



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

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

Maria Del Carmen Bernal Roldán, MSc.
Universidad Nacional de Colombia

COMITÉ CIENTÍFICO

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

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

**Maria Itayra Coelho de Souza
Padilha, Ph.D.**
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

EQUIPO TÉCNICO

Jessica Correa Medina

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 C.

Fuente Académica de EBSCO

Plataforma REDIB

Scientific Electronic Library on Line (SCIELO-COLOMBIA)

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 internacional *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

- DRA. MARIANA CAVALCANTE MARTINS
Universidade Federal do Ceará
- DRA. DORIS HELENA RIBEIRO FARIAS
Universidade Federal do Rio Grande
- DR. RICHARDSON AUGUSTO ROSENDO DA SILVA
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
- DRA. SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA
Universidade Federal do Paraná
- DRA. ANGELA MARIA MAGOSSO TAKAYANAGUI
Universidade de São Paulo
- DR. LUIS ALBERTO DOMINGO FRANCIA FARJE
Faculdades Integradas de Bauru
- DRA. MARILENE LOEWEN WALL
Universidade Federal do Paraná
- DR. JACK ROBERTO SILVA FHON
Universidade de São Paulo
- DRA. ALINE MIRANDA
Universidade Federal do Rio de Janeiro
- MG. DIANNE SOFÍA GONZÁLEZ ESCOBAR
Universidad Francisco de Paula Santander
- DRA. VITORIA REGINA PETTERS GREGORIO
Universidade Federal de Santa Catarina
- MG. SILVANA CRUZ DA SILVA
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- DRA. LORITA MARLENA FREITAG PAGLIUCA
Universidade Federal do Ceará
- DRA. CARLEARA FERREIRA DA ROSA SILVA
Faculdade Santo Antônio de Pádua
- DRA. DIRCE STEIN BACKES
Centro Universitário Franciscano
- MG. MARCIA CASARIL DOS SANTOS CARGNIN
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
- DRA. FRANCIELE ROBERTA CORDEIRO
Universidade Federal de Pelotas
- DRA. FERNANDA RIBEIRO BAPTISTA MARQUES
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
- MG. LUIS ALEXANDER LOVERA MONTILLA
Universidad del Valle
- ESP. LINIKER SILVA
Universidade de Pernambuco
- MG. MARIA ISABEL DIAS FERNANDES
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
- MG. RAPHAEL COSTA
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
- DRA. CAMILA MOREIRA VASCONCELOS
Universidade Federal do Ceará

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 xxxvi n.º 1 enero-abril 2018

ISSN (impreso): 0121-4500

ISSN (en línea): 2346-0261 av.enferm

© Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Diseño de carátula: Edgar Alexander Trillos Calvo

Corrección de estilo: Roanita Dalpiaz

Diagramación: Diana Carolina Castro C.

Contenido

- EDITORIAL
- 7 **Convivencia social y salud mental en Colombia**
Gloria Urbano Franco
- ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN
- 9 **Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem**
Evaluación del crecimiento y desarrollo infantil en la consulta de enfermería
Child growth and development assessment in nursing consultation
Maria Aparecida Munhoz Gaíva, Caroline Aparecida Coutinho Monteschio, Mayrene Dias de Sousa Moreira, Ana Karina Marques Salge
- 22 **Representações de puérperas sobre o cuidado recebido no trabalho de parto e parto**
Representaciones de puérperas sobre el cuidado recibido en el trabajo de parto y parto
The representations puerperal women have about the care they received during labor
Laura Pinto Torres de Melo, Ana Maria Martins Pereira, Dafne Paiva Rodrigues, Sibebe Lima da Costa Dantas, Ana Lídia de Araújo Ferreira, Fernanda Maria Carvalho Fontenele, Francisca Thays dos Santos Alexandre, Ana Virginia de Melo Fialho
- 31 **Estrategia educativa no ensino de anatomia humana aplicada à enfermagem**
Estrategia educativa en la enseñanza de la anatomía humana aplicada a la enfermería
An educational strategy for teaching human anatomy to nurses
Raissa Cláudia Eufrazio de Oliveira, Jéssica Dantas de Sá Tinôco, Millena Freire Delgado, Isadora Costa Andriola, Cícera Maria Braz da Silva, Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira
- 40 **Conhecimento, atitude e prática da equipe de saúde sobre melasma na gravidez**
Conocimiento, actitud y práctica del equipo de salud sobre melasma en el embarazo
Knowledge, attitude and practice of health staff on melasma during pregnancy
Maristela Belletti Mutt Urasaki
- 50 **O cuidado cotidiano na perspectiva de idosos independentes e de seus familiares mais próximos**
El cuidado cotidiano en la perspectiva de ancianos independientes y sus familiares más cercanos
The daily care in the perspective of independent seniors and their close relatives
Rafaely de Cássia Nogueira Sanches, Elen Ferraz Teston, Herbert Leopoldo de Freitas Góes, Sonia Silva Marcon
- 59 **Conceito de família em estudantes de graduação em enfermagem através do Photovoice**
Concepto de familia en estudiantes universitarios de enfermería por medio del Fotovoz
The use of the Photovoice methodology to determine the concept of family which nursing students have
Carla Sílvia Fernandes, Fátima Ferreira, Goreti Marques
- 69 **Morte de neonatos: percepção da equipe multiprofissional à luz da complexidade**
Muerte de neonatos: percepción del equipo multiprofesional a la luz de la complejidad
The death of neonates: the multi-professional team's perceptions of the problem in the light of its complexity
Larissa Spies Subutzki, Maria de Lurdes Lomba, Dirce Stein Backes
- ARTÍCULO DE REFLEXIÓN (DERIVADO DE INVESTIGACIÓN)
- 79 **Presenteísmo, fatores de risco e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem**
Presentismo, factores de riesgo y repercusiones en la salud de los trabajadores de enfermería
Presenteeism: factors of risk and repercussions on the health of nursing workers
Ana Lívia Castelo Branco de Oliveira, Girlene Ribeiro da Costa, Márcia Astrés Fernandes, Márcia Teles de Oliveira Gouveia, Silvana Santiago Rocha

ARTÍCULO DE REVISIÓN

- 88 **Estratégias lúdicas utilizadas em enfermagem — Uma revisão integrativa**
Estrategias lúdicas utilizadas en enfermería — Una revisión integradora
Games-playing strategies used in nursing - An integrative review
Carla Sílvia Neves da Nova Fernandes, Margareth Ângelo

REPORTE DE CASO

- 99 **Uma reflexão spinozista entre servidão e liberdade vividas por cuidadores**
Una reflexión spinozista entre la esclavitud y la libertad vivida por los cuidadores
A reflection on the attitudes of caregivers from the standpoint of Spinoza's notion of bondage and freedom
Jaine Karenny Da Silva, Luana Machado Andrade, André Souza dos Santos, Edite Lago da Silva Sena, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, Alba Benemérita Alves Vilela

- 108 **Política editorial**
Política editorial
Editorial policy

Convivencia social y salud mental en Colombia

• Gloria Urbano Franco¹ •

•1• Magister en Enfermería con énfasis en familia. Profesora Auxiliar, Departamento de Salud de Colectivos, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. E-mail: gsurbanof@unal.edu.co

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n1.73171

El crecimiento progresivo de los índices de morbilidad y discapacidad asociados a los trastornos mentales, trastornos neurológicos y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, ocasionan el 13% de la carga económica mundial, un aproximado de 28 años de vida perdidos por discapacidad individual. En promedio una de cada cuatro personas ha presentado un trastorno mental en la vida, a lo cual hay que agregar la evidencia del impacto de las alteraciones de la salud mental en la pérdida o complicación de la salud física. De otra parte, el enfoque de salud pública permite precisar el grado de salud, morbilidad y mortalidad en salud mental, de los seres humanos, enmarcada dentro de los determinantes sociales en que nacen, crecen, viven o mueren las personas (1, 2).

El avance ideológico de enfoque social, apoyado en el conocimiento de las determinantes sociales, permitió que la 62ª Asamblea Mundial de Salud realizada en el 2009 estableciera la importancia de “Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud”, recomendación retomada en la 65ª Asamblea Mundial de Salud, frente a la problemática de salud mental. Lo anterior, conlleva a revisar el modelo asilar psiquiátrico, para adoptar un enfoque social, que

incluye tener en cuenta la interrelación de la cultura, la economía, la estructura social y política, más las dinámicas de poder que inciden en la salud de la población, sin perder de vista la individualidad, por lo que se propone el Plan Mundial de Acción en Salud Mental 2013-2030 (3).

Este enfoque centrado en los determinantes sociales busca favorecer un mayor grado de igualdad, estabilidad y equidad en salud de la población (4), para lo cual se enfatiza en el respeto a los derechos humanos y específicamente frente a las necesidades de protección, prevención, atención o rehabilitación en salud mental, se crean e implementan propuestas como mejorar la salud mental de la población (5); la estrategia de atención primaria en salud mental (6), el “derecho a la existencia” con renta básica universal para proteger y promover la salud de la población (7) y las acciones que den respuesta a la pregunta “¿Qué hacer para prevenir la violencia?” (8).

Colombia, país periférico marcado por la inequidad, la corrupción y el bajo desarrollo económico, enfrentó una violencia política de origen bipartidista y de grupos subversivos. Violencia que se fue transformando en colectiva, al provenir

de diferentes frentes armados, la cual incrementó los crímenes de lesa humanidad, por ataques indirectos y directos a la población civil, empeorando las condiciones de las determinantes sociales al producir pérdida de la organización y tejido social, altos índices de homicidios, discapacidades por lesiones físicas y mentales, pérdida económica e incremento de los cinturones de miseria por el aplazamiento forzado (9).

Frente a ese histórico de violencia colectiva, se hacen esfuerzos en la implementación de la convivencia social y la salud mental. Esto ha reducido la violencia bélica y ha traído como consecuencia la búsqueda de soluciones para atender las necesidades de las víctimas del conflicto armado, facilitar a la población paramilitar e insurgente el ingreso a la vida civil, promover procesos de aceptación y adaptación a la población receptora, en las zonas asignadas, sin desconocer las carencias desde determinantes sociales del resto de la población colombiana.

Este proceso se viene construyendo y se puede alcanzar a pesar de los vaivenes dados por las resistencias, en la medida que haya participación de toda la ciudadanía, la clase política, los entes gubernamentales, la academia, los gremios y las organizaciones. Sí hay un trabajo conjunto en la construcción del conocimiento, la política pública y la acción decidida, para incrementar las condiciones de vivienda, trabajo, educación, salud, seguridad y participación social, en paralelo con el establecimiento de espacios de reparación, perdón y la canalización de la agresión al servicio de la vida, mediante la creatividad, laboriosidad y construcción colectiva, de nuevas condiciones de vida (11), a la vez que se rehace la estabilidad socioemocional de las personas, la confianza y el tejido social, con promoción en salud mental y convivencia social en las comunidades. Lo anterior se reflejará en el mejoramiento de los indicadores de salud y salud mental, y la reducción del costo social por años perdidos por discapacidad o muerte, así como en las tasas de morbilidad y mortalidad.

Referencias

(1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción sobre salud mental 2013 - 2020. [informe en Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [acceso: 13 may 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=

(2) Raventós S. Determinantes sociales de la salud mental y renta básica universal. En: Casas D, Daniel

R.editors. La renta básica en la era de las grandes desigualdades. Catalunya: Intervención cultural; 2017.

(3) Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [website]. Ginebra: OMS; 2018 [acceso: 13 may 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

(4) Organización Mundial de la Salud (OMS). 62a Asamblea Mundial de la Salud Punto 11.5 del orden del día [informe en Internet]. Ginebra: WHA; 2009 [acceso: 13 may 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-sp.pdf

(5) Comisión de las Comunidades Europeas. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental [Internet]. Bruselas: COM; 2005. [acceso: 13 may 2018] Disponible en: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

(6) Organización Mundial de la Salud. (2012). Guía de intervención en salud mental. Ginebra: Suiza.

(7) Pointer A. ¿Es la renta básica universal la respuesta a la pobreza, la inseguridad y la desigualdad en materia de salud? Viento Sur [Internet]. 2017 [acceso: 13 may 2018]. Disponible en: <http://vientosur.info/spip.php?article12078>

(8) Organización Panamericana de la Salud (OPS). ¿Qué hacer para prevenir la violencia? En: OPS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. [informe en Internet] Washington: OPS; 2002. [acceso: 13 may 2018]. Disponible en: <http://www.oas.org/ext/DesktopModules/EasyDNNNews/DocumentDownload.ashx?portalid=11&moduleid=1698&articleid=15&documentid=12>

(9) Ministerio de Salud y Protección Social. Documento Técnico y Manual de Gestión de Promoción de la Salud Mental, Prevención y Atención a Problemas y Trastornos Mentales en el marco de la Construcción y Consolidación de Paz [manual en Internet]. 2016 . [acceso: 13 may 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Lineamientos-tecnico-salud-mental-posconflicto-2016.pdf>

(10) OACNUDH. Protección jurídica internacional de los Derechos Humanos durante los conflictos armados. Ginebra y New York: Naciones Unidas; 2012.

