencia o processo de parturição/15 parturientes, duas enfermeiras obstétricas e dez médicos.
27. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto (38).	Oliveira ASSP et al./2010/Brasil	Conhecer a percepção de puérperas acerca da vivência do trabalho de parto e parto/14 puérperas.
28. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto (39).	Oliveira ASSP et al./2011/Brasil	Conhecer a percepção de puérperas acerca do cuidado oferecido pela enfermeira durante o trabalho de parto e parto/14 puérperas.
29. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres (40).	Santos JO, Shimo AKK/2008/Brasil	Identificar o conhecimento e a participação das parturientes nas decisões sobre a episiotomia durante o processo de parturição/16 puérperas.
30. Processo de gestar e parir entre as mulheres kaingang (12).	Molitermo ACM et al./2013/Brasil	Identificar o processo de gestação e nascimento entre as mulheres Kaingang/30 mulheres.
31. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas (41).	Castro ME et al./2010/Brasil	Analisar a percepção de puérperas quanto à qualidade da assistência pré-natal/33 puérperas.
32. Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto (42).	Gomes VLO et al./2011/Brasil	Compreender as representações sociais de adolescentes mães, acerca do parto/7 primíparas.
33. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres (43).	Pereira RR et al./2011/Brasil	Compreender, a partir das representações sociais femininas, o protagonismo da mulher na decisão sobre a parturição/45 gestantes.
34. Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado (44).	Darós DZ et al./2010/Brasil	Conhecer a importância de se desenvolver um processo educativo na ótica das mulheres que viveram esta experiência na gestação e parto/9 gestantes.
35. The culture interfering on the wish about the type of parturition (45).	Pimenta LF et al./2014/Brasil	Compreender de que forma a cultura influencia no processo de parturição da mulher/8 mulheres.
36. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto (46).	Wolff LR, Waldow VR/2008/Brasil	Denunciar como se dá a assistência obstétrica nas instituições de saúde, revelando ações de não cuidado e/ou como desumanização/33 mulheres.
37. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias (47).	Gonçalves R et al./2011/Brasil	Conhecer a vivência da mulher, durante o trabalho de parto e parto, no contexto de uma Casa de Parto e os motivos que a levaram a optar por esta instituição/7 puérperas.
38. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes (48).	Oliveira ZMLP, Madeira AMF/2002/Brasil	Compreender o que significa para as adolescentes passarem pelo parto dito humanizado/8 puérperas.
39. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo (9).	Santos LM, Pereira SSC/2012/Brasil	Compreender as vivências de puérperas sobre a atenção recebida durante processo parturitivo em maternidade pública de Feira de Santana-Bahia/19 puérperas.
40. "We wanted a birth experience, not a medical experience": exploring Canadian women's use of midwifery (49).	Parry DC/2006/Canadá	Examinar se a escolha de mulheres canadenses representa uma resistência à medicalização da gravidez/parto/7 gestantes, 1 puérpera.

Título	Autor(es)/ano/país de estudo	Objetivo do estudo/sujeitos
41. Experiences and beliefs of Malawian women who have delivered with a traditional birth attendant (50).	Ryan J, Hamela G, Chome N, Kabondo C, Hosseinipour M, Tang J/2015/Malásia	Avaliar as crenças e experiências de mulheres Malauias que entregaram com um parto tradicional/46 parturientes.
42. Perceptions of pregnancy experiences when using a community-based antenatal service: a qualitative study of refugee and migrant women in Perth, Western Australia (51).	Owens C, Dandy J, Hancock P/2016/Austrália	Avaliar as percepções de cuidados experimentados por mulheres refugiadas migrantes de origens culturalmente e linguisticamente diversas que tinham participado de um programa antenatal comunitário especializado em cuidados de maternidade de mulheres multiculturais/12 mulheres.
43. Experiências de mulheres durante o trabalho de parto e parto (52).	Montoya DIG, Mazuelo EMG, López CPH/2015/Colômbia	Revelar as experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto em uma Unidade Mãe e Filho de Medellín em 2013/13 mulheres.
44. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo da obstetria (53).	Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA/2015/Brasil	Analisar as percepções das mulheres acerca da assistência obstétrica no que se refere ao atendimento de seu direito de acesso ao serviço de saúde durante o processo de parto e nascimento/56 puérperas.
45. The quality of childbirth care in China: women's voices: a qualitative study (54).	Raven J, Nynke van den Broek N; Tao F, Kun H, Tolhurst R/2015/China	Avaliar as expectativas e as experiências das mulheres da qualidade do cuidado do parto em China rural/69 mulheres.
46. "No final compensa ver o rostinho dele": vivências de mulheres-primíparas no parto normal (55).	Scarton J, Prates LA, Wilhelm LA, Silva SC, Possati AB, Ilha CB, et al./2015/Brasil	Conhecer as vivências de mulheres primíparas em relação às práticas de cuidado prestadas por profissionais de enfermagem no parto normal/10 mulheres.
47. Women's experience of intrapartum transfer from a Western Australian birth centre co-located to a tertiary maternity hospital (56).	Kuliukas L, Duggan R, Lewis L, Hauck Y/2016/Austrália	Descrever a experiência geral de parto e nascimento de mulheres que foram transferidas durante o primeiro e segundo estágios de trabalho de um centro de parto de baixo risco, centrado na mulher e de parto, para uma referência de maternidade terciária co-localizada/15 mulheres.
48. "To be taken seriously": women's reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden (57).	Robertson EK/2015/Austrália	Utilizar uma abordagem interseccional para analisar as reflexões das mulheres sobre como suas experiências de migração e reassentamento para a Suécia influenciaram suas necessidades de saúde e cuidados de saúde durante a fase fértil/25 mulheres.
49. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil (58).	Belfort IKP, Kalckmann S, Batista LE/2016/Brasil	Descrever como ocorre a assistência ao ciclo gravídico puerperal de mulheres negras residentes no município de Icatu, no Maranhão/26 mulheres.
50. Violência obstétrica sob o olhar das usuárias (59).	Silva RLV, Lucena KDT, Deininger LSC, Martins VMS, Monteiro ACC, Moura RMA/2016/Brasil	Investigar o conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica/8 mulheres.
51. Primiparous women's preferences for care during a prolonged latent phase of labour (60).	Ångeby K, Wilde-Larsson B, Hildingsson I, Sandin-Bojő A/2015/Suécia	Investigar as preferências das mulheres primíparas pelo cuidado durante uma fase latente prolongada do parto/11 mulheres.
52. How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers (61).	Dahlberg U, Persen J, Skogås AK, Selboe ST, Torvik HM, Aune I/2016/Noruega	O objetivo deste estudo é obter uma compreensão mais profunda da experiência de mães de primeira vez sobre como a parteira pode promover um parto normal e uma experiência de nascimento positiva/12 mulheres.
53. Women's Suggestions for Improving Midwifery Care in The Netherlands (62).	Baas CI, Erwich, JJ, Wieggers TA, Cock TP, Hutton EK/2015/Holanda	Avaliar e envolver sugestões das mulheres para a melhoria dos cuidados de parteira no atual modelo de cuidados de maternidade/20 mulheres.
54. Primary health centres: preferred option for birthing care in tamilnadu, India, from users' perspectives (63).	Jayanthi TP, Suresh S, Padmanaban P/2015/Índia	Explorar os determinantes que levou ao aumento da preferência de Centro de Parto Normal/10 mulheres.

Fonte: Dados da revisão

A seguir, separaram-se os artigos de acordo com ano de publicação (ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Número de artigos publicados por ano, São Carlos-sp, 2016



Fonte: Dados da revisão

Após o reagrupamento e síntese dos temas surgiram 4 categorias: *Pré-concepções contemporâneas sobre parto normal e cesárea, Elementos desfavoráveis à vivência satisfatória do parto, Banalização da violência obstétrica e Pressupostos da assistência humanizada ao parto.*

Na categoria *Pré-concepções contemporâneas sobre parto normal e cesárea*, a ideia antecipada sobre o parto é sustentada por visões histórico-sociais e culturais acerca do feminino, que dita o modo como a mulher deve reagir e se comportar no processo de gestar e parir. As pré-concepções sobre parto normal geralmente são associadas à ideia de um evento inseguro, que deve ser realizado em ambiente hospitalar e com equipe médica, pois indica um risco onipresente de morte, condicionando a mulher a uma visão de que a parturição está, obrigatoriamente, ligada à dor, que é indispensável para se tornar mãe (13, 12, 17, 27, 35, 38, 42, 43, 49). Outra pré-concepção que pode ser associada ao que se pensa sobre parto e cesárea é a ideia de que a mulher não está preparada fisicamente para parir, dado que seu corpo não é adequado ao parto fisiológico, sendo necessário haver intervenções sobre ele (12, 27, 35).

Após a leitura dos artigos, realizou-se um primeiro agrupamento por temas, para a construção das categorias (ver Quadro 3).

Quadro 3. Agrupamento segundo temas

A. Sentimentos e sensações	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sensação de Mal-estar</i> Distúrcia emocional Ansiedade Medo (do desconhecido, dor) Insegurança Solidão Constrangimento Derrota 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sensação de Bem-estar</i> Confiança Segurança Vínculo Conforto Apoio Respeito
B. Pré-concepções	
<ul style="list-style-type: none"> • Experiências prévias (pré-concepções, traumas, crenças). • Experiência multidimensional relacionada às dimensões sensoriais, afetiva, interpretativa e comportamental. • Relatos e informações intimidadoras. 	
C. Vulnerabilidade	
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de Privacidade. • Objeto. • Submissão/Subordinação. • Desrespeito (grosseria, impaciência, impessoalidade, desumano). 	
D. Autonomia e empoderamento	
<ul style="list-style-type: none"> • Desrespeito à autonomia e escolhas da mulher. • Quebra na cultura. 	
E. Apoio Familiar	
<ul style="list-style-type: none"> • Apoio contínuo do acompanhante. • Falta de acompanhante. 	
F. Assistência	
<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade da assistência. • Falta/Informações recebidas durante o TP e P. • Falta/Informações sobre procedimentos feitos e os riscos de cada um. • Falta/Orientação durante pré-natal. • Práticas não recomendadas pela OMS na condução do TP e P. • Exagero de procedimentos. • Normatização do modelo médico/tecnocrático. • Relação profissional-usuária. 	
G. Estrutura	
<ul style="list-style-type: none"> • Pequena/desapropriada. • Acessibilidade. 	

Fonte: Dados da revisão

Cada parto representa um acontecimento importante na vida da mulher e da família (26). Entretanto, podem determinar benefícios ou danos psicológicos (13, 17, 38). O parto é marcado por muitas mudanças significativas e não é raro ser visto como um momento crítico, de insegurança, desnecessário e desconhecido para essa família, um momento do qual não se tem controle, portanto, não é uma experiência neutra (13, 26, 31, 32, 34, 38, 43, 48). Logo, o medo da dor, do desconhecido e a desinformação sobre a parturição são determinantes socioculturais de grande influência na escolha pelo tipo de parto (9, 13, 17, 31, 32, 35, 38, 42-45).

A categoria *Elementos desfavoráveis à vivência satisfatória do parto* é composta pela desinformação presente nos atendimentos de pré-natal e/ou o acesso tardio às informações relativas ao período gravídico-puerperal, pela peregrinação para o atendimento ao parto, pelas dificuldades relacionadas ao transporte e ao idioma da parturiente, pela ausência de apoio do companheiro e/ou restrição de sua presença pela instituição. Essas situações propagam a insatisfação e insegurança com a experiência do parto e nascimento (13, 17, 30, 43, 50-53). Logo, por falta de conhecimento, a mulher perde sua privacidade e controle, deixando seu corpo como propriedade e responsabilidade dos profissionais de saúde, que ditam o comportamento adequado (9, 11, 24, 27, 34, 37, 38, 54).

Outros elementos que sustentam esta categoria é a imposição à parturiente de rotinas hospitalares como jejum, tricotomia, privação da deambulação, posição horizontal no parto, uso de ocitocina sintética, entre outros, que impedem seu conforto, retirando a autonomia da mulher e prejudicando o processo fisiológico do parto (9, 7, 12, 22, 35, 43, 45, 52). O processo de parturição é representado por ausência de alívio da dor, sofrimento, insegurança e insatisfação por se sentir desassistida pelos profissionais de saúde, que nem sempre têm condições e tempo para oferecer o atendimento adequado à parturiente. Diante disso, as mulheres mencionam medo de parir sozinhas e muitas vezes, diante deste contexto, optam pela cesariana (9, 16, 23, 30, 37, 42, 54).

A impessoalidade, a distância no tratamento e comunicação representam, para as mulheres, descaso e desrespeito (7, 38, 51, 55). Muitas vezes, elas mencionam terem sido tratadas como um recipiente para o bebê e não como uma pessoa com vontade própria (56). Estes estudos apontam também que ser tratada como estranha, ignorada e rejeitada as

fez sentir desvalorizadas e discriminadas (57, 58). As relações de poder comprometem as relações interpessoais e a qualidade da assistência prestada (38). Estes estudos apontam que a assistência é marcada por falta de cuidado digno e respeitoso, onde os profissionais raramente se apresentam e agem de modo invasivo em toques vaginais prolongados e dolorosos, sem pedir permissão, não importando os sentimentos expressados pela parturiente (7, 11, 12, 18, 24, 27, 30, 34, 48).

A categoria *Banalização da violência obstétrica* se refere às práticas no atendimento prestado à mulher no período gravídico-puerperal. Os elementos discutidos anteriormente foram naturalizados na prática obstétrica, e isto foi denominado de banalização da violência obstétrica. São situações que perpassam todas as outras barreiras, uma vez que atingem mulheres de todas as raças, cor, idade, credo, do atendimento público ou privado e tipo de parto; não há o que garanta proteção e/ou isenção desse tipo de postura profissional na assistência obstétrica. Contudo, algumas pesquisas, como o estudo *Nascer no Brasil* realizado pela Fundação Osvaldo Cruz, apontam que mulheres negras ou pardas, de baixa renda e baixa escolaridade, usuárias do Sistema Único de Saúde (sus) estão mais sujeitas a diversos tipos de maus tratos em seus processos de parturição (1, 3, 50). Um estudo realizado exclusivamente com mulheres negras no estado do Maranhão (Brasil) aponta a necessidade de considerarem-se as necessidades e diversidades desta população (58).

Com base nestas considerações, a assistência ao parto e nascimento tem exposto a mulher a situações de vulnerabilidade. As práticas prejudiciais de assistência ao parto, não baseadas em evidências científicas, submetem as mulheres e seus corpos a um processo de naturalização, no sentido de serem consideradas normais, corriqueiras e aceitáveis, (48) o que potencializa a banalização da violência obstétrica, como resultado de uma interação de aspectos bio-psico-socioculturais, políticos e econômicos (23).

Portanto, o atendimento ao parto reflete um modelo que, aquém das recomendações do Ministério da Saúde, guia-se por uma prática impessoal e fria, que não se atenta às necessidades físicas e emocionais da parturiente (9, 12). Este modelo ainda retrata, muitas vezes, violências físicas e verbais, expondo as mulheres a crueldades e humilhações (30), constituindo-se em uma vivência marcante e negativa para elas (18, 55, 59).

Parte dos profissionais de saúde não consegue reconhecer que realizam violência obstétrica em seus atos e condutas, dizem que prestam uma assistência pautada em rotinas hospitalares, que são vistas como esperadas. Persiste uma assistência onde prevalece o uso do poder e a ocorrência da dominação simbólica, submissão, subordinação, autoritarismo, negligência e impessoalidade com os aspectos emocionais e relativos ao cuidado no pré-parto, parto e pós-parto imediato (7, 10, 18, 20, 22, 24, 30, 34, 35, 38, 40, 42, 43, 46-48), tornando evidentes as relações de poder na assistência à saúde da mulher. Em muitos casos, essas relações de poder são, ainda, relacionadas a desigualdades baseadas no gênero e classe social, o que determina hierarquia nos atendimentos (3).

Os aspectos discutidos sobre a banalização da violência obstétrica reforçam a necessidade de elaboração de ações estratégicas em vários níveis, que visem combater as práticas prejudiciais à saúde da mulher, especificamente, no período gravídico-puerperal, a fim de que sejam processadas e efetivadas as propostas da Humanização do Parto e Nascimento. Nas últimas décadas, houve um aumento significativo de um movimento no Brasil, baseado nas propostas da Organização Mundial da Saúde (OMS) difundidas em 1985, chamado Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento (MHPN), que propõe não só modificar, mas também ampliar a assistência, num contexto mais igualitário, quebrando as barreiras da hegemonia e da institucionalização.

A última categoria, *Pressupostos da assistência humanizada ao parto*, reconhece que é necessária uma compreensão ampliada sobre o parto, respeitando seu processo fisiológico e cultural, de forma a oferecer mais suporte emocional à mulher e à família do que intervenções técnicas (18, 24, 48, 60). A mulher que já foi vítima do modelo de assistência tradicional carrega consigo traumas da violência (29). Muitas vezes, as vivências de situações de violência mobilizam as mulheres para um movimento de luta pela retomada do seu protagonismo no processo de parturição, buscando respeito à autonomia e liberdade de escolha (4, 18, 26, 31, 46, 49).

É essencial um cuidado individualizado, motivador, acolhedor e qualificado, que traga mais satisfação e bem-estar para as mulheres na assistência (11, 60-62). A liberdade de posição, de deambulação, de alimentação, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, a privacidade, o respeito ao pudor da mulher, a presença contínua do

acompanhante e de doulas, um ambiente amigável e uma boa infraestrutura trazem benefícios e devem ser encorajados e respeitados durante todo o trabalho de parto, privilegiando a satisfação da mulher (11, 13, 16, 19, 25, 26, 29, 31, 39, 41, 44, 47, 63). A boa relação da mulher com os profissionais e "ser levada a sério" pela equipe de saúde são aspectos de grande importância para o parto e o nascimento (19, 21, 24, 26, 28, 32, 36, 37, 39, 41, 56, 57, 61-63), pois o cuidado humanizado e holístico são os diferenciais para uma interação afetiva e terapêutica, que gera autoestima, aumento do senso de identidade, reconhecimento de suas capacidades, confiança, bem-estar, segurança, tranquilidade e satisfação na vivência de parturição, pós-parto e amamentação (21-24, 26, 28, 29, 31, 37, 39, 44, 46, 49, 56, 57, 60, 61).