(11) Fromm E. Anatomía de la destructividad humana. Bogotá: Siglo Veintiuno; 1985.

Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem*

Evaluación del crecimiento y desarrollo infantil en la consulta de enfermería

Child growth and development assessment in nursing consultation

• Maria Aparecida Munhoz Gaíva¹ • Caroline Aparecida Coutinho Monteschio² •
• Mayrene Dias de Sousa Moreira³ • Ana Karina Marques Salge⁴ •

* Artigo extraído da Dissertação de Mestrado de Caroline Aparecida Coutinho Monteschio, intitulada *A prática da consulta de enfermagem na atenção integral à saúde da criança*, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

•1• Doutora em Enfermagem. Professora Associada III, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: mamgaiva@yahoo.com.br

•2• Mestre em Enfermagem. Caraguatatuba, SP, Brasil. E-mail: carolmonteschio@yahoo.com.br

•3• Doutoranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso. Mato Grosso, Brasil. E-mail: mayrenemay@hotmail.com

•4• Doutora em Ciências da Saúde. Professora Associada II, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: anasalge@gmail.com

Recibido: 24/01/2017 Aprobado: 07/11/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n1.62150



Resumo

Objetivo: analisar a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem.

Metodologia: estudo descritivo de abordagem qualitativa. Os participantes do estudo foram quatro enfermeiros que realizavam consulta de enfermagem à criança de maneira programática em unidades de saúde da família em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. A coleta dos dados foi realizada por meio da observação participante de 21 consultas de enfermagem, nos meses de janeiro e fevereiro de 2012. Os dados foram analisados pela técnica da análise de conteúdo.

Resultados: com base na análise dos dados, foram identificadas duas categorias: *Avaliação do crescimento infantil na consulta de enfermagem, e Avaliação do desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem*. Os enfermeiros avaliaram o crescimento infantil em todas as consultas, utilizando as curvas contidas na Caderнета de Saúde da Criança (CSC). No entanto, o desenvolvimento foi avaliado de forma parcial na maioria das consultas observadas.

Conclusão: destacam-se como pontos positivos das consultas de enfermagem o fato dos enfermeiros avaliarem o crescimento e o desenvolvimento em todas as consultas e usarem a CSC como instrumento de orientação às mães e ferramenta para avaliação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Descritores: Crescimento e Desenvolvimento; Criança; Cuidado da Criança; Enfermagem Pediátrica; Saúde da Criança (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: analizar la evaluación del crecimiento y desarrollo infantil en la consulta de enfermería.

Metodología: estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Los participantes del estudio fueron cuatro enfermeros que realizaban la consulta de enfermería a los niños de manera programática en unidades de salud de familia en Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. La recolección de los datos se llevó a cabo mediante la observación participante de 21 consultas de enfermería entre enero y febrero de 2012. Los datos se analizaron con la técnica de análisis de contenido.

Resultados: a partir del análisis de los datos, surgieron las siguientes dos categorías: *Evaluación del crecimiento infantil en la consulta de enfermería y Evaluación del desarrollo infantil en la consulta de enfermería*. Los enfermeros evaluaron el crecimiento infantil en todas las consultas, utilizando las curvas contenidas en la libreta personal de registro médico del niño. Sin embargo, el desarrollo infantil sólo fue evaluado parcialmente en la mayoría de las consultas observadas.

Conclusión: entre los aspectos más significativos de las consultas de enfermería se destacan la evaluación del crecimiento y desarrollo en todas ellas; y el uso de la libreta personal de registro médico del niño como instrumento de orientación para las madres y estrategia de seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil.

Descriptores: Crecimiento y Desarrollo; Niño; Cuidado del Niño; Enfermería Pediátrica; Salud del Niño (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to analyze the child growth and development assessment in nursing consultation.

Methodology: descriptive study with qualitative approach. The study involved four nurses who performed nursing consultation with children in a programmatic manner in family health units of Cuiabá, Mato Grosso, Brazil. Data were collected through participant observation of 21 nursing consultations from January to February 2012 and they were analyzed using the content analysis method.

Results: on the basis of data analysis, emerged the following two categories: *Child growth assessment in nursing consultation, and Child development assessment in nursing consultation*. Nurses assessed the child growth in all of the consultations, using curves contained within the Personal Child Health Record (PCHR). Nevertheless, child development was assessed only in part in most consultations considered.

Conclusion: the most significant features of the nursing consultations are the growth and development assessment in all of them, and the use of PCHR both as a guiding tool for mothers and a monitoring strategy for child growth and development.

Descriptors: Growth and Development; Child; Child Care; Pediatric Nursing; Child Health (source: DeCS, BIREME).

Introdução

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é atualmente a principal linha de cuidado e eixo referencial para atenção integral à saúde da criança, proposta pelas políticas públicas de saúde brasileira, sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. É um método simples, de baixo custo e de grande eficácia, que inclui ações fundamentais para promover a saúde, como alimentação, imunização, atenção às doenças prevalentes na infância, saúde bucal, estimulação e prevenção de acidentes, dentre outros (1, 2).

O crescimento e desenvolvimento é um importante indicador da qualidade de vida e da saúde infantil em razão da sua estreita relação com os aspectos socioeconômicos, ambientais e culturais da população, ou seja, crianças submetidas às condições adequadas de saúde, alimentação e cuidados tendem a crescer e a desenvolver todo o seu potencial (3).

Neste sentido, o cuidado à saúde da criança representa um campo prioritário no âmbito dos cuidados à saúde das populações em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase da vida. O cuidado da criança implica em atender às necessidades essenciais para o seu desenvolvimento e o enfermeiro pode oferecer esses cuidados por meio da consulta de enfermagem.

Assim, a consulta de enfermagem é um instrumento relevante para a promoção, vigilância e acompanhamento da saúde da criança, com a finalidade de promover o potencial intrínseco de seu crescimento. Por meio da consulta de puericultura, o enfermeiro pode detectar os problemas de saúde da criança e implementar ações para impactar sua saúde. O desenvolvimento da consulta requer ações sistematizadas e sequenciadas, sendo elas: histórico de enfermagem e exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem ou plano terapêutico e avaliação da consulta (4).

Uma revisão sistemática da literatura sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, realizada nas bases de dados PubMed, Cochrane, Scopus, Ovid SP, Embase, Who Regional Databases, CINAHL, American Psychological Association e Google, que utilizou os critérios do *Child Health Epidemiolo-*

gy Reference Group (CHERG) para avaliação dos artigos, evidenciou que a temática ainda é pouco explorada e que a maioria dos estudos dá ênfase aos instrumentos de avaliação desse processo, com destaque para as curvas de crescimento, mas não fazem referência ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na consulta de enfermagem (5).

A consulta de enfermagem à criança é uma prática realizada sistematicamente nas unidades de saúde da família (USF), porém observa-se que nem todos os enfermeiros consideram-se aptos para desenvolver tal atividade e reconhecem a necessidade de maior preparo para executá-la (4).

Apesar da consulta de puericultura ser entendida por enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (6), pesquisa que investigou a consulta de puericultura de enfermeiros que atuam em USF, em cidade da região Nordeste do Brasil, mostrou que apenas um pequeno número de profissionais avalia o crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor durante a consulta (7). Outro estudo desenvolvido nessa mesma região do país mostrou que apenas 18,2% dos enfermeiros realizam a consulta de puericultura e utilizam a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) como instrumento para acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil (8).

Considerando que o crescimento e desenvolvimento é o eixo norteador das ações básicas voltadas à saúde infantil e que a consulta de enfermagem tem papel relevante no acompanhamento e na análise das condições de saúde da criança, esta pesquisa tem por objetivo analisar a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. Os resultados obtidos podem oferecer subsídios para a avaliação das ações desenvolvidas na consulta de enfermagem em puericultura e qualificar a atenção à saúde da criança.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada em Cuiabá, estado de Mato Grosso, Brasil, nos meses de janeiro e fevereiro de 2012.

Os sujeitos participantes foram quatro enfermeiros, de quatro USF, escolhidas aleatoriamente para contemplar uma unidade de cada regional

de saúde do município. O critério de inclusão foi enfermeiros que realizavam consulta de enfermagem a crianças menores de dois anos de maneira programática e contínua há pelo menos seis meses na unidade selecionada.

Dos quatro enfermeiros participantes, dois eram do sexo masculino e dois, do sexo feminino, sendo dois com idade entre 20 a 30 anos e dois entre 40 a 50 anos. O tempo de formação desses profissionais variou de 4 a 15 anos; o tempo de trabalho na estratégia saúde da família variou de 10 meses a 12 anos e o tempo de trabalho na unidade estudada foi de, em média, dois anos. Apenas um enfermeiro não tinha pós-graduação. Os demais tinham de dois a quatro títulos de pós-graduação *lato sensu*, dois deles, especialistas em saúde da família.

Os critérios para definir as consultas de enfermagem a serem observadas foram: consultas com mães ou familiares de crianças com idade entre zero e dois anos, cadastradas e em acompanhamento pelas equipes das USF escolhidas para a pesquisa. A opção por essa faixa etária se deve ao fato de que nesse período ocorrem as maiores transformações físicas e psicológicas da criança e as consultas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento são realizadas em maior número e com intervalos menores (2). Foram incluídas 21 consultas com crianças diferentes: 12 tinham menos de seis meses de idade e nove tinham entre 7 a 15 meses de vida. Todas as acompanhantes nas consultas eram mães e, em alguns casos, elas estavam acompanhadas de familiares, como avós, tia, irmãos e pais das crianças.

A coleta de dados foi desenvolvida por meio da observação participante de consultas de enfermagem nas unidades selecionadas para o estudo. Com 21 consultas, obtivemos dados suficientes para responder aos objetivos da pesquisa, e os achados tornaram-se repetitivos ou irrelevantes.

A observação foi realizada por três pesquisadoras. Uma das pesquisadoras assumiu posição ativa e as outras duas ficavam dispostas no consultório de enfermagem em locais estratégicos que possibilitassem a observação do ambiente, do enfermeiro, da mãe/familiar e da criança. As pesquisadoras foram treinadas previamente para a coleta de dados e utilizaram um roteiro a fim de padronizar a observação, que continha os seguintes elementos: a descrição da consulta de enfermagem, focando-se a anamnese e coleta de dados,

exame físico, avaliação do crescimento e desenvolvimento —por meio do uso sistemático da CSC— e orientações/ações educativas e condutas tomadas. As pesquisadoras também recorreram ao diário de campo que possibilitava a descrição das observações e suas impressões no momento da consulta.

Ressalta-se que, até o momento da coleta dos dados, não havia no município estudado um protocolo específico para a consulta de enfermagem em puericultura, nem a definição de um referencial teórico-metodológico para tal. Embora a avaliação da metodologia utilizada pelos enfermeiros não tenha sido o objetivo deste trabalho, observamos que todas as consultas acompanhadas contemplaram as etapas básicas preconizadas: histórico/anamnese, exame físico, levantamento de problemas, plano de cuidados e ações de educação em saúde.

A fim de manter a fidedignidade das observações, foi realizada gravação e transcrição do áudio dos diálogos entre os enfermeiros e as mães. Posteriormente, utilizaram-se os registros dos diários de campo para acrescentar aos diálogos as descrições das observações e as impressões das pesquisadoras.

Para análise dos dados, empregou-se a técnica de análise de conteúdo do tipo temática (9). Na etapa de pré-análise, como os dados já estavam transcritos, realizou-se leitura compreensiva para apropriação dos diálogos e observações, identificando os pertinentes aos objetivos do estudo. Na fase de exploração do material, realizou-se leitura em profundidade dos diálogos e observações para captar os núcleos de sentido e classificação/reclassificação dos achados —categorias e subcategorias empíricas. Da análise final dos dados, foi possível a construção de duas categorias temáticas: *Avaliação do crescimento infantil na consulta de enfermagem*, e *Avaliação do desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem*.

Para discussão dos dados, utilizou-se, como referencial, a literatura produzida sobre o tema crescimento e desenvolvimento infantil e as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (1, 2).

O desenvolvimento do estudo obedeceu aos preceitos éticos de pesquisa com seres humanos disciplinados pela Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, sendo

que o projeto matricial foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa e aprovado sob o Protocolo n.º 129/CEP-HUJM/2011. Os enfermeiros e as mães ou responsáveis pelas crianças foram informados sobre a pesquisa e aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para resguardar a identidade dos participantes e das unidades, os relatos do diário de campo foram identificados com a letra D, seguido do número da consulta (C), por exemplo: DC3.

Resultados

Avaliação do crescimento infantil na consulta de enfermagem

Em todas as consultas observadas foram realizadas a mensuração das medidas necessárias para avaliação do crescimento infantil, tais como peso, estatura e perímetro cefálico (PC). O peso e a estatura eram aferidos por técnicos de enfermagem na sala da pré-consulta e os dados registrados no prontuário da criança. O PC era medido pelo enfermeiro no momento da consulta, bem como a determinação do índice de massa corporal (IMC).