Este modelo de cuidados permite às mulheres familiaridade e tranquilidade com o processo de nascimento e tem como meta a redução das taxas de cesáreas e morbimortalidade materna e perinatal, consideradas problema de saúde pública, uma vez que o uso excessivo de tecnologias vem causando mais danos do que benefícios à mulher e ao bebê (18). A discussão apresentada em todas as categorias apontou um panorama de situações de violência obstétrica que se materializam, de forma naturalizada, no cotidiano das unidades ambulatoriais e das maternidades brasileiras nos últimos anos (65-72).

Nesta ótica, Carneiro *et al.* (65) defendem mudanças marcantes na assistência obstétrica, dado que estas práticas são atreladas ao exercício do poder biopolítico-social de um modelo de atenção obstétrica que se encontra colonizado por práticas não baseadas nas evidências científicas. Além disso, contrariam as recomendações da OMS (73, 74), do Programa Rede Cegonha do Ministério da Saúde (74, 75), bem como desrespeitam o documento *Assistência ao parto normal: um guia prático*, lançado pela OMS em 1996 (73).

Desse modo, torna-se necessário dar visibilidade à violência obstétrica, pois é sob esta perspectiva que muitas vezes se criam ações que possibilitem aos profissionais de saúde assumir uma responsabilidade para além das rotinas de pré-natal e do entendimento biomédico da gestação e parto (67, 72, 74, 76), de forma a transformar os paradigmas assistenciais obstétricos, necessários para o bem-estar e saúde das mulheres (72, 76). Uma das formas de dar visibilidade a este tipo de violência tem sido usada nas redes sociais, em especial através dos *blogs* que se configuram do seguinte modo:

[...] lugares de textualização da violência, pela narratividade da dor, cujo funcionamento produz um gesto de resistência, pela denúncia. Gesto que intervém na história ao produzir outros modos de narrar o parto, desorganizando o discurso médico estabilizado que governa e administra nossos corpos. Testemunho de um corpo de re(existe) [...] (71).

As mudanças neste modelo podem ser favorecidas pelo compartilhamento de saberes e experiências, conhecimentos e reconhecimentos dos direitos, sobretudo, sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, por meio da participação ativa da mulher e de sua família, assumindo o protagonismo na condução do processo de parturição. Estes são aspectos evidentes para a satisfação da mulher na assistência obstétrica (24, 34, 44, 65-70, 72, 76).

Vale ressaltar que esta revisão permitiu identificar os fatores intervenientes nas práticas de assistência ao parto, que podem interferir na vivência do parto e nascimento, a partir dos relatos das mulheres identificados nos artigos selecionados. Isso o diferencia de outros estudos que privilegiam a identificação de tipos de violência, revisões que se utilizam de várias fontes –literatura acadêmica, produções dos movimentos sociais e documentos institucionais–, ou revisões que se apoiam em manuais técnicos e legislações (77-79).

Considerações finais

Com base nos relatos das mulheres identificados nos artigos selecionados, o parto ainda é visto como uma forma de nascer insegura, fortemente relacionada de forma negativa à dor, sobre a qual a mulher não tem controle por ser considerada inadequada física e psicologicamente. Logo, por falta de conhecimento e informação do processo de parturição e dos seus direitos sexuais e reprodutivos, ela não reconhece a violência obstétrica, aceita o atendimento prestado, acreditando na competência dos profissionais de saúde, que raramente reconhecem que praticam a violência,

mesmo que em pequenos gestos e atitudes entre eles próprios e na relação com a parturiente. Os relatos ainda apontam que a assistência ao parto pode ser melhorada pela articulação entre o pré-natal, parto e pós-parto, pela disponibilidade de tempo para o cuidado, pelo acesso à informação, pela comunicação eficaz e por um cuidado centrado na mulher e na família.

Conforme evidenciamos, o modelo de assistência obstétrica está ultrapassado. Ainda que o Ministério da Saúde faça propostas de Políticas e Programas de Saúde da Mulher que proponham práticas assistenciais baseadas em evidência científica, é necessário mudar o processo de formação dos profissionais de saúde, pois ainda há o predomínio da formação pautada no tecnicismo e no uso indiscriminado das tecnologias e intervenções iatrogênicas na assistência obstétrica de baixo risco. Porém, estas mudanças na formação não serão concretizadas se as próprias práticas de atenção ao parto não forem discutidas e reconhecidas como obsoletas e violentas pelos gestores e profissionais de saúde atuantes na assistência pré-natal e no pós-parto, dado que a violência obstétrica não se limita ao parto.

Concluimos sob o enfoque de gênero, que as práticas e o modelo de assistência obstétrica em vigência no Brasil desrespeitam e/ou ignoram os direitos sexuais, reprodutivos e humanos, o que se reflete nos altos índices de cesárea e nos maus tratamentos sofridos pelas mulheres nas maternidades brasileiras. Fazem-se necessárias múltiplas ações para colocar em prática a humanização da assistência obstétrica e motivar aqueles que não acreditam nela, visando uma melhor qualidade da assistência ao parto e uma vivência satisfatória para todas as mulheres, independente do gênero e da classe social.

Este estudo também evidencia a necessidade de transformações na formação dos recursos humanos durante a graduação, especialização e na formação continuada. Portanto, temas como os direitos das mulheres e os direitos sexuais e reprodutivos devem ser incluídos nos currículos da graduação, bem como na pós-graduação *Lato e Stricto Sensu*. Ensinar a assistência fisiológica ao parto e modificar as rotinas e as ambiências de ensino, utilizando, por exemplo, Centros de Parto Normal-escola. Ferramentas de educação em serviço, como a Educação Permanente de Saúde, devem ser priorizadas, no sentido de incentivar a discussão e sensibilização dos profissionais que

estão inseridos na prática profissional. Outra medida importante é o investimento na formação de obstetrias e enfermeiras obstetras, que têm sido consideradas pela literatura internacional como especialistas em parto fisiológico e mais adequadas para a condução humanizada e individualizada do parto.

Dessa forma, profissionais capacitados técnica e humanamente devem buscar estratégias de empoderamento das mulheres, por meio de um diálogo acolhedor, esclarecedor e respeitoso em consultas individuais, trabalhos em grupo com mulheres, discussão do tema em escolas e em muitos outros espaços, no sentido de reconhecer e reivindicar o direito de ser assistida de forma digna e respeitosa na gestação e parto. Uma boa relação da mulher com a equipe profissional é de grande importância para o parto e o nascimento, pois a comunicação, o acolhimento e o apoio são o diferencial deste novo modelo de cuidado. Um modelo permeado por uma interação afetiva e terapêutica, que gera autoestima e confiança e resulta em bem-estar e satisfação na vivência e integra valores e crenças, a fim de promover o cuidado integral e o empoderamento da mulher.

Referências

- (1) Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* [periódico na Internet]. 2009 [acesso: 05 abr 2017];19(2):313-326. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012
- (2) Aguiar JM, d'Oliveira AF. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 27 abr 2017];15(36):79-92. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035>
- (3) Mattar LD, Diniz CS. Hierarquias reprodutivas: maternidades e desigualdade no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 05 abr 2017];16(40):107-120. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>
- (4) Aguiar JM, d'Oliveira AF, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 05 abr 2017];29(11):2287-2296. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00074912>
- (5) Ventura M. Direitos reprodutivos no Brasil. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro; 2004.
- (6) Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU). Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Gaceta Oficial n.o 40.548* (25/11/2014).
- (7) García-Jordá D, Díaz-Bernal Z, Álamo MA. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Ciênc Saúde Coletiva* [revista en Internet]. 2012 [acesso: 30 abr 2017];17(7):1893-1902. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/29.pdf>
- (8) Salgado HO. A experiência da cesárea indesejada: perspectiva das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento [dissertação de Mestrado na Internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2012 [acesso: 27 abr 2017]. Disponível em: DOI: [10.11606/D.6.2012.tde-28012013-160810](http://dx.doi.org/10.11606/D.6.2012.tde-28012013-160810)
- (9) Santos LM, Pereira SS. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. *Physis* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 05 abr 2017];22(1):77-97. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100005>
- (10) Salgado HO, Niy DY, Diniz CS. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *J Hum Growth Dev* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 05 abr 2017];23(2):190-197. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v23n2/pt_11.pdf
- (11) Vargas PB, Vieira BD, Alves VH, Rodrigues DP, Leão DC, da Silva LA. The humanized assistance in parturition: the perception of teenagers. *J Res Fundam Care Online* [serial on the Internet]. 2014 [acesso: 2017 Apr 05];6(3):1021-1035. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i3.1021-1035>

- (12) Moliterno AC, Borghi AC, Orlandi LH, Faustino RC, Serafim D, Carreira L. Processo de gestar e parir entre as mulheres kaingang. *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 05 abr 2017];22(2):293-301. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200004>
- (13) Pinheiro BC, Bittar CM. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal Rev Psicol* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 05 abr 2017];25(3):585-602. Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/604/915>
- (14) Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet]. 2008 [acesso: 05 abr 2017];17(4):758-764. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- (15) Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* [serial on the Internet]. 2005 [acesso: 2017 Apr 05];52(5):546-553. Available from: DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- (16) Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MV, do Lago PN, de Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 05 abr 2017];18(2):262-269. Disponível em: DOI: 10.5935/1414-8145.20140038
- (17) Pires D, Ferttonani HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CS. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 05 abr 2017];10(2):191-197. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n2/a06v10n2>
- (18) Silveira SC, Camargo BV, Crepaldi MA. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. *Psicol Reflex Crit* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 05 abr 2017];23(1):1-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v23n1/a02v23n1>
- (19) Silva FF, Silva RA, Santos FA, Rego AP. Service rendered to parturient at a university hospital. *J Res Fundam Care Online* [serial on the Internet]. 2014 [acesso: 2017 Apr 05];6(1):282-292. Available from: DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n1p282
- (20) Silva TJ, Queiroz MV, Campos-Neto FH, Pennafort VP. Attention to the parturient adolescent: access and reception: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* [serial on the Internet]. 2013 [acesso: 2017 Apr 05];12(4):872-881. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4263/pdf_33
- (21) Álvarez-Franco CC. Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto. *Aqui-Chan* [revista en Internet]. 2013 [acesso: 05 abr 2017];13(1):17-26. Disponible en: DOI: 10.5294/AQUI.2013.13.1.2
- (22) Frello AT, Carraro TE. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. *Rev Enferm UERJ* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 05 abr 2017];18(3):441-445. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a18.pdf>
- (23) Carraro TE, Knobel R, Radünz V, Meinccke SM, Fiewski MF, Frello AT et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet]. 2006 [acesso: 05 abr 2017];15(Esp):97-104. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea11>
- (24) Dias MA, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2006 [acesso: 05 abr 2017];22(12):2647-2655. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200014>
- (25) Neves PR, Salim N, Soares GC, Gualda DM. Experiências de mulheres participantes de um grupo de gestantes: estudo descritivo. *Online Braz J Nurs* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 05 abr 2017];12(4):862-871. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4143/html_15

- (26) Lopes CV, Meincke SM, Carraro TE, Soares MC, dos Reis SP, Heck RM. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. *Cogitare Enferm* [periódico na Internet]. 2009 [acesso: 05 abr 2017];14(3):484-490. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i3.16178>
- (27) Grossmann-Kendall FG, Filippi V, Koninck M, Kanhonou L. Giving birth in maternity hospitals in benin: testimonies of women. *Reprod Health Matter* [serial on the Internet]. 2001 [access: 2017 Apr 05];9(18):90-98. Available from: DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(01\)90095-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(01)90095-3)
- (28) Moura MA, Costa GR, Teixeira CS. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. *Rev Enferm UERJ* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 27 abr 2017];18(3):429-434. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a16.pdf>
- (29) Jamas MT, Hoga LA, Reberte LM. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 05 abr 2017];29(12):2436-2446. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00039713>
- (30) Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2002 [acesso: 05 abr 2017];18(5):1303-1311. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v18n5/11003.pdf>
- (31) Caus EC, Santos EK, Nassif AA, Monticelli M. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 05 abr 2017];16(1):34-40. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100005>
- (32) Merighi MA, Carvalho GM, Suletroni VP. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. *Acta Paul Enferm* [periódico na Internet]. 2007 [acesso: 05 abr 2017];20(4):434-440. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_19.pdf
- (33) Clementino MO, Silva JV. Os significados e os motivos de dar à luz em Casa de Parto: as representações sociais no contexto bioético de puérperas de São Paulo, SP. *Mundo Saúde* [periódico na Internet]. 2008 [acesso: 05 abr 2017];32(4):452-457. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/06_O%20significado_baixa.pdf
- (34) Enderle CF, Kerber NP, Susin LR, Gonçalves BG. Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 05 abr 2017];46(2):287-294. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200004>
- (35) Teixeira NZ, Pereira WR. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuibá-MT. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2006 [acesso: 05 abr 2017];59(6):740-744. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000600004>
- (36) Souza RM, Soares LS, Quitete JB. Home parturition: power to feminine nature and a challenge for the obstetric nurse. *J Res Fundam Care Online* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Apr 05];6(1):118-131. Available from: DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n1p118
- (37) Caron OA, Silva IA. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Rev Latino-Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2002 [acesso: 05 abr 2017];10(4):485-492. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000400004>
- (38) Oliveira AS, Rodrigues DP, Guedes MV. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rev Rene* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 05 abr 2017];11(Esp):32-41. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20reene.v11i0.4655>
- (39) Oliveira AS, Rodrigues DP, Guedes MV. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. *Rev Enferm UERJ* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 05 abr 2017];19(2):249-254. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a13.pdf>
- (40) Santos JO, Shimo AK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de

saúde e mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [periódico na Internet]. 2008 [acesso: 05 abr 2017];12(4):645-650. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000400006>

(41) Castro ME, Moura MA, Silva LM. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. *Rev Rene* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 05 abr 2017];11(Esp):72-81. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20renew.11i0.4663>

(42) Gomes VL, Fonseca AD, Roballo EC. Representações sociais de adolescentes mães acerca do parto. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 05 abr 2017];15(2):300-305. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200012>

(43) Pereira RR, Franco RS, Baldin N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saúde Soc* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 05 abr 2017];20(3):579-589. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000300005>

(44) Darós DZ, Hess PT, Sulzbach P, Zampieri MF, Daniel HS. Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 05 abr 2017];129(2):308-314. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.10355>

(45) Pimenta LF, Silva SC, Barreto CN, Ressel LB. The culture interfering on the wish about the type of parturition. *J Res Fundam Care Online* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Apr 05];6(3):987-997. Available from: DOI: [10.9789/2175-5361.2014v6n3p987](http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n3p987)

(46) Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc* [periódico na Internet]. 2008 [acesso: 05 abr 2017];17(3):138-151. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>

(47) Gonçalves R, Aguiar CA, Merighi MA, Jesus MC. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 05 abr 2017];45(1):62-70. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100009>

(48) Oliveira ZM, Madeira AM. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2002 [acesso: 05 abr 2017];36(2):133-140. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342002000200005>

(49) Parry DC. We wanted a birth experience, not a medical experience: exploring Canadian women's use of midwifery. *Health Care Women Int* [serial on the Internet]. 2008 [access: 2017 Apr 05];29(8):784-806. Available from: DOI: [10.1080/07399330802269451](http://dx.doi.org/10.1080/07399330802269451)

(50) Ryan J, Hamela G, Chome N, Kabondo C, Hosseinipour M, Tang J. Experiences and beliefs of Malawian women who have delivered with a traditional birth attendant. *Int J Gynecol Obstet* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Apr 30];129(1):38-41. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.11.006>

(51) Owens C, Dandy J, Hancock P. Perceptions of pregnancy experiences when using a community-based antenatal service: a qualitative study of refugee and migrant women in Perth, Western Australia. *Women Birth* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Apr 30];29(2):128-137. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.09.003>

(52) Giraldo DI, González EM, Henao CP. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. *Av Enferm* [revista en Internet]. 2015 [acesso: 30 abr 2017];33(2):271-281. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.42279>

(53) Rodrigues DP, Alves VH, Penna LH, Pereira AV, Branco MB, Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 30 abr 2017];19(4):614-620. Disponível em: DOI: [10.5935/1414-8145.20150082](http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150082)

(54) Raven J, Broek N, Tao F, Kun H, Tolhurst R. The quality of childbirth care in China: women's voices: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Apr 30];15:113. Available from: DOI: [10.1186/s12884-015-0545-9](http://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0545-9)