Além de avaliar o peso das crianças, percebe-se pelos diálogos das enfermeiras com as mães que o histórico de ganho e perda de peso da criança é uma preocupação, bem como o crescimento compensatório, como descrito na fala a seguir:

Enfermeira: «[...] é, ela já tá com 8 900 kg. O peso dela também está bom, tá ótimo, tá ganhando peso. Então, você não precisa se preocupar tá. [...] olha só, aqui tem uma quedinha —apontando para o gráfico de peso na CSC—, mesmo assim ela não está em risco, olha aqui a linha vermelha, ela está ganhando pouco peso, mas tá tudo dentro do normal» [DC3].

Observou-se que, além de avaliar o PC, os enfermeiros também se preocupavam em explicar para a mãe a importância dessa avaliação:

A enfermeira pega a fita métrica, levanta-se e vai até a criança que está no colo da mãe para medir o PC. Após medir a cabeça da criança, anota o PC no gráfico da caderneta e diz: «O peso está adequado e o PC 44,5 cm também» [DC5].

Enfermeiro: «Olha só, aqui nós vamos marcar o PC dela porque o corpo cresce e o crânio também cresce [...]. Se o crânio não desenvolve com a idade, ele pode estar desenvolvendo uma doença. Se ele também cresce, digamos assim, acima do esperado para a idade, também há indícios que precisa fazer uma avaliação médica para ver se não tem nenhuma doença, alguma patologia, né?» [DC15].

O IMC recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil para avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança ainda é um parâmetro pouco utilizado pelos enfermeiros. Em apenas uma das consultas observadas ele foi avaliado:

Enfermeira: «Ele tá meio gordinho, mas também tá alto, então ele não fica com aquela aparência de gordo. Ele tá com IMC normal —mãe concorda balançando a cabeça positivamente» [DC9].

Para avaliação do crescimento da criança, observou-se que os enfermeiros utilizaram os gráficos da CSC em todas as 21 consultas:

Enfermeira: «Três meses já está mais fortinha, criou uma gordu-

rinha. O peso dela também tá caminhando junto com a altura —enfermeira enquanto fala faz avaliação do índice de massa corporal na CSC—; tá ótimo o peso dela, 6 300 kg» [DC6].

Além de utilizar a CSC para avaliar o crescimento e desenvolvimento infantil, os enfermeiros aproveitavam o momento da consulta para orientar as mães sobre a sua importância para acompanhar a saúde da criança:

Ela é para a gente avaliar o crescimento e jogar aqui no gráfico —fala referindo-se à CSC. «Você tem uma caderneta ou cartilha, que é importantíssima, pois, além das orientações de higiene, de alimentação, das reações, ela traz o desenvolvimento da criança, né?»

Mãe: «É!» E o enfermeiro completa: «Crescimento, vacina, tem gráficos que nos mostram se está dentro de um padrão normal. Dentro da normalidade ou não» [DC16].

Também foi observado que os enfermeiros orientavam as mães a interpretar os gráficos de crescimento na CSC de seus filhos:

Enfermeiro: «Todos os gráficos que tem nessa caderneta têm várias linhas traçadas de cores diferentes né? —pega a caderneta e mostra para a mãe o gráfico e explica detalhadamente a finalidade de cada linha. Então, os valores de medidas que foram feitos de peso, altura que é estatura, a cabecinha que a gente chama de perímetro cefálico,

tem marcadores aqui nos gráficos e esses marcadores têm a idade e o valor que a gente mede —mostra os eixos dos gráficos em que os valores são marcados. Então, mãe, você pode estar olhando e verificando se as medidas do seu filho estão adequadas ou não para idade» [DC16].

Outro aspecto observado nessa pesquisa foi o vínculo estabelecido entre enfermeiros e mães/famílias no processo de acompanhamento de puericultura. Em uma das consultas observou-se que, logo que a mãe entra no consultório, a enfermeira demonstra que percebeu mudanças no crescimento da criança e diz:

Enfermeira: «Gente, como ela está diferente! Quando foi a última vez que ela veio? Estava com quantos meses?»

Mãe: «Um ano!»

Enfermeira: «Estava com um ano!? Ela está muito diferente, o olho dela tava espichadinho, agora está diferente» [DC3].

Avaliação do desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem

Quanto ao desenvolvimento infantil, observou-se que, das 21 consultas analisadas, em 14 a criança teve este item avaliado de alguma forma pelo enfermeiro. Em oito, foi utilizado o instrumento de vigilância do desenvolvimento da CSC, em três, o teste de Denver II e, em outras três consultas, o enfermeiro apenas questionou alguns marcos do desenvolvimento para a mãe, mas sem utilizar nenhum instrumento específico.

Os recortes do diário de campo evidenciaram a utilização do instrumento da CSC para a vigilância do desenvolvimento infantil:

Enfermeira: «Bom pra nove meses, algumas coisas ele já fazia com seis meses, bater palma, dar tchau e ele já tá começando a imitar?»

Mãe: «Bate palma, dá tchau.»

Enfermeira: «Você já viu se ele já faz esse movimento de pinça —junta os dedos e faz o movimento de pinça com as mãos— para pegar objetinhos?»

Mãe: «Ele já faz assim —mostra como a criança faz com a mão o movimento de pinça.»

Enfermeira: «E ele já tá conversando, tipo, aquela conversa que você entende?»

Mãe: «Já, já. A gente fala, chama "Je", e ele fala "che, che, che"»

Enfermeira: «E passinhos? Você falou que ele começou a engatinhar, mas e dar passinhos segurando?»

Mãe: «Não, de pé ainda não, só se segurar no bracinho dele ou no disquinho, daí ele vai embora.»

Enfermeira: «Bom, ele tem até 1 ano pra começar a dar uns passinhos tá? —Enquanto falava ia escrevendo na CSC na parte do DNPM—; tá ótimo o desenvolvimento dele» [DC5].

Enfermeiro: «Quando você conversa com ele, ele responde? Ele olha para você?»

Mãe: «Olha e sorri.»

Enfermeiro: «Sorri? Está segurando as coisas já?»

Mãe: «Tá tentando. Ele não segura firme, mas, se mostrar para ele, ele já tenta pegar.»

Enfermeiro: «Isso tem até mais quatro meses para aparecer [...]. Ele levanta a cabeça se deitado de bruços?»

Mãe: «De bruços ele levanta, mas ainda não consegue virar» [DC9].

Além da CSC, os enfermeiros também utilizaram o teste de Denver II para avaliar o desenvolvimento da criança. Essa avaliação era feita indagando para a mãe a presença ou não de alguns marcos do desenvolvimento infantil, de acordo com a faixa etária da criança:

A enfermeira pega o formulário do teste de desenvolvimento de Denver e pergunta para a mãe: «Ela tá com onze meses, já dança, canta?»

Mãe: «Uhum! Dançar, ela dança bastante [...]. Não pode ouvir uma música.»

Enfermeira: «Já está conseguindo beber aguinha no copo?»

Mãe: «Sozinha não.»

Enfermeira: «Consegue falar quantas palavras?»

Mãe: «Ela fala “tatá”, “mãe” e “pai”.»

Enfermeira: «Já está andando sozinha, ou não?» [DC20].

Cabe salientar que nenhuma das crianças avaliadas na área de desenvolvimento apresentou alterações. Todavia não foram observadas orientações ou prescrições de enfermagem relacionadas à estimulação da criança e ao uso de recreações/brincadeiras.

Discussão

Para realizar as consultas de puericultura, o Ministério da Saúde brasileiro propõe um calendário mínimo de consultas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil até os dez anos, com sete consultas preconizadas no primeiro ano de vida da criança. No segundo ano de vida, a criança deve ser atendida no mínimo duas vezes (com 18 e 24 meses) e, a partir dessa idade, uma consulta por ano até os dez anos (2). Esse calendário é seguido na maioria dos serviços de atenção primária no país, inclusive no município estudado, articulando as consultas médicas e de enfermagem.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em alguns países assume características semelhantes ao praticado no Brasil. Na Holanda, durante os primeiros quatro anos de vida da criança são realizadas pelo menos quinze consultas, alternadas entre enfermeiro e médico. O objetivo principal das consultas de enfermagem é a detecção precoce de problemas de saúde, vacinação e programa de rastreamento para evitar futuras alterações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento (10). Já no Paquistão, devido às altas taxas de mortalidade infantil, esse acompanhamento é direcionado à prevenção das doenças diarreicas, pneumonia e malária, que são a maior causa de morte em crianças abaixo dos cinco anos no país (11).

Neste estudo, no que concerne ao crescimento, observou-se que as medidas de peso, estatura e

PC foram analisadas em todas as consultas, o que demonstra um adequado acompanhamento das crianças pelo enfermeiro, dado que, por meio da avaliação dessas medidas, o enfermeiro identifica precocemente alterações e realiza intervenções precisas e essenciais (12).

Resultados semelhantes também foram encontrados em estudo brasileiro que avaliou ações do processo de trabalho e infraestrutura na consulta de enfermagem às crianças menores de um ano, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na ESF, em que a aferição do peso, comprimento e perímetro cefálico foram realizadas em mais de 90% das consultas analisadas (13). Outro estudo realizado no país e que analisou os registros da consulta de enfermagem em puericultura, mostrou que 100% das crianças foram pesadas e 89% tiveram a estatura e PC aferidos (14).

Na avaliação do crescimento, o peso é o indicador mais utilizado e de maior significado tanto biológico quanto social. Para tanto, o enfermeiro deve associá-lo à avaliação global da criança e suas condições de saúde atuais e pregressas, para ter parâmetros consistentes de avaliação. O peso se altera fácil e rapidamente, de acordo com as mudanças na saúde da criança, e está diretamente relacionado às suas condições de vida e de sua família. Já a estatura é uma medida estável e regular. Ela é cumulativa, progressiva e nunca regressiva e que cessa ao se completar a maturação dos ossos (2, 3).

Por sua vez, o PC é importante para avaliar a dimensão da cabeça e do cérebro e apresenta o maior crescimento pós-natal de 0 a 24 meses, período em que deve ser realizada esta medição. Durante o crescimento, essa medida apresenta pequeno desvio padrão e pouca variação em qualquer grupo etário. Qualquer alteração no PC está relacionada ao desenvolvimento cerebral da criança e pode indicar microcefalia ou macrocefalia (2).

Outro índice antropométrico importante para a avaliação do crescimento infantil é o IMC, que foi pouco utilizado pelos enfermeiros deste estudo, talvez por ser um parâmetro incorporado recentemente no acompanhamento infantil em nosso país. Esse resultado reafirma a realidade brasileira, já que foram encontrados poucos estudos que descrevem a avaliação do IMC pelos enfermeiros nas consultas de puericultura (13, 14).

O IMC constitui um importante complemento para avaliar-se o estado nutricional da criança, classificando-o em adequado, magreza, magreza acentuada, risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade (2). A versão atual da caderneta da criança apresenta uma tabela de fácil utilização que auxilia o enfermeiro e outros profissionais de saúde a determinar o valor estimado dessa medida.

Em um dos recortes da observação, foi possível constatar a importância do IMC para a avaliação do crescimento da criança que não foi valorizado pela enfermeira, o que poderá trazer repercussões futuras no crescimento da criança. Ademais, nesse momento da avaliação, o enfermeiro pode propor intervenções quanto à orientação alimentar, contribuindo para melhorar o padrão de crescimento dessa criança.

Os distúrbios nutricionais, como a desnutrição e a obesidade infantil podem ser diagnosticados a tempo com avaliação adequada do crescimento, utilizando, para tal, todos os índices antropométricos (peso, estatura, PC e IMC), possibilitando ao profissional enfermeiro intervir de forma precoce e adequada, e evitando comprometimento irreversível no crescimento da criança (15).

Um aspecto importante na avaliação do crescimento é o registro das medidas na CSC, pois é a partir das informações contidas nos gráficos de peso, estatura, perímetro cefálico e IMC que a equipe de saúde terá parâmetros para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em todos os níveis de atenção (2). Ressalta-se, como ponto positivo da presente pesquisa, a utilização da caderneta como ferramenta para avaliação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento por todos os enfermeiros. Na atualidade, a CSC é utilizada em todo o país para acompanhar e monitorar o crescimento e desenvolvimento infantil, que é considerado uma ação básica em saúde infantil.

Diferentemente desses resultados, um estudo de revisão da literatura sobre a vigilância do crescimento no contexto da Rede Básica de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro verificou a pouca utilização da CSC para os registros das medidas de crescimento e ausência de orientações aos responsáveis pela criança sobre as anotações realizadas (16). Pesquisas desenvolvidas em diferentes cidades brasileiras sobre o preenchimento dos dados de crescimento na CSC mostraram que a ausência ou incompletude de dados desse indi-

cador tem sido comum (17, 18). O preenchimento insatisfatório da CSC, além de influenciar na avaliação do crescimento, dificulta a identificação das circunstâncias de risco e a implementação da assistência à saúde da criança e seu seguimento (19). A caderneta tem sido incorporada ao processo de trabalho do enfermeiro, representando um importante instrumento de apoio para a assistência à criança durante a consulta de enfermagem, tanto nas ações de vigilância e promoção da saúde, como na comunicação com os outros profissionais e nas atividades de educação em saúde e comunicação com a família (20).