- (55) Scarton J, Prates LA, Wilhelm LA, Silva SC, Possati AB, Ilha CB et al. "No final compensa ver o rostinho dele": vivências de mulheres-primíparas no parto normal. *Rev Gaúcha Enferm* [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 30 abr 2017];36(Esp):143-151. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56786>
- (56) Kuliukas L, Duggan R, Lewis L, Hauck Y. Women's experience of intrapartum transfer from a Western Australian birth centre co-located to a tertiary maternity hospital. *BMC Pregnancy Childbirth* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Apr 30];16:33. Available from: DOI: 10.1186/s12884-016-0817-z
- (57) Robertson EK. "To be taken seriously": women's reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden. Norway. *Sex Reprod Healthc* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Apr 30];6(2):59-65. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2014.09.002>
- (58) Belfort IK, Kalckmann S, Batista LE. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. *Saúde Soc* [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 30 abr 2017];25(3):631-640. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-129020162571>
- (59) Silva RL, Lucena KD, Deininger LS, Martins VM, Monteiro AC, Moura RM. Obstetrical violence under the look of users. *Rev Enferm UFPE* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 May 18];10(12):4474-4480. Available from: DOI: 10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201606
- (60) Ängeby K, Wilde-Larsson B, Hildingsson I, Sandin-Bojö AK. Primiparous women's preferences for care during a prolonged latent phase of labour. *Sex Reprod Healthc* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Apr 30];6(3):145-150. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2015.02.003>
- (61) Dahlberg U, Persen J, Skogås AK, Selboe ST, Torvik HM, Aune I. How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sex Reprod Healthc* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Apr 30];7:2-7. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>
- (62) Baas CI, Erwich JJ, Wiegers TA, Cock TP, Hutton EK. Women's suggestions for improving midwifery care in the Netherlands. *Birth* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Apr 30];42(4): 369-378. Available from: DOI: 10.1111/birt.12185
- (63) Jayanthi TP, Suresh S, Padmanaban P. Primary health centres: preferred option for birthing care in Tamilnadu, India, from users' perspectives. *J Health Popul Nutr* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Apr 30];33(1):177-186. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4438661/>
- (64) Leal MC, Pereira AP, Domingues RM, Filha MM, Dias MA, Nakamura-Pereira M et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Apr 05];30(Supl 1):S17-S32. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
- (65) Carneiro MS, Teixeira E, Silva SE, Carvalho LR, Silva BA, Silva LF. Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. *REME Rev Min Enferm* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 05 abr 2017];17(2):446-453. Disponível em: DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130034>
- (66) Machado GP. Violência obstétrica sob a percepção de mulheres que a vivenciaram [dissertação de mestrado]. São Paulo: Centro de Ciências Biológicas e Saúde, Universidade Federal de São Carlos; 2016.
- (67) Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF, Diniz SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 05 abr 2017];10(35):1-12. Disponível em: DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10(35)1013)
- (68) Rodrigues DP, Alves VH, Penna LH, Pereira AV, Branco MB, Silva LA. The pilgrimage in reproductive period: a violence in the field of obstetrics. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Apr 05];19(4):614-620. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150082>
- (69) Andrade PO, Silva JO, Diniz CM, Caminha MF. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal

em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 05 abr 2017];16(1):29-37. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>

(70) Pereira JP, Silva JC, Borges NA, Ribeiro MM, Auarek LJ, Souza JH. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. *Braz J Surg Clin Res* [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 05 abr 2017];15(1):103-108. Disponível em: http://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/6646/1/ARTIGO_Viol%C3%AanciaObst%C3%A9tricaOfensa.pdf

(71) Bocchi AF. A militância feminista na Web: o funcionamento da argumentação em discursos sobre a violência no parto. *Ling (dis)curso* [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 05 abr 2017];16(2):309-328. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-4017-160207-4515>

(72) Diniz CS, NiyDY, Andrezzo HF, Carvalho PC, Salgado HO. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 05 abr 2017];20(56):253-259. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>

(73) Organização Mundial de Saúde (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde [declaração na Internet]. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, Organização Mundial de Saúde (OMS); 2014 [acesso: 05 abr 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf

(74) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e nascimento. *Cadernos Humanizados*. Volume 4 [livro na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade Estadual do Ceará; 2014 [acesso: 05 abr 2017]. Disponível em: http://www.redehumanizadas.net/sites/default/files/caderno_humanizadas_v4_humanizacao_parto.pdf

(75) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Rede Cegonha. Manual de acolhimento e de classificação de risco em obstetrícia [manual na Internet]. Brasília:

Coordenação de Gestão Editorial, Ministério da Saúde; 2014 [acesso: 05 abr 2017]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dae/ManualObstetricia.pdf>

(76) Oliveira EM, Celento DD. A Temática da Rede Cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto. *Revista de Saúde* [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 05 abr 2017];7(1):33-38. Disponível em: DOI: [10.21727/217927392016.rs.v7i1.33-38](http://dx.doi.org/10.21727/217927392016.rs.v7i1.33-38)

(77) Martins AC, Barros GM. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. *Rev Dor* [serial on the Internet]. 2016 [acesso: 2017 May 19];17(3):215-218. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160074>

(78) Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HF, Carvalho PG, Carvalho PC, Aguiar CA *et al*. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Hum Growth Dev* [serial on the Internet]. 2016 [acesso: 2017 May 19];25(3):377-384. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>

(79) Rodrigues DP, Alves VH, Branco MB, Mattos R, Dulfe PA, Vieira BD. A violência obstétrica como prática no cuidado na saúde da mulher no processo parturitivo: análise reflexiva. *Rev Enferm UFPE Online* [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 19 mai 2017];9(Supl 5):8461-8467. Disponível em: DOI: [10.5205/reuol.6466-55061-3-SM.0905supl201516](http://dx.doi.org/10.5205/reuol.6466-55061-3-SM.0905supl201516)

O significado de cuidar de uma idosa dependente após o acidente vascular cerebral

El significado de cuidar a una adulta mayor dependiente después de un accidente cerebrovascular

The meaning of caring for a dependent elderly woman after a stroke

• Jaine Karenly da Silva¹ • Rita Narriman Silva de Oliveira Boery² •

•1• Doutoranda Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus Jequié, Bahia. Professora Assistente, Departamento de Educação, Universidade do Estado da Bahia, campus XII. Guanambi, Bahia, Brasil. E-mail: jainekareny@yahoo.com.br

•2• Doutora em Enfermagem com pós-doutorado em Bioética. Professora pleno da Graduação e do Programa de Pós-graduação Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde II, campus Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: rboery@gmail.com

Recibido: 07/12/2016 Aprobado: 18/05/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v35n2.61443



Resumo

Objetivo: Compreender o significado de cuidar de uma idosa dependente após acidente vascular cerebral (AVC), na perspectiva da filha, como cuidadora familiar (CF).

Metodologia: Estudo de caso, qualitativo, realizado em um município da região sudoeste da Bahia, no ano de 2016, com seleção intencional. Na coleta de dados utilizaram-se: escalas de dependência e sobrecarga de cuidado, questionário e entrevista semiestruturada.

Resultados: Foram identificadas três categorias: *Significado de ser cuidadora de uma pessoa idosa após o AVC*, demonstrando que o cuidado recíproco emergiu de uma satisfatória relação familiar pré-existente e proporciona felicidade e gratidão; *Impacto do cuidado no cotidiano*, demonstrando a necessidade de reorganização pessoal e suspensão de atividades laborais. As sobrecargas de cuidado física, financeira, social e emocional são identificadas respectivamente por dores corporais, dificuldade no orçamento familiar e de realizar atividades de lazer, inadequação de sono, cansaço e estresse; *Enfrentamento das demandas de cuidado*, que pontua a fé em Deus como recurso principal e um adolescente surge como cuidador secundário. O apoio formal velado e a falta de apoio informal de outros familiares foram apontados como fatores negativos.

Conclusões: É necessário que as políticas públicas de saúde efetivem linhas de cuidado ao sobrevivente ao AVC e insiram protocolos efetivos de apoio aos CF, possibilitando espaços de formação e socialização dessa experiência, para aumentar a proatividade e minimizar essas sobrecargas.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral; Cuidadores; Família; Reabilitação (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: Comprender el significado de cuidar a una anciana dependiente después de un accidente cerebrovascular (ACV) desde la perspectiva de su hija, quien desempeña el papel de cuidadora familiar (CF).

Metodología: Estudio de caso cualitativo con selección intencionada, realizado en un municipio de la región suroeste de Bahía, en el año 2016. Para la recolección de datos se utilizaron escalas de dependencia y sobrecarga de cuidado, un cuestionario y una entrevista semiestruturada.

Resultados: Se identificaron tres categorías: *Significado de ser cuidadora de una persona anciana después de un ACV*, lo cual demostró que el cuidado recíproco emerge de una satisfactoria relación familiar preexistente y proporciona felicidad y gratitud; *Impacto del cuidado en lo cotidiano*, que indicó la necesidad de reorganizar las actividades personales e incluso, de suspender las actividades laborales. Las sobrecargas física, financiera, social y emocional de cuidado fueron identificadas, respectivamente, mediante dolores corporales, dificultades en el presupuesto familiar/realización de actividades de entretenimiento, sueño inadecuado y fatiga/estrés; *Afrontamiento de las demandas de cuidado*, lo que destacó la fe en Dios como recurso principal y a un adolescente como cuidador secundario. El apoyo formal oculto y la falta de apoyo informal de otros parientes fueron señalados como factores negativos.

Conclusión: Es necesario que las políticas públicas de salud ejecuten las líneas de cuidado al sobreviviente de un ACV y que incluyan protocolos efectivos de apoyo a los cuidadores familiares, possibilitando espacios de formación y socialización de la experiencia, con el fin de aumentar la proactividad y minimizar las sobrecargas.

Descriptores: Accidente Cerebrovascular; Cuidadores; Familia; Rehabilitación (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: To understand the meaning of caring for a dependent elderly woman after a stroke, from her daughter perspective, who plays the role of family caregiver (FC).

Methodology: Qualitative case study with purposeful selection, which was carried out in municipality of the southwestern region of Bahia, in the year 2016. For data collection, dependency and caregiving burden scales, a questionnaire, and a semi-structured interview were used.

Results: Three categories from data analysis were identified: *Meaning of being a caregiver for an elderly woman after a stroke*, proving that the reciprocal caring emerges from a satisfactory pre-existent family relationship and brings both happiness and gratitude; *Impact of caring on daily life*, revealing a need to reorganize personal activities and even to suspend the work activities. Physical, financial, social and emotional care burden was, respectively, identified because of bodily pain, difficulties in the family budget/fulfilling leisure activities, inadequate sleep, tiredness/stress; *Coping with the demands for care*, highlighting faith in God as the primary resource and an adolescent as a secondary caregiver. The hidden formal support and the other relatives' lack of informal support were regarded as negative factors.

Conclusions: Public policies on health need to develop caring lines for stroke survivor and to include effective support protocols for family caregiver, enabling training and socialization of experience spaces, in order to enhance proactiveness and to reduce caregiving burden.

Descriptors: Stroke; Caregivers; Family; Rehabilitation (source: DECS BIREME).

Introdução

O acelerado processo de transição demográfica e epidemiológica tem contribuído para a mudança no perfil de adoecimento populacional, gerando um aumento das doenças crônicas, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, principalmente em idosos (1).

Dados epidemiológicos recentes apontam que entre essas doenças, as cerebrovasculares, especialmente o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é considerado, no Brasil e no mundo, a segunda principal causa de morbimortalidade (2, 3) e a primeira de incapacidade funcional (4).

Esse resultado implicou em uma reorganização global da assistência à saúde pública para a fase aguda do AVC, cuja finalidade é a redução de 25% das mortes prematuras de AVC até o ano de 2025 (2).

Em contrapartida, pesquisadores apontam que as ações sociais governamentais ainda são incipientes, especialmente no período de reabilitação (5). Assim, após a alta hospitalar, o sobrevivente ao AVC retorna ao domicílio com incapacidades físicas, cognitivas e emocionais que afetam suas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), tornando-o dependente de cuidado (6).

Neste cenário, a família, geralmente de baixa renda, elege um de seus membros, denominado cuidador principal, para auxiliar a pessoa após o AVC no desenvolvimento de novas habilidades e competências para a recuperação da própria autonomia (7).

Como esta nova função é inesperada, observa-se que o despreparo, a falta de suporte social e orientação expõem o cuidador ao estresse e aumento da sobrecarga de cuidado, afetando a sua própria saúde e qualidade de vida (8) e limitando o próprio cuidado (6).

No Brasil, a escala validada mais utilizada para avaliar a sobrecarga de cuidado é a de *Zarit Burden Interview* (ZBI) (9), que quantifica as sobrecargas de cuidado nos aspectos físico, financeiro, social, emocional e psicológico (10).

Portanto, conhecer o processo de cuidar na perspectiva dos CF e entender como esta atividade impacta sobre a própria vida é importante para orientar os profissionais de saúde a traçarem medidas de suporte social de maneira sistematizada, embasadas nas Diretrizes de Atenção à Reabilitação da pessoa com AVC, que vise o acesso à saúde das pessoas que se tornaram dependentes e, também, de seus cuidadores, que estão em processo partilhado de adoecimento físico e psicológico.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi compreender o significado de cuidar de uma idosa dependente, após o AVC, na perspectiva da filha como cuidadora familiar.

Materiais e Método

Visando responder a este objetivo, optou-se por um estudo de caso qualitativo, que investiga um fenômeno atual em seu contexto real (11) e tem como foco a compreensão das particularidades relacionadas ao caso em estudo (12).

Este estudo de caso está vinculado ao projeto de pesquisa *Incapacidade funcional após o AVC e a sobrecarga do cuidador: entraves para os cuidados no domicílio*, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Bahia (UNEB), sob o parecer de número 996 193. Assim sendo, através de uma amostra não probabilística intencional, selecionou-se uma participante entre as cuidadoras familiares principais, que exerce esta atividade há mais de um ano e que residia com a idosa, pois este era um tempo suficiente para gerar sobrecarga de cuidado.

A visita teve agendamento prévio, para apresentação dos objetivos da pesquisa e esclarecimento dos preceitos éticos que norteiam a Resolução n.º 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foram preservados o sigilo e o anonimato da participante identificando-a com o nome de uma flor.

A pesquisa foi realizada no próprio domicílio, no mês de abril de 2016 durante duas visitas com duração média de entrevista de aproximadamente 30 minutos. A participante da pesquisa é filha da idosa que possui diagnóstico médico de AVC há aproximadamente três anos, período que equivale ao tempo de cuidado.

Foram aplicados quatro instrumentos para a coleta de dados. O primeiro refere-se à escala de Katz para avaliar o grau de dependência do idoso após o AVC em seis Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD): vestir-se, tomar banho, higiene pessoal (ir ao banheiro), transferência, controle de esfínteres e alimentação (13). O escore varia de 0 a 6 pontos e atribui-se 1 ponto a cada resposta "Sim". A pessoa será classificada como independente se atingir pontuação 6, com dependência moderada se a pontuação for 4 ou 5 e muito dependente se a pontuação for menor ou igual a 3 (14).

O segundo instrumento utilizado foi a escala de ZBI para avaliar a sobrecarga de cuidado do CF. Nesta escala, há 22 itens que podem pontuar entre 0 e 88. O escore de 0 a 20 indica *ausência de sobrecarga*; 21 a 40: *sobrecarga moderada*; 41 a 60: *sobrecarga moderada a severa*; 61 a 88: *sobrecarga severa* (10).

O terceiro instrumento utilizado foi um questionário composto por características socioeconômicas, informações relacionadas ao cuidado e as condições de saúde do cuidador. Por fim, procedeu-se ao quarto instrumento representado pela entrevista semiestruturada com uso de gravador de áudio. As questões norteadoras foram:

- *Como você se tornou a principal cuidadora de seu familiar?*
- *Quais as mudanças que ocorreram em sua vida após se tornar cuidadora?*
- *Quais as principais dificuldades enfrentadas durante o cuidado de sua familiar?*
- *O que ajuda você a enfrentar este processo?*

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo, na modalidade temática, compreendendo as três fases: 1) *pré-análise*, que consiste na leitura e contato exaustivo com o material de campo, validação dos critérios qualitativos e (re)formulação de hipótese; 2) *exploração do material*, que refere-se à codificação das categorias teóricas ou empíricas responsáveis pela especificação dos temas; e 3) *tratamento dos resultados obtidos ou interpretação*, que, mediante os resultados brutos, propõe inferências e interpretações inter-relacionando-as com o referencial teórico (15).

Resultados e Discussão

O estudo foi realizado com a CF "Margarida", sexo feminino, 38 anos, solteira, ensino fundamental incompleto e sem remuneração salarial, pois se desvinculou do emprego para cuidar da mãe. A residência pertence à pessoa idosa, sobrevivente ao AVC, onde também residem os dois filhos da CF: um menino de 14 anos de idade e uma menina de oito.

Em seguida, descrevem-se alguns aspectos pessoais da enferma e suas limitações. Tem 78 anos, diagnóstico médico de AVC com alta hospitalar há aproximadamente três anos e paresia no braço esquerdo. Necessita de ajuda para banho, vestir-se, ir ao banheiro/higienização, possui incontinência vesical, sendo necessário o uso constante de fralda geriátrica. Esses aspectos conferem o escore de dois pontos na escala de Katz, caracterizando alto grau de dependência na realização das ABVD. Isso pode ter desencadeado sobrecarga moderada à CF, com total de 40 pontos avaliada pela escala de ZBI.

Os instrumentos de coleta de dados com base nas escalas permitem descrever que a idosa possui uma alta demanda assistencial para a realização das ABVD e que a filha cuidadora encontra-se sobrecarregada. Os outros dados coletados, provenientes do questionário e da entrevista, permitem compreender melhor a dinâmica pessoal e reorganização familiar para realizar o cuidado em domicílio após a alta hospitalar.

Assim, após a organização das falas para a descrição dos códigos, foram identificados os núcleos de sentido que, posteriormente, foram agrupados e deram origem às seguintes categorias: *Significado de ser cuidadora de uma pessoa idosa após o AVC*; *Impactos do cuidado no cotidiano*; e *Enfrentamento das demandas do cuidado*.

A categoria *O significado de ser cuidadora de uma pessoa idosa após o AVC* se consolidou a partir dos núcleos de sentido:

Não foi porque eu fui a escolhida e ao mesmo tempo foi! [...] Minhas outras irmãs não querem saber de cuidar dela! [...] Então, se não fosse eu para

cuidar, ela já tinha falecido ou estava no abrigo! [...] Se eu estou do jeito que estou hoje [...] uma mulher e mãe de família, eu agradeço a Deus primeiro, depois agradeço a ela que teve todo esse trabalho comigo! [...] sinceramente eu me sinto feliz cuidando dela [...] vou dedicar a minha vida e o meu tempo mais a ela, porque ela está precisando hoje, do mesmo jeito que precisei dela [...]

A partir da narrativa da participante, constatou-se que o significado de cuidar da familiar representa uma possibilidade de reciprocidade do cuidado, que não é percebida como sacrifício, mas como a oportunidade de retribuir o carinho recebido durante a vida, que foi importante para o estabelecimento de seus valores pessoais.

Este cuidado intergeracional voluntário geralmente reflete a ideia de reciprocidade que se embasa em elementos como solidariedade, respeito mútuo e generosidade (16). A ação solidária representa uma doação de si no cuidado com o outro (17), que proporciona um significado de crescimento pessoal (18).