Ressalta-se o uso da CSC como instrumento educativo pelos enfermeiros participantes da pesquisa, já que esses, além de registrarem o crescimento na caderneta, também usavam-na para explicar às mães os gráficos de crescimento, destacando sua importância para o acompanhamento da saúde infantil. Esse resultado corrobora um estudo que analisou a utilização da CSC pela família, a partir da percepção dos profissionais de saúde, que afirmaram aproveitar este instrumento para orientar as mães quanto ao crescimento e principais cuidados com a criança (21).

As ações educativas têm papel de destaque na consulta de enfermagem, pois aumentam o vínculo entre o enfermeiro e a família, potencializando a assistência. Ao orientar as mães sobre a saúde da criança, o enfermeiro tem a oportunidade de torná-la corresponsável pela saúde e cuidado de seus filhos (20). Estimular a família a participar ativamente dos cuidados com a criança, ensinando como funcionam as avaliações e como interpretar os gráficos, é essencial para que a mãe compreenda a importância de acompanhar o crescimento do filho e possa exigir que as medidas sejam registradas nos gráficos de maneira correta (2).

Todavia, para que ocorra adesão das famílias às consultas de enfermagem para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, é importante que a equipe acolha e estabeleça vínculo com os seus cuidadores, fato observado no presente estudo. Uma pesquisa que buscou conhecer a percepção e a atuação do enfermeiro na consulta de puericultura em cidade da região nordeste do Brasil, também destacou que a avaliação do crescimento da criança era o momento para o estabelecimento de vínculo entre enfermeira e mãe/família, além de facilitar o trabalho, já que aumenta a confiança da família nas orientações realizadas (14).

Para além das ações de crescimento, o Ministério da Saúde do Brasil propõe que os profissionais envolvidos na assistência à criança realizem a vigilância do desenvolvimento a cada visita ao consultório ou em qualquer oportunidade em que isso for possível (2). Considerando que o desenvolvimento da criança decorre da interação entre as características biológicas e as experiências oferecidas pelo ambiente, qualquer fator adverso nessas duas áreas pode alterar o seu ritmo normal (22).

De fato, um estudo desenvolvido no Brasil confirmou que aspectos ambientais e biológicos influenciam o crescimento e também o desenvolvimento. No entanto, os fatores biológicos estão mais associados ao crescimento enquanto que os ambientais têm maior relação com o desenvolvimento (23). Fato que reforça a importância do preparo dos enfermeiros para perceber quaisquer alterações no processo de crescimento e desenvolvimento da criança.

Pesquisas realizadas em nosso país evidenciam a baixa valorização por parte dos profissionais de saúde às informações relacionadas ao desenvolvimento infantil, comprovada pela ausência ou incompletude dos registros na CSC ou nos prontuários (15, 17, 19). Especificamente quanto à prática da vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, um estudo constatou que, em 52% das consultas analisadas, os enfermeiros não realizaram a avaliação do desenvolvimento (24), o que também foi observado na presente pesquisa.

Apesar da importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, pesquisas na área da saúde mostram que existe déficit de conhecimento e falta de preparo dos profissionais para sua efetivação na prática, prejudicando a qualidade da assistência prestada à criança (24). Essa situação poderia justificar a baixa avaliação do desenvolvimento observada na presente pesquisa, que restringiu o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil aos indicadores antropométricos.

Pesquisadores da Filadélfia afirmam que as taxas de detecção de atrasos no desenvolvimento infantil são bem menores do que a prevalência dos déficits em virtude do despreparo dos profissionais, em especial dos que atuam na atenção primária. Ressaltam ainda a importância da vigilância do desenvolvimento para identificar e encaminhar

as crianças com alterações neste processo (25). Vários são os instrumentos utilizados para avaliação e vigilância do desenvolvimento infantil.

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda a utilização da CSC, que oferece subsídios para os profissionais detectarem qualquer alteração no desenvolvimento da criança (1, 2), já que o instrumento de vigilância contido na CSC contempla os principais marcos do desenvolvimento.

Verificou-se nos recortes de observação que os enfermeiros perguntavam para as mães se os marcos do desenvolvimento estavam presentes, mas não os verificavam por meio do exame da criança. É recomendado que, desde o momento da entrada da criança no consultório até a sua saída, o profissional observe movimentações, linguagem, comportamentos, interação e estímulo materno, além de testar a presença ou não desses marcos durante a conversa com a mãe e no exame físico da criança (2).

Para promover o crescimento e desenvolvimento infantil adequado, o profissional deve considerar, além da interação social da criança, os aspectos da gestação, parto e puerpério, as questões biológicas e o contexto social, cultural e familiar (2), elementos estes pouco valorizados durante a avaliação da criança nas consultas observadas. Cabe ressaltar que a avaliação e a vigilância do desenvolvimento são fundamentais para a continuidade da assistência e evolução do estado de saúde da criança. Essas informações devem ser registradas a cada consulta no prontuário e na CSC para o acompanhamento eficaz, inclusive por outros profissionais de saúde.

Além da caderneta, outro instrumento utilizado pelos enfermeiros desta pesquisa para avaliar o desenvolvimento foi o Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver II (TTDD). Esse é um dos testes de desenvolvimento infantil mais utilizado pelos profissionais e possibilita a avaliação a partir de quatro categorias/dimensões: resposta motora geral, linguagem, resposta motora distinta-adaptativa e pessoal-social (26). Ao analisar os dois recortes de diálogos em que a enfermeira fez a avaliação do desenvolvimento utilizando o teste de Denver II, observa-se que ela questionou somente alguns itens e não realizou os testes recomendados por ele.

Para que o enfermeiro faça a avaliação do desenvolvimento da criança, é necessário que ele

conheça os instrumentos e os marcos para cada faixa etária, pois esse conhecimento facilita a avaliação e a detecção de alterações importantes que requerem intervenções e acompanhamento especializado da criança (26).

Neste estudo, apesar da preocupação dos enfermeiros em analisar os gráficos para detectar possíveis alterações ou desvios, não se observou nas consultas a realização de orientações sobre os fatores que interferem no crescimento e desenvolvimento infantil e nem, tampouco, a proposição de atividades para estimulá-lo. Sabe-se que a estimulação constitui um dos cuidados básicos para saúde física, mental, psíquica e social da criança na promoção do seu desenvolvimento. Assim, ensinar a mãe/família a estimular a criança, proporcionando um ambiente favorável ao seu desenvolvimento, independente de déficit ou não, é um dos papéis principais do enfermeiro na consulta de enfermagem (17).

Ressalta-se que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento não se restringe à aferição de medidas antropométricas e preenchimento de gráficos, mas é parte da avaliação integral à saúde da criança e envolve também ações educativas às mães/família sobre as questões relativas ao crescimento e desenvolvimento da criança, a fim de prepará-las para o cuidado cotidiano. Uma pesquisa evidencia que as mães/famílias que recebem orientações dos profissionais de saúde cuidam melhor de seus filhos e, como consequência, eles adoecem menos (27).

No Brasil, houve declínio acentuado da mortalidade de menores de cinco anos em todas as unidades federativas entre 1990 e 2015. Acredita-se que parte dessa redução possa estar relacionada ao maior acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (28).

Os resultados do presente estudo reafirmam a consulta de enfermagem como uma ferramenta estratégica para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de maneira sistemática e rotineira nas USF, já que o enfermeiro está à frente das ações assistenciais e em contato permanente com a criança e sua família, o que favorece o vínculo e a assistência integral. Ademais, sinalizam para a necessidade de investimentos em capacitações para os enfermeiros para que promovam o acompanhamento integral e de qualidade à criança. Um estudo aponta que

após capacitação de enfermeiros para avaliação do desenvolvimento infantil, houve transformações significativas na consulta de enfermagem e os profissionais demonstraram ser capazes de avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança e encaminhá-la sempre que necessário (29).

Como uma limitação da pesquisa, destaca-se a abordagem metodológica descritiva, que permite identificar a realidade, mas necessita de outros aportes para maior detalhamento do objeto. Além disso, os resultados aqui apresentados retratam apenas a perspectiva dos pesquisadores e não dos envolvidos na consulta de puericultura. Assim, sugerem-se mais pesquisas sobre a temática que abordem a perspectiva dos enfermeiros e das mães/responsáveis, bem como a efetividade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na consulta de enfermagem.

A despeito dos resultados aqui apresentados serem parte de uma realidade específica e com um número restrito de participantes, eles poderão sensibilizar os enfermeiros que desenvolvem consultas de puericultura sobre a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, além de oferecer elementos para a melhoria da qualidade da consulta e do cuidado à criança, bem como subsidiar o ensino da enfermagem.

Conclusão

A avaliação do crescimento infantil foi observada em todas as consultas de enfermagem através da utilização dos índices antropométricos e curvas de crescimento contidas na CSC. Todavia, algumas ações específicas dessa avaliação vêm sendo implementadas de forma incompleta ou com pouca frequência, evidenciando fragilidades no processo de acompanhamento da saúde da criança. A avaliação e vigilância do desenvolvimento foi efetivada parcialmente na maioria das consultas de enfermagem, utilizando-se apenas da percepção materna sobre os marcos do desenvolvimento, sem testar a presença no exame da criança. Também não foram observadas orientações às mães voltadas à estimulação da criança e ao uso de recreação e brincadeiras que auxiliem na promoção do desenvolvimento infantil.

Destaca-se como um ponto positivo observado nas consultas de enfermagem, o fato dos enfermeiros avaliarem o crescimento e o desenvolvi-

mento em todas as consultas. Outro ponto que deve ser destacado é o uso da CSC como instrumento de orientação às mães para a saúde da criança e como ferramenta para avaliação e acompanhamento do CD, o que pode ser considerado um avanço, já que não tem sido observado em outros estudos encontrados na literatura.

Referências

- (1) Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil [manual na Internet]. Brasília D.F.: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno; 2004 [acesso: 29 abr 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf
- (2) Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica n.º 33 [informe na Internet]. Brasília D.F.: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2012 [acesso: 29 abr 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf
- (3) Pacheco G, Pernas G, Mosqueira M, Trogliero CJ, Raineri F, Piazza N. Evaluación del crecimiento de niños y niñas: material de apoyo para equipos de atención primaria de la salud [manual en Internet]. Salta: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Gobierno de la Provincia de Salta; 2012 [acceso: 22 jun 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
- (4) Campos RM, Ribeiro CA, Silva CV, Saporoli EC. Nursing consultation in child care: the experience of nurses in the Family Health Strategy. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2016 Apr 29];45(3):566-574. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300003>
- (5) Gladstone M, Oliver C, Van den Broek N. Survival, morbidity, growth and developmental delay for babies born preterm in low and middle income countries: a systematic review of outcomes measured. *PLoS One* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Apr 29];10(3):e0120566. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0120566>
- (6) Costa L, Silva EF, Lorenzini E, Strapasson MR, Prus AC, Bonilha AL. Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepção de enfermeiras de estratégia saúde da família. *Ciênc Cuid Saúde* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 22 jun 2017];11(4):792-798. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i4.19414>
- (7) Costa EM, Almeida JL, Oliveira DJ, Araújo FC, Oliveira LL, Menezes RM. Puericultura: o que a práticas evidencia sobre as diferentes abordagens dos profissionais da enfermagem. *Rev Univ Vale Rio Verde* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 23 jun 2017];12(2):931-938. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v12i2.1784>
- (8) Suto CS, Laura TA, Costa LE. Childcare: the nursing consultation in basic health units. *J Nurs UFPE Online* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Jun 24];8(9):3127-3133. Available from: DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i9a10034p3127-3133-2014>
- (9) Bardin L. Análise de conteúdo. 6ª ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
- (10) Benjamins SJ, Damen ML, Van Stel HF. Feasibility and impact of doctor-nurse task delegation in preventive child health care in the Netherlands: a controlled before-after study. *PLoS One* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Apr 29];10(10):e0139187. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0139187>
- (11) Bhutta ZA, Hafeez A. What can Pakistan do to address maternal and child health over the next decade? *Health Res Policy Syst* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Apr 29];13(Suppl 1):49. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12961-015-0036-5>
- (12) Baratieri T, Soares LG, Botti ML, Campanini AC. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. *Rev Enferm UFSC* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 09 out 2017];4(1):206-216. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/217976928553>
- (13) Carvalho EB, Sarinho SW. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na Estratégia Saúde da Família. *Rev Enferm UFPE Online* [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 09 out 2017];10(Supl 6):4804-4812. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i6a11259p4804-4812-2016>
- (14) Benicio AL, Santana MD, Bezerra IM, Santos RR. Care to the child less than one year old: nursing practice perspective about child care. *J Nurs UFPE Online* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Oct 09];10(2):576-584. Available from: DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i2a10992p576-584-2016>
- (15) Almeida JM, Luz SA, Ued FV. Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. *Rev Paul Pediatr* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Apr 29];33(3):356-363. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.10.002>
- (16) Pedraza DF. Growth surveillance in the context of the Primary Public Healthcare Service Network in Brazil: literature review. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Apr 29];16(1):7-19. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100002>
- (17) Abud SM, Gaíva MA. Records of growth and development data in the child health handbook. *Rev Gaúcha Enferm* [serial on the Internet]. 2015 [access:

2016 Apr 29];36(2):97-105. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.48427>

(18) Palombo CN, Duarte LS, Fujimori E, Toriyama AT. Use and records of child health handbook focused on growth and development. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Apr 29];48(Spe):60-67. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600009>

(19) Moreira MD, Gaíva MA. Monitoring of child growth and development: analysis of records of nursing consultations. *Rev Pesq Cuid Fundam Online* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Apr 29];5(2):3757-3766. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013.v5i2.3757-3766>

(20) Gaíva MA, Silva FB. Child health handbook: integrative review of the literature. *J Nurs UFPE Online* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Apr 29];8(3):742-749. Available from: DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i3a9733p742-749-2014>

(21) Silva FB, Gaíva MA, Mello DF. Use of the child health record by families: perceptions of professionals. *Texto Context Enferm* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Oct 09];24(2):407-414. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000212014>

(22) Comuk-Balci N, Bayoglu B, Tekindal A, Kerem-Gunel M, Anlar B. Screening preschool children for fine motor skills: environmental influence. *J Phys Ther Sci* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Apr 29];28(3):1026-1031. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1589/jpts.28.1026>

(23) Neves KR, Morais RL, Teixeira RA, Pinto PA. Growth and development and their environmental and biological determinants. *J Pediatr (Rio J)* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Apr 29];92(3):241-250. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2015.08.007>

(24) Reichert AP, Almeida AB, Souza LC, Silva ME, Collet N. Vigilância do crescimento infantil: conhecimentos e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. *Rev Rene* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 29 abr 2016];13(1):114-126. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v13i1.3780>

(25) Guevara JP, Gerdes M, Localio R, Huang YV, Pinto-Martin J, Minkovitz CS et al. Effectiveness of developmental screening in an urban setting. *Pediatrics* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 Jun 27];131(1):30-37. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-0765>

(26) Silva AC, Engstron EM, Miranda CT. Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2015 [acesso: 29 abr 2016];31(9):1881-1893. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00104814>

(27) Boone P, Elbourne D, Fazzio I, Fernandes S, Frost C, Jayanty C et al. Effects of community health interventions on under-5 mortality in rural Guinea-Bissau (EPICS): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Health* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Ago 07];4(5):e328-e335. Available from: DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30048-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30048-1)

(28) França EB, Lansky S, Rego MA, Malta DC, França JS, Teixeira R et al. Leading causes of child mortality in Brazil, in 1990 and 2015: estimates from the Global Burden of Disease study. *Rev Bras Epidemiol* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Jun 29];20(Suppl 1):46-60. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>

(29) Reichert AP, Nóbrega VM, Damasceno SS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Vigilância do desenvolvimento infantil: práticas de enfermeiras após capacitação. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 30 jun 2017];17(1):117-123. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.27722>

Representações de puérperas sobre o cuidado recebido no trabalho de parto e parto*

Representaciones de puérperas sobre el cuidado recibido en el trabajo de parto y parto

The representations puerperal women have about the care they received during labor

• Laura Pinto Torres de Melo¹ • Ana Maria Martins Pereira² • Dafne Paiva Rodrigues³ • Sibeles Lima da Costa Dantas⁴ • Ana Lídia de Araújo Ferreira⁵ • Fernanda Maria Carvalho Fontenele⁶ • Francisca Thays dos Santos Alexandre⁷ • Ana Virginia de Melo Fialho⁸ •

* Manuscrito extraído da dissertação de mestrado "O cuidado promovido à mulher no trabalho de parto e parto: representações sociais de puérperas" na Universidade Estadual do Ceará, em 2014.

•1• Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Docente no curso de graduação em Enfermagem, Faculdade Nordeste, Ceará, Brasil. E-mail: lauraptmelo@gmail.com

•3• Doutora em Enfermagem. Professora associada do curso de graduação em Enfermagem e no programa de pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Ceará, Brasil. E-mail: dafne.rodrigues@uece.br

•5• Bolsista de pesquisa no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic/CNPq), Ceará, Brasil. E-mail: analidiaaraujoferreira@gmail.com

•7• Enfermeira na Estratégia de Saúde da Família, município de Aquiraz, Ceará, Brasil. E-mail: thaizinhadsa@hotmail.com

•2• Mestre em Saúde Coletiva. Professora no curso de graduação em Enfermagem, Faculdade Terra Nordeste, Ceará, Brasil. E-mail: aninhamartins_pereira@yahoo.com.br

•4• Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará, Ceará, Brasil. E-mail: sibelcosta@gmail.com

•6• Mestranda de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Professora substituta na Universidade Estadual do Ceará, Ceará, Brasil. E-mail: fmc.fontenele@hotmail.com

•8• Doutora em Enfermagem. Professora adjunta no curso de graduação em Enfermagem e no programa de pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Ceará, Brasil. E-mail: anavirginiamf@terra.com.br

Recibido: 11/04/2017 Aceptado: 11/09/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n1.63993



Resumo

Objetivo: descrever as representações sociais de puérperas sobre o cuidado recebido durante o trabalho de parto e parto.

Metodologia: trata-se de um estudo descritivo baseado na Teoria do Núcleo Central, desenvolvido com 119 puérperas em uma maternidade pública localizada no Brasil, na cidade de Fortaleza, Ceará. Os dados foram coletados por meio do Teste de Associação Livre de Palavras, que continha como estímulos indutores: trabalho de parto, parto, cuidado no trabalho de parto e parto, sendo transcritos e analisados pelo *software* Evoc.

Resultados: a partir da análise estrutural, os vocábulos *dor*, *felicidade* e *orientação* apresentaram maior frequência como elemento central dos respectivos termos indutores.

Conclusão: por meio dos resultados obtidos, é possível afirmar que o momento do trabalho de parto e do parto é crucial para que o enfermeiro planeje e execute uma adequada assistência durante o processo de parturição a fim de reduzir o impacto das representações negativas em relação a esse processo.

Descritores: Trabalho de Parto; Parto Normal; Dor do Parto; Psicologia Social. (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: describir las representaciones sociales de puérperas sobre el cuidado recibido durante el trabajo de parto y parto.

Metodología: se trata de un estudio descriptivo basado en la Teoría del Núcleo Central, desarrollado con 119 madres, en un hospital público de Fortaleza, Ceará, Brasil. Los datos fueron recolectados por medio del Test de Asociación de Palabras, que contenía como estímulos inductores: cuidado, trabajo de parto, parto, cuidado en el trabajo de parto y en el parto, siendo transcritos y analizados por el *software* Evoc.

Resultados: a partir del análisis estructural, los vocablos *dolor*, *felicidad* y *orientación* presentaron mayor frecuencia como elemento central de los respectivos términos inductores.

Conclusión: por medio de los resultados obtenidos, es posible afirmar que el momento del trabajo de parto y el parto es crucial para que el enfermero planee y ejecute una adecuada asistencia durante el proceso de parto con el fin de reducir el impacto de las representaciones negativas en relación con ese proceso.

Descritores: Trabajo de Parto; Parto Normal; Dolor de Parto; Psicología Social. (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to describe the social representations puerperal women have about the care they received during labor and delivery.

Methodology: this is a descriptive study, based on the Theory of the Central Nucleus, which was undertaken with 119 women in the postpartum period in a public maternity hospital, located in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. The data were collected through the Free Word Association Test, which included as inductive stimuli: care, labor, delivery and care in labor and delivery. The data were transcribed and analyzed with Evoc software.

Results: the structural analysis showed that the words "pain", "happiness" and "guidance" occurred more frequency as a central feature of the respective inducing terms.

Conclusion: the results confirm that the moment of labor and delivery is crucial for nurses in the planning and implementation of adequate care during parturition insofar, as such measures lessen the impact of negative representations of childbirth.

Descriptors: Labor, Obstetric; Natural Childbirth; Labor Pain; Psychology, Social. (source: DeCS, BIREME).

Introdução

No intuito de melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a implementação de práticas baseadas em evidência no âmbito da assistência ao parto (1). Oferecer suporte emocional, medidas de conforto para o alívio da dor e informações são práticas que poderão ajudar a evolução fisiológica do trabalho de parto e parto e aumentar a sensação de controle e competência da mulher, reduzindo a necessidade de intervenções obstétricas (2).

Estudos indicam que as práticas não farmacológicas podem aliviar a dor da mulher durante o trabalho de parto (3-6). A dor tem sido um dos motivos que levam às parturientes optarem pela cesariana, principalmente a dor no trabalho de parto. Embora a dor crônica relacionada à cesárea seja relatada como um grande desconforto pelas mulheres (7, 8), a forma como a assistência obstétrica vem se desenvolvendo no Brasil reforça a ideia de que esta é a escolha ideal para evitar a dor do parto normal (9).

Diante desse contexto e na perspectiva de compreender como as mulheres percebem o cuidado recebido durante o trabalho de parto e parto, adotou-se, como referencial teórico-metodológico, a Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por Moscovici, já que esta possibilita descrever uma realidade ou fenômeno existente, que muitas vezes não é perceptível, mas tem capacidade explicativa e mobilizadora (10).

A TRS desdobra-se em três abordagens, e este estudo utilizou-se da cognitivo estrutural, conhecida como Teoria do Núcleo Central (TNC), desenvolvida por Jean-Claude Abric, o qual enfatiza que toda representação social gira em torno de um núcleo central e um sistema periférico, em que cada um desses subsistemas tem um papel específico e complementar (11).

O núcleo central, formado por um ou mais elementos, além de dar sentido à representação social, estabelece relações e hierarquias entre os outros elementos da representação. Está relacionado à memória coletiva de determinado grupo e dá significação, consistência e permanência à representação; portanto, é estável e resistente a mudanças. Já o sistema periférico inclui elementos que podem

ser facilmente revistos e relativizados pelo grupo social em questão, sendo responsável pela atualização e contextualização da representação (12).

Nesse sentido, objetivou-se descrever as representações sociais de puérperas sobre o cuidado recebido durante o trabalho de parto e parto. Este estudo torna-se relevante uma vez que conduz profissionais e gestores a refletirem acerca do cuidado desenvolvido junto à mulher durante o trabalho de parto e parto, a partir dos significados e representações evocadas pelas puérperas.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, que tem como suporte teórico-metodológico a TNC (12). Foi desenvolvido em uma maternidade pública, referência na assistência materna e infantil no Estado do Ceará, Brasil. Participaram 119 puérperas internadas nas enfermarias de alojamento conjunto que vivenciaram o parto normal na maternidade citada acima, no período de julho a setembro de 2013. Não foram eleitos critérios de seleção quanto à idade e paridade das entrevistadas. As mulheres submetidas à cesariana e que saíram da área de abrangência do hospital no período da coleta de dados não foram incluídas nesta amostra.

Mediante a aceitação das puérperas em participar da pesquisa e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi utilizado um questionário sociobiodemográfico e obstétrico. Posteriormente, como suporte metodológico à identificação do núcleo central, aplicou-se o Teste de Associação Livre de Palavras (Talp), que é uma estratégia empregada quando se propõe acessar os elementos estruturantes de uma representação, ou seja, seu conteúdo e organização. Consiste na evocação de palavras por meio de estímulos indutores que permitem colocar em evidência universos semânticos relacionados ao determinado objeto (13).

Os estímulos indutores devem ser definidos de acordo com o objeto da representação e levados em consideração os sujeitos da pesquisa que serão entrevistados (14). Nesse sentido, os estímulos indutores escolhidos foram: trabalho de parto, parto, cuidado no trabalho de parto e parto.

Foi solicitado às puérperas que verbalizassem três palavras após a apresentação de cada estímulo indutor no tempo de 30 segundos para cada estí-

mulo. Explicou-se que deveriam priorizar o uso de palavras isoladas ou expressões no lugar de frases ou construções mais elaboradas, já que quanto mais rápida e menos elaborada for a resposta, maior seu efeito de validade (14).

Após a aplicação do teste, as palavras evocadas foram transcritas em sua íntegra para um banco de dados; elaborou-se um dicionário correspondente aos estímulos, no qual foram reunidas todas as palavras evocadas que se relacionaram aos respectivos estímulos indutores.

Os dados obtidos foram analisados com o auxílio do *software* Ensemble des programmes permettant l'analyse des évocations (Evoc), que calculou a frequência simples de cada palavra evocada e a ordem média das evocações (OME), gerando o "quadro de quatro casas", que apresenta graficamente as palavras pertencentes ao núcleo central e ao sistema periférico das representações sociais (15).

Os quatro quadrantes podem ser assim interpretados: no quadrante superior esquerdo, encontram-se as evocações mais significativas para os sujeitos e constituem, provavelmente, o núcleo central da representação estudada. O quadrante superior direito e o inferior direito, são, respectivamente, primeira e segunda periferia, e comportam as palavras que podem se aproximar do núcleo central; no inferior esquerdo, localizam-se os elementos de contraste (15). Na zona de contraste, estão as evocações que trazem à tona as variações da representação sem que os elementos centrais e a própria representação sofram modificações (16).

Os elementos do sistema periférico originam-se ao redor do núcleo central e constituem o essencial do conteúdo da representação os quais têm três funções: concretização que constitui a interface entre o núcleo central e a situação concreta, o que permite a formulação da representação em termos concretos; regulação que atua na adaptação da representação às evoluções do contexto, caracterizando-se por seu aspecto móvel e evolutivo; por fim, defesa, que, ao se modificar, se reinterpreta e se deforma, protege o núcleo central da representação (12).

A entrada nos locais de investigação foi efetivada após parecer de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com Parecer n.º 310.298 e Cae: 12536113.1.0000.5534, autorização emitida pelo Sistema Municipal de Saúde Escola e Secretaria Municipi-

pal de Saúde de Fortaleza, de acordo com a Resolução n.º 466/2012, que regulamenta a pesquisa com seres humanos (17).

Resultados

Caracterização das puérperas

Em se tratando do perfil social, econômico e demográfico das 119 puérperas, 74,8 % eram procedentes da capital (Fortaleza), com idade entre 14 e 41 anos, com faixa etária entre 14 e 24 anos (62,2 %). Quanto à relação marital, 78,2 % tinham união estável ou eram casadas; 48,7 % não haviam concluído o ensino fundamental; 68,9 % possuíam renda média de 1 a 2 salários-mínimos; 52,9 % eram católicas, enquanto 42 (35,3 %), evangélicas.

No perfil obstétrico, 58 % eram múltíparas. Quanto à presença do acompanhante, 80,7 % estiveram acompanhadas durante o trabalho de parto e parto, não havendo relevância estatística quanto ao tipo de acompanhante dentre os citados (amiga, irmã, companheiro e mãe).

Análise lexicográfica: evocações emitidas por puérperas

Para a análise lexicográfica, foram usadas 1 385 palavras proferidas no Talp. Essas evocações, processadas no *software* Evoc, permitiram a aproximação das pesquisadoras com o universo de significados construído nas relações sociais dos sujeitos. A frequência média de ocorrência das palavras evocadas foi 10, e a ordem média das evocações (OME) foi 2,5. Ressalta-se que, na análise, não houve representação na primeira periferia.

O *corpus* formado diante do termo indutor *trabalho de parto* apresenta 355 palavras ou expressões. Associando-se a frequência de evocação do termo às suas posições médias de evocação, gerou-se a Tabela 1. Considerando as premissas da TNC (12), no quadrante superior esquerdo, estão os elementos com menor ordem de evocação (mais prontamente evocados) e com maiores frequências, constituindo os elementos mais estáveis e resistentes às mudanças em decorrência da vivência do grupo entrevistado. O termo mais prontamente evocado foi *felicidade* (OME de 1,714), embora a *dor* tenha sido a palavra com maior frequência na pronúncia (105 evocações, OME 2,248).

Tabela 1. Quadro de quatro casas das evocações ao termo indutor trabalho de parto (Fortaleza, 2013)

Elementos do núcleo central		Elementos da 1ª periferia	
Frequência > = 10 / OME < 2,5		Frequência > = 10 / OME > 2,5	
FREQ*	OME	FREQ*	OME
Alívio	14	2,000	
Ansiedade	21	2,048	
Desespero	21	2,238	
Dor	105	2,248	
Felicidade	14	1,714	
Medo	13	2,007	

Elementos de contraste		Elementos da 2ª periferia			
Frequência < 10 / OME < 2,5		Frequência < 10 / OME > = 2,5			
FREQ*	OME	FREQ*	OME		
Alegria	08	1,625	Nervosismo	06	2,500
Dar a vida	06	1,167			
Emoção	05	1,200			
Nascimento	09	1,333			
Preocupação	05	1,600			
Satisfação	06	1,667			
Sofrimento	08	2,250			

Fonte: elaborada pelas autoras via software EVOC 2002.
*FREQ – Frequência; OME – Ordem Média das Evocações

O sistema periférico apresentou apenas a evocação *nervosismo*, mas protege o núcleo central e traduz os sentimentos vivenciados pelos sujeitos no cotidiano da dinâmica social em que estão inseridos. Os elementos de contraste evocados constituem-se como muito importantes para poucas puérperas, mas fornecem a sustentação e solidez do núcleo central (18).

O sistema central do corpus referente ao termo *trabalho de parto* apresenta elementos convergentes e divergentes entre si no que se refere ao sentimento evocado. Os elementos intermediários também possuem essa mistura de sensações com a presença do teor negativo, porém se referem ao que foi vivenciado pelas puérperas que ancoram o trabalho de parto na crença que, apesar do momento de dor e desespero, dar à vida proporciona alívio, felicidade e satisfação.

Quanto ao estímulo *parto*, foram evocadas 341 palavras ou expressões. Considerando a frequência média de ocorrência das palavras evocadas e a OME, gerou-se a Tabela 2. Os elementos que surgiram como núcleo central da representação foram: *alívio, felicidade, alegria, satisfação, dor, nascimento, emoção*.

Tabela 2. Quadro de quatro casas das evocações ao termo indutor parto (Fortaleza, 2013)

Elementos do núcleo central		Elementos da 1ª periferia	
Frequência > = 10 / OME < 2,5		Frequência > = 10 / OME > 2,5	
FREQ*	OME	FREQ*	OME
Alegria	22	2,000	
Alívio	35	2,057	
Dor	21	2,333	
Emoção	11	1,818	
Felicidade	27	1,704	
Nascimento	11	1,636	
Satisfação	22	2,000	

Elementos de contraste		Elementos da 2ª periferia			
Frequência < 10 / OME < 2,5		Frequência < 10 / OME > = 2,5			
FREQ*	OME	FREQ*	OME		
Amor	09	1,333	Medo	07	2,571
Amor materno	09	1,556			
Ansiedade	06	1,833			
Cuidado	08	2,125			
Desespero	08	2,250			
Responsabilidade	05	2,200			
Vida	05	1,200			

Fonte: elaborada pelas autoras via software EVOC 2002.
*FREQ – Frequência; OME – Ordem Média das Evocações

Como elementos de contraste da representação social do *parto*, o termo *amor* surgiu com maior frequência e menor OME (1,333), e aproximou-se do termo *amor materno* com igual frequência e OME aproximado (1,556). *Desespero* surgiu oito vezes, contudo a ordem de evocação esteve entre as últimas proferidas. Como elemento da segunda periferia, somente a palavra *medo* foi evocada com OME de 2,571.

Apesar de o vocábulo *dor* ter sido evocado, também, a partir do termo indutor *parto*, percebeu-se que este apresentou uma frequência consideravelmente menor quando comparado à frequência das evocações mediante o termo indutor *trabalho de parto*. Significando que, para as mulheres, o parto é um momento glorioso, em que prevalecem os sentimentos com forte teor positivo.

Com o estímulo indutor *cuidado no trabalho de parto e parto*, foram evocadas 338 palavras ou expressões que formam a Tabela 3. As palavras que compõem o núcleo central da representação social foram: *força, orientação do trabalho de parto, atenção, assistência dos profissionais, orientação no parto, cuidado, cuidado com a criança, exercícios,*

dor, paciência e higiene. A assistência dos profissionais apresentou o menor OME (1,500), sendo a palavra evocada imediatamente após o estímulo. Esses elementos indicam a gama de sentidos atribuídos pelas puérperas acerca do cuidado no trabalho de parto e parto.

Tabela 3. Quadro de quatro casas das evocações ao termo indutor *cuidado no trabalho de parto e parto* (Fortaleza, 2013)

Elementos do núcleo central			Elementos da 1ª periferia		
Frequência > = 10 / OME < 2,5			Frequência > = 10 / OME > 2,5		
	FREQ*	OME		FREQ*	OME
Assistência dos profissionais	16	1,500			
Atenção	19	2,000			
Cuidado	11	1,727			
Cuidado com a criança	11	1,818			
Dor	10	2,200			
Exercícios	11	2,455			
Força	22	1,909			
Higiene	10	1,800			
Orientação do trabalho de parto	21	1,857			
Orientação no parto	15	2,467			
Paciência	10	2,200			
Elementos de contraste			Elementos da 2ª periferia		
Frequência < 10 / OME < 2,5			Frequência < 10 / OME > = 2,5		
	FREQ*	OME		FREQ*	OME
Adesão ao pré-natal	08	2,200	Felicidade	06	2,500
Amor	05	1,800			
Ansiedade	06	2,167			
Responsabilidade	07	1,857			
Tranquilidade	08	1,875			

Fonte: elaborada pelas autoras via software EVOC 2002.
*FREQ – Frequência; OME – Ordem Média das Evocações

Como elementos de contraste, surgiram *tranquilidade, adesão ao pré-natal, responsabilidade, ansiedade e amor*. Somente o termo *felicidade* foi evocado como elemento da segunda periferia.

Discussão

As recomendações da OMS e do Ministério da Saúde brasileiro para o manejo do trabalho de parto incluem a oferta de líquidos; o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor; o estímulo à adoção de posições verticalizadas e à liberdade de movimentação, buscando aumentar o conforto materno e facilitar a progressão do trabalho de parto (19).

A análise estrutural das evocações emitidas a partir do termo indutor *trabalho de parto* (Tabela 1) evidenciou que, para as entrevistadas, a objetivação do trabalho de parto está ancorada na dor. Essa palavra, expressa como uma experiência sensorial e emocional desagradável (20), compõe o núcleo central da representação do trabalho de parto para as puérperas. Foi emitida 105 vezes e aparece acompanhada de outros elementos negativos como *ansiedade, desespero e medo*.

A experiência da dor do trabalho de parto é resultado do processamento complexo de múltiplos fatores fisiológicos e psicossociais (fatores maternos, sociais, fetais, paridade), que, interligados, podem influenciar a intensidade da dor durante o trabalho de parto. Portanto, é fundamental a gestão do cuidado no período gestacional e a adequada adoção de abordagens farmacológicas para o alívio da dor (3, 20).

Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, como banho de aspersão ou imersão em água quente, massagens e outros, são técnicas não invasivas e de baixo custo, que parecem ser seguras para a mãe e o bebê (4,19). Devem ser ofertados por todos os serviços de saúde obstétrica, a fim de ampliar a humanização e a qualidade na assistência à mulher.

Estudo transversal, realizado nas cinco macrorregiões brasileiras e baseado numa amostra de 23 940 puérperas, identificou que menos de um terço do grupo de risco obstétrico habitual utilizou procedimentos não farmacológicos para o alívio da dor (19), o que ratifica a representação social negativa do trabalho de parto evocada pelas puérperas desse estudo.

A dor durante o trabalho de parto pode interferir no contexto fisiológico e psicoafetivo da parturiente, e ocasionar ansiedade, desespero e medo. No entanto, observou-se que elementos positivos como *felicidade* e *alívio* também compuseram o núcleo central da representação social do trabalho de parto. Com o nascimento do bebê, as puérperas sentem alívio pela superação da dor e felicidade ao sentir a presença do seu filho.

Os elementos periféricos como *nervosismo, sofrimento* e *preocupação* reafirmam que a representação social do trabalho de parto está ancorada em elementos negativos. A zona de contraste, por sua vez, reporta-se, mais frequentemente, a expressões

que denotam contentamento como *nascimento, alegria, dar a vida, satisfação e emoção*.

A implementação de uma abordagem humanizada nos serviços de atenção obstétrica, que envolva a comunicação efetiva entre os membros da equipe de enfermagem e da equipe interdisciplinar, contribui para a satisfação das mulheres com relação ao cuidado recebido (21). Se essas ações fossem desenvolvidas ativamente na prática obstétrica, possivelmente ocorreria a transformação dos elementos periféricos da representação social do trabalho de parto e, pouco a pouco, atingiria o núcleo central, que seria formado por elementos positivos, diferindo dos resultados apresentados neste estudo.

Nas respostas ao estímulo *parto* (Tabela 2), no quadrante superior esquerdo, pôde-se observar que as palavras *felicidade, alegria e emoção* representam o parto como um momento positivo para a usuária. Diferentemente das respostas ao estímulo *trabalho de parto*, em que a *dor* é expressa de forma mais intensa, acompanhada de *ansiedade e desespero*, nas evocações resultantes do termo indutor *parto*, a *dor* está vinculada ao *alívio* da sensação dolorosa, sendo a palavra mais prontamente evocada e relacionada com o término do processo de parturição, ou seja, livrar-se das dores intensas das contrações uterinas. Como elementos de contraste, foram evocadas as palavras: *amor, amor materno, desespero, cuidado, ansiedade, vida e responsabilidade*.

A atenção à parturiente envolve, portanto, um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que objetivam promover um parto e nascimento saudáveis; em consequência, que proporcionem satisfação às puérperas em relação ao parto. A enfermagem obstétrica é uma força de trabalho que evita intervenções desnecessárias para o binômio mãe e filho, preservando a privacidade, autonomia e direito das mulheres (22).