O contexto emocional da relação familiar pré-existente influenciou na visão da cuidadora sobre este novo papel (19). Portanto, para esta filha, tornar-se cuidadora foi uma escolha evidenciada pela relação de afetividade e proximidade e, não apenas, por expectativas sociais de parentesco (20), gênero e idade (21).

A oportunidade de restituição desse cuidado despertou sentimentos de felicidade e gratidão (20), pois a cuidadora sentiu-se no dever de retribuir essa dedicação maternal, o que demonstra quanto gratificante pode ser o cuidado. Entretanto, este papel também pode ser percebido como uma obrigação imposta pela enfermidade, e não uma opção de vida, pois os CF não encontram outras pessoas para desenvolver esta tarefa (19), podendo surgir sentimentos de raiva, estresse (9) e impaciência (22).

O ato de cuidar, ainda que espontâneo, pode implicar em alterações importantes que afetam o estilo de vida do cuidador. Na categoria *Impacto do cuidado no cotidiano*, os núcleos de sentido a seguir ilustram a percepção dessa modificação após o processo de adoecimento que ocasionou as respectivas sobrecargas de cuidado:

Sobrecarga financeira: [...] praticamente mudou foi tudo, porque antes eu trabalhava [costurava, ajudava em lanchonete]! A renda da casa vem da aposentadoria dela! Um salário para sustentar todo mundo! As dificuldades são por causa de medicamento que às vezes não acho e tenho que comprar. As fraldas dela são compradas! [...] Tem que pagar o carro para levar e trazer no hospital! Pago água e luz [...] e eu vou economizando o mês inteiro! [...] Às vezes eu sinto que falta mesmo é no final do mês, que falta dinheiro para comprar as verduras e frutas dela! Preocupação porque uma hora tem que fazer um exame e não tem como eu pagar [...]

Sobrecarga física: [...] A gente pega na mão dela e leva no banheiro! [...] as partes íntimas às vezes ela lava! [...] depois eu seco e troco a fralda! [...] tem dia que ela dá um pouquinho de trabalho! [...] Ela não quer tomar banho! [...] quando chega ao banheiro ela quer deitar no chão! Se colocar ela em pé, ela desce de uma vez! [...] Não ajuda em nada!

Sobrecarga social: [...] às vezes eu ia para o meu serviço e no dia de domingo eu ia à casa de meus irmãos e fazia farra [festa], mas com ela junto! Ela sempre participou! [Hoje] para poder sair de casa e ir à rua, só se meu filho ficar com ela!

Sobrecarga emocional: Tem dia que é cansativo, eu estresso, eu começo a gritar e brigar com ela! Porque tem dia que ela fala: «Hoje vou te pirraçar»! Aí só Deus na causa, porque ela não ajuda em nada [...] principalmente de manhã cedo [...]! Eu a sento e dou o remédio! Quando viro as costas ela joga o remédio fora! [...] No dia que ela não quer comer [...] pega a comida e joga atrás do sofá, derrama e mela tudo! [...] Cuidar dela e ter outras coisas para fazer estressa e cansa muito [...] é pesado!

Por residir com a idosa que apresenta incapacidade funcional, a rotina de cuidado do CF torna-se ininterrupta, pois além dos cuidados diretos existe a necessidade de administrar toda a logística assistencial, o que contribui para o aumento da sobrecarga do cuidado.

Assim sendo, apesar do ser humano ter em sua essência natural e cultural o cuidado com o outro, essa nova experiência pode representar um desafio para o CF e comprometer a sua dinâmica pessoal e social (23).

Por meio das falas, nota-se o quão impactante a enfermidade pode ser na vida de uma cuidadora de idosa dependente, especialmente, por possuir

outros membros da família que também são dependentes de cuidado, como os próprios filhos —uma criança e um adolescente.

Os principais impactos estão relacionados à sobrecarga física diária durante a atividade repetitiva do banho que gera dor e manifestação de cansaço físico. Outros indicativos da sobrecarga relacionam-se com a alteração emocional como o estresse, inadequação do sono, o prejuízo social com privação da liberdade para o lazer e os recursos financeiros insuficientes para manter as demandas básicas de cuidado e prover o sustento do lar para toda a família.

A CF necessitou reorganizar toda a sua estrutura pessoal e abandonar a sua atividade profissional em prol dessa responsabilidade assumida e isso afetou a sua qualidade de vida (19), bem como sua situação financeira com o impacto da saída do serviço. Essas dificuldades econômicas ocorrem porque os CF dificilmente recebem suporte financeiro externo (24) de familiares ou de órgãos públicos.

O aparecimento das sobrecargas de cuidado pode ocorrer simultaneamente e estabelecer uma relação de interdependência. Dessa maneira, as sobrecargas sociais podem afetar os aspectos psíquicos e emocionais (20) expressos por relatos de dores de cabeça, insônia, inapetência, tristeza e ansiedade (25).

Para minimizar essas alterações, a CF buscou *Enfrentamento das demandas de cuidado*, o que constituiu a terceira categoria. O principal recurso utilizado para reduzir as sobrecargas de cuidado foi a fé em Deus, expressa pelos núcleos de sentido:

Ao final do dia, me sinto cansada, mas agradecendo a Deus que venci mais um dia, pedindo força para superar o que vai vir [...]! [...] se é assim é porque Deus quer! Então eu me conformo!

Esta narrativa amplia a compreensão do quão difícil é a atividade de cuidar. Por mais que seja espontânea, torna-se necessário renovar

constantemente as forças espirituais, buscando equilíbrio em Deus. Esta realidade é cotidiana em cuidadores de pessoas com doenças crônicas, pois elas apoiam-se na fé para enfrentar as demandas de cuidado. Nesses momentos, a fé representa não apenas um alicerce espiritual, mas influencia na interpretação do cuidado como missão divina (26).

A cuidadora reconhece que a fé que possui em Deus foi influência materna. Frequentar a igreja hoje representa mais que um momento de socialização, é uma oportunidade de fortalecerem-se espiritualmente, conforme descreve:

Hoje a gente sai [...] para igreja! O pastor vem pegar e trazer a gente! [...] pelo menos sai para algum lugar com ela! [...] Na verdade eu fui para igreja foi através dela! [...] Depois que a gente foi para igreja ela melhorou [...].!

A falta de apoio informal por outros membros da família também é um enfrentamento relatado, que gerou sentimentos de revolta e tristeza, perceptível nos núcleos de sentido seguintes:

[...] é doloroso ver os meus outros irmãos passarem aqui na porta e não terem a coragem de chegar até o portão e perguntar: «Onde está aquela velha, já morreu»? [...] é triste saber que tem filho e sentir-se jogada [...].!

Por meio da narrativa acima fica evidente a não participação dos irmãos no cuidado com a idosa. Estas expressões sugerem que o cuidado da filha para com a mãe foi além de um ato voluntário, pois a CF considerou também que o cuidado prestado pelos irmãos poderia não ser executado com zelo e carinho, configurando-se, portanto como uma falta de opção.

A escolha de um CF para exercer o cuidado pode gerar afastamento dessa responsabilidade pelos demais membros da família. Essa atitude pode propiciar maior incômodo que o próprio cuidar do idoso dependente (27) e contribuir para o aumento das sobrecargas de cuidado (19).

Com relação ao auxílio por outros familiares, neste estudo observamos uma situação singular, com discussão incipiente na literatura. Embora a cuidadora não tivesse auxílio de outros membros adultos familiares, aqui vemos um novo ator neste contexto do cuidado, o filho adolescente como cuidador secundário, atuando principalmente quando a cuidadora principal precisa sair de casa ou encontra-se impossibilitada, como ocorreu durante seu adoecimento, conforme a narrativa abaixo:

Quando tive dengue o meu menino [...] cuidou dela, sem reclamar nada! [...] ele estudava à tarde, saía meio dia e a trocava [...].! Realizava o banho a noite quando ele chegava do colégio! [...] até hoje ajuda [quando precisa sair].!

Estes dados são importantes tendo em vista que a discussão sobre adolescentes como cuidadores secundários para pessoas dependentes ainda é incipiente, pois geralmente esta função é empregada por pessoas adultas (28).

Além disso, uma pesquisa recente tem apontado a necessidade de descrição das relações dos cuidadores com seus filhos e parceiros (24), pois cuidar de um idoso com incapacidade funcional pode gerar a diminuição da atenção com a própria família e aumentar a sobrecarga do cuidador. Este conflito entre mãe e filho/s não foi descrito pela cuidadora e provavelmente o contexto religioso tem contribuído para a harmonia familiar e para o entendimento do cuidado intergeracional como algo necessário (29).

Embora o suporte formal dos profissionais de saúde dos serviços públicos não tenha sido descrito diretamente pela CF, os núcleos de sentido a

seguir expressam como é importante repensar as práticas de orientação do cuidado na alta hospitalar, a fim de capacitar os CF no reconhecimento de sinais e sintomas do AVC. Além disso, oferecer apoio no retorno ao domicílio, sobretudo suporte emocional, é necessário para manter o equilíbrio em situações inesperadas:

Tem dias que ela dá crise! Tipo epilepsia! Ela começa entortando todo o corpo! A boca vem para o lado! [...] difícil assim de explicar! Ela entorta, fica babando, tremendo e muda a cor! Ela fica roxa e toda deforma! O médico disse que era da doença! [...] Ela já deu três vezes a convulsão [...] quando ela começa dar essas crises eu me apavoro! [...]