Na segunda periferia, surge a palavra *medo*, que pode estar relacionada ao parto normal em virtude da falta de conhecimento e diálogo franco e esclarecedor entre os profissionais de saúde e a mulher sobre seus anseios, dúvidas e dificuldades. O parto é vivenciado de diversas formas e depende do estado emocional e da experiência da mulher, que costuma definir a experiência de parir como difícil, pois envolve altos níveis de dor. Apesar disso, de acordo com os relatos das participantes, a emoção ao ver o filho sobrepõe-se ao fato de ter sido dolo-

roso. A relevância na assistência humanizada está relacionada com o toque, o ato de segurar as mãos, gestos que demonstram apoio e que são considerados como formas eficazes de comunicação não verbal.

Os anseios, provenientes da vivência das mulheres durante a gestação, podem levar a sentimentos como medo, preocupação e incerteza. Para que elas possam desfrutar de melhores experiências com relação ao parto normal, recomenda-se o acesso a informações importantes acerca do processo parturitivo, da familiaridade com a sala de parto e do apoio emocional da equipe de saúde, família e amigos (23).

Para o estímulo cuidado no trabalho de parto e parto, o núcleo central da representação é formado pelas palavras: *assistência dos profissionais, força, orientação do trabalho de parto, orientação no parto, cuidado, cuidado com a criança, exercícios, dor, paciência e higiene*. Observa-se que a expressão *assistência dos profissionais* tem a menor OME em comparação com as demais, indicando que foi mais prontamente evocada pelas puérperas. Evidencia-se que a interpretação da vivência dessas mulheres no contexto do cuidado recebido no trabalho de parto e parto foi positiva e reflete em representações comuns a um grupo social.

A expressão *orientações do trabalho de parto* está intimamente ligada à palavra *exercícios e força*, ou seja, as mulheres foram orientadas a práticas não farmacológicas para o alívio da dor e para a progressão do trabalho de parto, como deambulação, respiração e diálogo. Receber informações suficientes e adequadas é sinônimo de humanização, representa o cuidado na atenção e constitui a característica desejável de um profissional competente.

Pensar a assistência cuidadosa é pensar, sobretudo, no direito de liberdade de escolha da mulher, na integralidade de práticas benéficas à saúde da mãe e do bebê, no respeito aos direitos das usuárias. Práticas integrativas e complementares recomendadas pelo Ministério de Saúde e o uso das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento favorecem a visibilidade do trabalho pelas profissionais no contexto do parto, atendendo às mais recentes recomendações, por meio da Rede Cegonha; essa rede é uma estratégia inovadora no âmbito das políticas de saúde brasileiras; tem como objetivo implementar uma rede de cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamen-

to reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e às crianças, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (24).

Os termos *tranquilidade*, *adesão ao pré-natal*, *responsabilidade*, *ansiedade* e *amor* constituíram a zona de contraste. As mulheres relacionaram adesão ao pré-natal como forma de cuidado. Comparecer às consultas, fazer exames, receber orientações acerca da gestação, do trabalho de parto, parto e puerpério faz parte dessa concepção. As gestantes consideram um pré-natal de qualidade aquele com bom acolhimento, educação em saúde, atenção integral à mulher gestante e com o número mínimo de seis consultas (25).

Vale ressaltar que o termo *ansiedade* apareceu no segundo e terceiro estímulo; no segundo, foi representado como núcleo central da palavra indutora *trabalho de parto*. O medo do desconhecido leva à ansiedade; portanto, é relevante que os profissionais proporcionem atenção qualificada à parturiente e à família para que o processo de parturição aconteça com tranquilidade. Finalmente, com a emoção do nascimento de seu filho, surgem os sentimentos de amor, cuidado e felicidade; este último situado na segunda periferia.

Conclusão

A vivência do trabalho de parto e parto pode ser influenciada por fatores socioculturais, físicos e psicológicos que interferem no modo como a parturiente sente e interpreta o processo de parturição. Sobre isso, este estudo evidenciou medo, ansiedade e desespero como sentimentos fortemente evocados pelas puérperas. Embora o senso comum reconheça o parto como momento de dor, também o inferem como vivência única em que o constructo final será o amor materno.

Como recomendações advindas deste estudo, no que se refere ao papel da equipe de enfermagem obstétrica, no pré-natal, ela deve procurar conhecer as representações das mulheres e seus acompanhantes acerca da gravidez, do parto e do puerpério, problematizando os tabus e preconceitos, haja vista que a abertura de um espaço dialógico pode auxiliar nas construções de representações positivas em relação ao momento do parto. Além disso, durante a evolução do trabalho de parto e no momento do parto, é fundamental, que o enfermeiro desenvolva suas atividades a partir de um

planejamento adequado às necessidades da parturiente, que reflitam uma assistência humanizada e de qualidade a fim de reduzir as representações negativas que permeiam o processo de parturição.

Agradecimentos

As autoras agradecem às puérperas que participaram de forma livre e comprometida, à Secretaria Executiva Regional VI do município de Fortaleza (Ceará, Brasil) e ao Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Referências

- (1) World Health Organization (WHO). Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011-2015. Geneva: WHO; 2010 [access: 2017 Jul 10]. Available from: http://www.wpro.who.int/hrh/documents/nursing_and_midwifery_services_strategic_directions.pdf
- (2) Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 Nov 24];7:CD003766. Available from: DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5
- (3) Costa-Martins JM, Pereira M, Martins H, Moura-Ramos M, Coelho R, Tavares J. The role of maternal attachment in the experience of labor pain: a prospective study. *Psychosom med* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Nov 22];76(3):221-8. Available from: DOI: 10.1097/PSY.0000000000000040
- (4) Lee SL, Liu SY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *JOGN Nurs* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 Nov 22];42(1):19-28. Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01424.x>
- (5) Taavoni S, Sheikhan F, Abdollahian S, Ghavi F. Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. *Complement ther clin pract* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Nov 22];24:99-102. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.04.001>
- (6) Chaillet N, Belaid L, Crochetière C, Roy L, Gagné GP, Moutquin JM, et al. Nonpharmacological approaches for pain management during labour compared with usual care: a meta-analysis. *Birth* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Nov 22];41:122-37. Available from: DOI: 10.1111/birt.12103
- (7) Mafetoni RR, Shimo AKK. The effects of acupressure on labor pains during child birth: randomized clinical trial. *Rev latinoam enferm* [serial on the

- Internet]. 2016 [access: 2017 Jul 10];24:27-38. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100367&lng=en&nr=iso&lng=en&ORIGINALLANG=en
- (8) Bijl RC, Freeman LM, Weijenborg PT, Middeldorp JM, Dahan A, van Dorp EL. A retrospective study on persistent pain after childbirth in the Netherlands. *J Pain Res* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Nov 24];9:1-8. Available from: DOI:10.2147/JPR.S96850
- (9) Almeida NAM, Medeiros M, Souza MRD. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto & contexto enferm* [periódico na internet]. 2012 [acesso: 10 jul. 2017];21(4):819-27. Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-819.pdf>
- (10) Oliveira FO, Werba GC. Representações Sociais. Em: Jacques MGC, Strey MN, Bernades NMG, Guareschi PA, Carlos SA, Fonseca TMG. *Psicologia Social Contemporânea*. 21ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013. p. 104-117.
- (11) Machado BL, Aniceto RA. Núcleo central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores. *Ensaio: aval pol públ Educ* [periódico na internet]. 2010 [acesso: 3 nov. 2017];18(67):345-63. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=399537970009>
- (12) Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. Em: Moreira ASP, Oliveira DC de (orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2ª ed. rev. Goiânia: Cultura e Qualidade; 2002. p. 27-38.
- (13) Abric JC. *Prácticas sociales y representaciones*. México (DF): Ediciones Coyoacán; 2001. [acesso: 11 jul. 2017]. Disponível em: http://villaeducacion.mx/descargar.php?idtema=1337&data=262dc7_practicas-sociales-full.pdf
- (14) Nóbrega SM, Coutinho MPL. O teste de associação livre de palavras. Em: Coutinho MPL, Saraiva ERA (orgs.). *Métodos de pesquisa em psicologia social, perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB; 2011. p. 95-106.
- (15) Vèrges P. *Conjunto de programas que permitem a análise de evocações: Evoc: manual. Versão 5*. Aix-em-Provence: [S. n.]; 2002.
- (16) Saraiva ERA, Vieira KFL, Coutinho MPL, Miranda RS. A utilização do software Evoc nos estudos acerca das representações sociais. Em: Coutinho MPL, Saraiva ERA (orgs.). *Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB; 2011. p. 149-73.
- (17) Ministério da Saúde do Brasil. Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, dispõe a respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.
- (18) Valença TDC, Santos WDS, Lima PV, Santana EDS, Reis LAD. Physical disability in old age: a structural study of social representations. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Jul 10]; 21(1): e20170008. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100208&script=sci_arttext
- (19) Leal MDC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Gama SGND. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2014 [acesso: 18 jul. 2017];30(Suppl1):17-32. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
- (20) Carvalho B, Cohen SE. Measuring the labor pain experience: delivery still far off. *Int j obstet anesth* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 Nov 24];22:6-9. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijoa.2012.10.002>
- (21) Evans MK, Watts N, Gratton R. Women's satisfaction with obstetric triage services. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Nov 24];44(6):693-700. Available from: DOI: 10.1111/1552-6909.12759
- (22) Chaturvedi S, Upadhyay S, De Costa A. Competence of birth attendants at providing emergency obstetric care under India's JSY conditional cash transfer program for institutional delivery: an assessment using case vignettes in Madhya Pradesh province. *BMC Pregnancy Childbirth* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Nov 24];14:174. Available from: DOI: 10.1186/1471-2393-14-174
- (23) Boryri T, Noori NM, Yughobinia F. experiences of primiparous mothers regarding natural childbirth problems (A qualitative study). *Int J Med Res Health Sci* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Nov 24];5(7S):152-7. Available from: <http://www.ijmrhs.com/medical-research/experiences-of-primiparous-mothers-regarding-natural-childbirth-problems-a-qualitative-study.pdf>
- (24) Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde do Brasil. *Manual prático para implementação da Rede Cegonha*. Brasília (DF); 2011.
- (25) Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAMD, Lucena NBF. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. *REME rev min enferm* [periódico na internet]. 2012 [acesso: 11 jul. 2017];16(3):315-23. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>

Estrategia educativa no ensino de anatomia humana aplicada à enfermagem

Estrategia educativa en la enseñanza de la anatomía humana aplicada a la enfermería

An educational strategy for teaching human anatomy to nurses

• Raissa Cláudia Eufrazio de Oliveira¹ • Jéssica Dantas de Sá Tinôco² • Millena Freire Delgado³ • Isadora Costa Andriola⁴ • Cícera Maria Braz da Silva⁵ • Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira⁶ •

•1• Mestranda na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.
E-mail: raissa.eufrazio29@hotmail.com

•2• Doutoranda no programa de pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.
E-mail: jessica.dantas.sa@hotmail.com

•3• Mestranda no programa de pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.
E-mail: millenadelgado@gmail.com

•4• Mestranda no programa de pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.
E-mail: dora_andriola@hotmail.com

•5• Mestre. Professora no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.
E-mail: ccpnat@hotmail.com

•6• Doutora. Professora no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil.
E-mail: analuisa_brandao@yahoo.com.br

Recibido: 14/11/2016 Aprobado: 04/09/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n1.61034



Resumo

Objetivo: avaliar a eficácia de uma estratégia educativa no ensino de anatomia humana aplicada à enfermagem.

Metodologia: estudo descritivo, do tipo pré e pós-teste. A amostra foi composta por alunos do primeiro período do curso de enfermagem de uma universidade do nordeste do Brasil, durante o ano de 2014. A estratégia educativa foi composta por aulas expositivas dialogadas, com a utilização de casos clínicos.

Resultados: foram abordados os seguintes conteúdos: miologia e aplicações intramusculares; sistema nervoso e reflexos; sistema cardiovascular, punção venosa e pressão arterial; sistema geniturinário, exame ginecológico e sondagem vesical. Verificou-se evolução quantitativa no período pós-teste em todas as aulas da estratégia educativa.

Conclusão: a estratégia educativa foi considerada positiva, expressa pelo número de acertos no pós-teste e por associações estatísticas significativas. Destaca-se ainda a contribuição dessa estratégia no processo de formação crítica e reflexiva dos futuros enfermeiros.

Descritores: Enfermagem; Ensino; Anatomia (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: evaluar la eficacia de una estrategia educativa en la enseñanza de la anatomía humana aplicada a la enfermería.

Metodología: estudio descriptivo del tipo pre y post teste. La muestra está formada por alumnos del primer semestre de enfermería de una universidad del noreste de Brasil, durante el 2014. La estrategia educativa se compone de conferencias dialogadas con el uso de casos clínicos.

Resultados: fueron abordados los siguientes contenidos: miología y aplicaciones intramusculares; sistema nervioso y reflejos; sistema cardiovascular, venopunción y presión arterial; sistema genitourinario, examen ginecológico y sondaje vesical. Se verificó evolución cuantitativa post-test en todas las clases de la estrategia educativa.