Apesar de cuidar da mãe há três anos, as situações de crises convulsivas ainda causam pavor, pois a CF parece carecer de informações em relação aos procedimentos que devem ser adotados em situações de urgência. Este fato ocorre, provavelmente pela falta de orientações contínuas pelas equipes de saúde, relatada no questionário deste estudo.

A falta de elaboração de um plano de cuidado pelos profissionais de saúde no momento da alta hospitalar, incluindo as orientações específicas que podem nortear o cuidado em domicílio, tem sido apontada como fator contribuinte para as readmissões hospitalares após o AVC (27). A figura do enfermeiro como protagonista dessa ação tem se mostrado incipiente, apesar de ser reconhecido como o profissional de saúde que melhor conhece a cultura do cuidado familiar (27, 30).

Esta lacuna assistencial propaga-se até os serviços de atenção primária à saúde, pois os CF têm expressado a fragilidade do suporte social durante o período de reabilitação do idoso dependente (27, 30-31). Até mesmo em países desenvolvidos como o Canadá, que apesar de possuir no protocolo de reabilitação uma recomendação de intervenção com a família, não existe especificação

de sua operacionalidade (32). Portanto, é importante reduzir orientações pontuais e elaborar planos individuais.

As pesquisas em geral mostram que os CF de pessoas com patologias crônicas recebem pelo menos uma assistência de familiares adultos (31) ou das unidades de saúde (33). Neste estudo em particular, esses dois suportes são ausentes, o que aumenta a predisposição para a sobrecarga de cuidado.

Considerações finais

Considerando o impacto que a doença crônica gera para a pessoa após o AVC e para o CF, é importante que as ações de políticas públicas sejam efetivadas na perspectiva de maior investimento na consolidação de vínculos familiares e suporte social desde a alta hospitalar.

Para esta filha, o cuidado foi marcado por total desvencilhamento das atividades pessoais e profissionais. Nesta condição, fica evidente quão gratificante é poder ter a oportunidade de retribuir o cuidado, apesar das sobrecargas decorrentes dele. Para manter-se firme nesta tarefa, apoiou-se na fé em Deus e no filho adolescente, que surge como novo elemento no apoio assistencial, tendo em vista a falta de apoio informal dos irmãos e suporte social velado.

É importante a capacitação do CF pela equipe de saúde, assim como a criação de espaços de formação e socialização com outros cuidadores para compartilharem desafios e experiências de sucesso na abordagem do cuidado domiciliar.

Aponta-se a necessidade de estudos mais abrangentes que possam explorar o contexto das relações familiares e o cuidado intergeracional, atuação do cuidador secundário adolescente e como ações governamentais podem contribuir para o fortalecimento da proatividade do cuidado em domicílio, pois estas ainda são discussões incipientes.

Referências

- (1) Almeida ND. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde-sus. Rev Psicol Saúde [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 13 out 2016];5(1):1-9. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n1/v5n1a02.pdf>

- (2) World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014 [report on the Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO); 2014 [access: 2016 Sep 02]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1
- (3) Departamento de Informática do SUS (DATASUS) [sitio web]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [atualizada: 18 abr 2016; acesso: 18 abr 2016]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
- (4) Zhang Y, Chapman AM, Plested M, Jackson D, Purroy F. The incidence, prevalence, and mortality of stroke in France, Germany, Italy, Spain, the UK, and the US: a literature review. *Stroke Res Treat* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Oct 13];2012:1-11. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/436125>
- (5) Costa TF, Costa KN, Fernandes MG, Martins KP, Brito SS. Quality of life of caregivers for patients of cerebrovascular accidents: association of (socio-demographic) characteristics and burden. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Sep 03];49(2):245-252. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200009>
- (6) Pereira RA, Santos EB, Fhon JR, Marques S, Rodrigues RA. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 15 ago 2016];47(1):185-192. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100023>
- (7) Pereira JK, Firmo JO, Giacomini KM. Maneiras de pensar e de agir de idosos frente às questões relativas à funcionalidade/incapacidade. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 02 set 2016];19(8):3375-3384. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11942013>
- (8) Costa TF, Costa KN, Martins KP, Fernandes MG, Brito SS. Burden over family caregivers of elderly people with stroke. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Sep 17];19(2):350-355. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150048>
- (9) Oliveira AR, Costa AG, Sousa VE, Araújo TL, Silva VM, Lopes MV et al. Escalas para avaliação da sobrecarga de cuidadores de pacientes com Acidente Vascular Encefálico. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 26 nov 2016];65(5):839-43. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500018>
- (10) Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr* [serial on the Internet]. 2002 [access: 2016 Sep 02];24(1):12-17. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>
- (11) Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4a ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
- (12) Richards L, Morse JM. Readme first for a user's guide to qualitative methods. 3rd ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2013.
- (13) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [livro na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2007 [acesso: 02 out 2016]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcaid19.pdf>
- (14) Lino VT, Pereira SR, Camacho LA, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2008 [acesso: 02 out 2016];24(1):103-112. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>
- (15) Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
- (16) Flores GC, Borges ZN, Budó ML, Silva FM. A dádiva do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. *Ciênc Cuid Saúde* [periódico na Internet]. 2011 [acesso: 07 set 2016];10(3):533-540. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencscuid-saude.v10i3.11683>

- (17) Silva SO, Budó ML, Silva MM. Concepções e práticas de cuidado na visão de homens. *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 26 nov 2016];22(2):389-396. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200015>
- (18) Scalco JC, Tavares KO, Vieira L, Silva JR, Bastos CC. O dia a dia de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Rev Kairós* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 09 jul 2016];16(2):191-208. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/19072/14233>
- (19) Manoel MF, Teston EF, Decesaro MN, Waidman MA, Marcon SS. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 27 jul 2016];17(2):346-353. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200020>
- (20) Couto AM, Castro EA, Caldas CP. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. *Rev Rene* [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 28 mai 2017];17(1):76-85. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20reene.v17i1.2624>
- (21) Araújo JS, Vidal GM, Brito FN, Gonçalves DC, Leite DK, Dutra CD *et al.* Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 05 jul 2016];16(1):149-158. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n1/a15v16n1.pdf>
- (22) Baptista BO, Beuter M, Girardon-Perlini NM, Brondani CM, Budó ML, Santos NO. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 29 set 2016];33(1):147-56. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100020>
- (23) Leininger MM. Teoria de enfermagem transcultural. Em: George JB e cols. (Eds.). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. pp. 297-310.
- (24) Bastawrous M, Gignac MA, Kapral MK, Cameron JJ. Adult daughters providing post-stroke care to a parent: a qualitative study of the impact that role overload has on lifestyle, participation and family relationships. *Clin Rehabil* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Dec 02];29(6) 592-600. Available from: DOI: 10.1177/0269215514552035
- (25) Gratão AC, Vendruscolo TR, Talmelli LF, Figueiredo LC, Santos JL, Rodrigues RA. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 13 set 2016];21(2):304-312. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200007>
- (26) Seima MD, Lenardt MH, Caldas CP. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 03 out 2016];67(2):233-240. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140031>
- (27) Rodrigues RA, Marques S, Kusumota L, Santos EB, Fhon JR, Fabrício-Wehbes. Transition of care for the elderly after cerebrovascular accidents: from hospital to the home. *Rev Latino-Am Enferm* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Aug 12];21(Esp):216-224. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700027>
- (28) Barbosa AL, Oliveira AL, Figueiredo D. Rede informal de apoio à pessoa idosa dependente: motivações e fatores de stress em cuidadores primários e secundários. *Rev Kairós* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 25 nov 2016];15(1):11-29. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/12823>
- (29) Gonçalves LO, Ferreira CB, Zanini DS, Vasconcelos CL, Gonçalves SS. *Coping* em pacientes crônicos, cuidadores e profissionais de saúde. *Rev SPAGESP* [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 23 nov 2016];16(1):107-121. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v16n1/v16n1a09.pdf>
- (30) White CL, Brady TL, Saucedo LL, Motz D, Sharp J, Birnbaum LA. Towards a better understanding of readmissions after stroke: partnering with stroke survivors and caregivers. *J Clin Nurs* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Sep 08];24(7-8):1091-1100. Available from: DOI: 10.1111/jocn.12739

(31) Silva JK, Vila vs, Ribeiro MF, Vandenberghe L. A vida após o acidente vascular cerebral na perspectiva dos sobreviventes. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet]*. 2016 [acesso: 16 jun 2016];18:1-10. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.34620>

(32) Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, Kirton A, Rumney PG, Bagg s *et al.* Canadian stroke best practice recommendations: stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *Int J Stroke [serial on the Internet]*. 2016 [access: 2017 May 28];11(4):459-484. Available from: DOI: 10.1177/1747493016643553

(33) Santos AF, Cardoso CL. Profissionais de saúde mental: estresse, enfrentamento e qualidade de vida. *Psic Teor Pesq [periódico na Internet]*. 2010 [acesso: 17 mai 2017];26(3):543-548. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000300017>

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 conceção 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 paráfraseio.

- 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, memórias, 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.

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 copy-editor 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.