Conclusión: la estrategia educativa se consideró positiva, medida por el número de respuestas correctas en el post-test y asociaciones estadísticas significantes. También se destaca la contribución de esta estrategia al proceso de formación crítica y reflexiva de los futuros enfermeros.

Descritores: Enfermería; Enseñanza; Anatomía (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to evaluate the effectiveness of an educational strategy in teaching Human Anatomy to nurses.

Methodology: a descriptive study of the pre and post-course-test type. The respondents were a sample of students in the first period of the nursing course at a university of Northeast Brazil, during 2014. The educational strategy made use of lectures where the students interacted with the teachers and included the study of clinical cases.

Results: the course dealt with the following subjects: myology and intramuscular injections; the nervous system and reflex actions; the cardiovascular system, venipuncture and blood pressure; the genitourinary system, gynecological examinations and urinary catheterization. The post-course tests provided a quantitative confirmation of the progress of the students.

Conclusion: measured by the number of correct answers in the post-course test, which was statistically significant, the educational strategy was considered to be positive and also confirmed the value of the strategy for the practical training and critical thought of future nurses.

Descriptors: Nursing; Teaching; Anatomy (source: DeCS, BIREME).

Introdução

A formação dos enfermeiros encontra-se permeada pelo ensino da teoria clínica associada à prática. Os conhecimentos adquiridos por esses profissionais podem ser considerados questões essenciais no ensino, uma vez que permitem aos estudantes reflexões relacionadas às ações propedêuticas, clínicas e terapêuticas em cada situação específica de sua atuação profissional. Nesse contexto, o ensino clínico configura-se como componente primordial para que os estudantes de enfermagem possam praticar os conhecimentos adquiridos na sala de aula (1).

Entre as disciplinas do currículo do curso de enfermagem, a anatomia humana destaca-se por ser parte fundamental dos currículos das ciências da saúde. É a partir desse conhecimento que lhes será possibilitada uma futura compreensão sobre processos patológicos e problemas clínicos (2, 3). Conhecer disciplinas fundamentais ao alicerce da biociência fornece sérias implicações nos padrões da prática do enfermeiro e, entre elas, garante a segurança do paciente, já que confere a esse profissional maior responsabilidade e competência em desenvolver estudos clínicos (4).

Além do supracitado, estudo identificou algumas competências importantes que são proporcionadas através da disciplina de anatomia humana como a compreensão estrutural, funcional e fisiológica dos sistemas e suas respectivas estruturas (5). Assim, faz-se necessária a associação dos conhecimentos morfológicos fornecidos pela disciplina aos fundamentos do aprendizado para a promoção de uma prática embasada cientificamente. Além disso, a disciplina proporciona fundamentação teórico-prática para subsidiar as habilidades técnicas ministradas na disciplina de semiologia e semiotécnica da enfermagem (6).

No tocante à disciplina de semiologia e semiotécnica, observa-se que ela objetiva a investigação clínica do paciente, o estudo de sinais e sintomas e a metodização das ações que norteiam o cuidado a ser aplicado (6, 7). Em suma, ela fundamenta os procedimentos técnicos, permitindo um momento de aproximação dos estudantes com técnicas, materiais e equipamentos específicos da profissão e que necessitam de habilidades, tanto manuais quanto racionais para sua execução (8).

Assim, percebe-se a importância do conhecimento da semiologia e semiotécnica na assistência sistematizada do futuro enfermeiro. Entretanto, estudo realizado com estudantes de enfermagem revela a dificuldade de integração entre a disciplina de anatomia humana e os conhecimentos semiotécnicos da enfermagem, uma vez que são componentes referentes a períodos distintos do curso (6).

Ante o exposto, entende-se que o estudante de enfermagem deve ser incentivado a construir conceitos e associações teóricas, práticas e clínicas referentes às disciplinas cursadas que lhe garantam a conexão entre os períodos e atendam aos desafios que emergiram na atenção à saúde. Acrescenta-se ainda que essa habilidade pode ser considerada como uma valiosa ferramenta na superação da fragmentação da prática educativa, a qual deveria fomentar os modelos fundamentados no processo de ação-reflexão e no olhar crítico do aprendiz (9).

Esse contexto leva o docente a buscar estratégias que atendam a esse novo cenário da educação ante as transformações sociais que suscitam a formação de profissionais críticos e reflexivos. Assim, o modelo tradicional de educação, centrado no professor, não responde em sua totalidade à formação desse novo profissional (10, 11).

Acrescenta-se ainda a divergência existente entre os conteúdos ministrados em sala de aula e o que é aplicado na prática supervisionada. Isso vem sendo representado pela dificuldade de percepção do discente quanto à aplicabilidade e viabilidade dessas metodologias no cotidiano do processo de cuidar. Nessa perspectiva, ressalta-se a contribuição de estratégias de ensino à integração dos saberes diante da fragmentação entre o saber e o fazer (12).

É válido ressaltar ainda que o ensino e a aprendizagem, conduzidos pelas estratégias de ensino com metodologias ativas, permitem a construção de expressão de pensamentos e opiniões. Isso propicia a construção do conhecimento e qualificação do estudante em um processo de avaliação que se efetua durante a trajetória da prática educativa (11).

Nesse sentido, emerge a necessidade do desenvolvimento de estratégias educativas que proporcionem aprendizado dinâmico entre os componentes curriculares, contribuindo na formação de profissionais críticos. Dessa forma, o presente estudo objetiva avaliar a eficácia de uma estratégia educativa no ensino de anatomia humana aplicada à enfermagem.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, do tipo pré e pós-teste. A população do estudo consistiu-se de 103 discentes do curso de enfermagem de uma universidade federal no nordeste do Brasil. A amostra foi composta por 40 alunos matriculados na disciplina de anatomia humana para enfermagem durante o ano de 2014, que foram selecionados por conveniência, do tipo consecutiva. Foram excluídos discentes que estavam de licença médica no momento da coleta de dados.

A estratégia elaborada foi composta por quatro aulas expositivas dialogadas, com o suporte de casos clínicos, as quais visaram revisar o conteúdo já discutido na disciplina de anatomia humana; além disso, objetivou-se inserir o aluno na perspectiva profissional do futuro enfermeiro expondo a importância do conhecimento anatômico para a compressão de funções e atividades próprias da profissão. Essas aulas estiveram associadas com os seguintes conteúdos: miologia e aplicações intramusculares; sistema nervoso e reflexos; sistema cardiovascular, punção venosa e pressão arterial; sistema geniturinário, exame ginecológico e sondagem vesical.

Dessa forma, a inovação apresentada pela estratégia baseia-se na articulação entre as disciplinas de anatomia humana e semiologia e semiotécnica para a enfermagem. A articulação foi pensada a partir de como o conhecimento anatômico será utilizado na prática da enfermagem. Ademais, a articulação dentro das aulas que compuseram a estratégia educativa envolveu uma perspectiva problematizadora, com casos clínicos que auxiliaram a conexão dos conteúdos.

As aulas foram desenvolvidas por professores de semiologia e semiotécnica da Enfermagem e ministradas por uma docente da referida disciplina, bem como por monitores dos dois componentes curriculares, no período de maio a outubro de 2014. Ao longo das exposições, houve discussão e reflexão entre os participantes do estudo.

O instrumento para a coleta de dados foi composto por pré e pós-teste, que incluiu questões referentes à integração das duas disciplinas. Cada teste contou com 10 questões objetivas referentes ao tema ministrado, que envolvia anatomia integrada à semiologia. O instrumento de coleta supracitado foi aplicado antes de cada uma das aulas que

compuseram a estratégia educativa e após estas. Os quatro instrumentos desenvolvidos foram validados quanto à aparência por duas docentes da disciplina de semiologia e semiotécnica da enfermagem, selecionadas pela experiência nas temáticas; as sugestões advindas da validação foram acatadas.

O pré-teste foi utilizado para sondar o conhecimento dos discentes nos primeiros 15 minutos que antecederam cada uma das quatro aulas. Após o término e recolhimento desse material, era dado início à aula, de acordo com o seu respectivo conteúdo, enfatizando os principais pontos de cada assunto. Ao final da abordagem, foi utilizado o pós-teste a partir da mesma dinâmica e com o mesmo conteúdo, com o objetivo de avaliar a evolução dos conhecimentos dos discentes a respeito do tema tratado.

Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel 2010, construindo-se um banco de dados a partir dos erros e acertos dos discentes em cada questionamento dos quatro instrumentos empregados, nos momentos pré e pós-intervenção. Os dados foram analisados por meio do programa IBM SPSS Statistic versão 20.0, a partir de análise descritiva e inferencial dos dados.

A análise descritiva contou com as medidas de tendência central e de dispersão, sendo aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov para a verificação de normalidade dos dados. Para a análise descritiva das variáveis qualitativas, calcularam-se frequências absolutas e relativas. A análise inferencial ocorreu por meio do teste de McNemar, que possibilitou associar estatisticamente as respostas do pré e pós-teste de cada um dos discentes. Para tanto, adotou-se um nível de significância estatística de 5 % ($p < 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição responsável pela pesquisa, apresentando Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n.º 347.914 e Protocolo n.º 18759913.0.0000.5537. Os participantes da pesquisa manifestaram a aceitação em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Os resultados mostram que a estratégia foi composta de quatro aulas, realizadas com discentes de enfermagem, com idade média de 19 anos. A primeira abordou o conteúdo de miologia e aplicações intramusculares. Assim, foram discutidas temáti-

cas como: situação-problema sobre o assunto, revisão da anatomia do sistema muscular, noções de semiologia e semiotécnica na aplicação intramuscular e questões reflexivas a respeito do assunto. Os resultados da pesquisa na modalidade pré e pós-teste relacionados à primeira aula encontram-se apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Nível de acerto pré e pós-aula sobre miologia e aplicações intramusculares (Natal-RN, 2015)

Temáticas dos questionamentos	Acertos		Valor p ¹
	Pré-teste	Pós-teste	
Componentes do músculo	72,5 %	85,0 %	0,227
Fundamentos da miologia	60,0 %	67,5 %	0,549
Tendão	65,0 %	90,0 %	0,013*
Músculos para aplicações intramusculares	57,5 %	87,5 %	0,004*
Volume recomendado para a aplicação	15,0 %	90,0 %	0,000*
Técnica para a aplicação intramuscular	95,0 %	100,0 %	-
Vantagens da aplicação intramuscular	72,5 %	87,5 %	0,109
Materiais necessários para o procedimento	82,5 %	97,5 %	0,031*
Áreas anatómicas para a delimitação	2,50 %	55,0 %	0,000*
Importância da delimitação correta	95,0 %	97,5 %	1,000

¹Teste de McNemar; *Variáveis que apresentaram associação estatística significativa.

Fonte: dados da pesquisa.

A estratégia educativa na aula exposta na Tabela 1 apresenta um retorno positivo, uma vez que foi possível perceber uma evolução quantitativa no período pós-teste em todos os questionamentos oferecidos. A abordagem do conteúdo de Técnica para a aplicação intramuscular destacou-se por apresentar um resultado de 100 % de acertos. Já as questões que focaram os assuntos Tendão, Técnica para a aplicação intramuscular, Volume recomendado para a aplicação, Materiais necessários para o procedimento e Áreas anatómicas para a delimitação apresentaram uma considerável evolução quanto aos acertos no pré e no pós-teste, representados pela associação estatística significativa.

Na segunda aula, *sistema nervoso e reflexos*, foram tratados os temas do conteúdo programático, seguidos de discussões e da participação ativa dos discentes, que envolveram uma situação-problema sobre o tema, questões sobre a anatomia do sistema nervoso, como a revisão dos nervos cranianos, bem como do sistema nervoso central e periférico, além do exame físico neurológico completo e dos instrumentos de trabalho necessários para que o

enfermeiro realize sua avaliação junto ao paciente. Também foi exibido um caso clínico para posterior discussão. Na Tabela 2, observa-se a quantidade de acertos do pré e pós-teste da segunda aula.

Tabela 2. Nível de acertos pré e pós-aula sobre sistema nervoso e reflexos (Natal-RN, 2015)

Temáticas dos questionamentos	Acertos		Valor p ¹
	Pré-teste	Pós-teste	
Classificação dos nervos cranianos	32,3 %	87,1 %	0,000*
Intumescências da medula espinal	71,0 %	96,8 %	0,008*
Pares de nervos cranianos	35,5 %	90,3 %	0,000*
Exame físico neurológico	3,20 %	77,4 %	0,000*
Função dos nervos cranianos	3,20 %	61,3 %	0,000*
Reflexos exteroceptivos	19,4 %	48,4 %	0,035*
Reflexos propioceptivos	19,4 %	67,7 %	0,000*
Testes neurológicos	38,7 %	83,9 %	0,001*
Nervo oculomotor	3,20 %	77,4 %	0,000*
Nervo trigêmeo	35,5 %	90,3 %	0,000*

¹Teste de McNemar; *Variáveis que apresentaram associação estatística significativa.

Fonte: dados da pesquisa.

A segunda aula, representada na Tabela 2, apresentou evolução considerável na avaliação de pré e pós-teste, uma vez que exibiu um crescimento no número de acertos em todos os questionamentos oferecidos aos discentes participantes da pesquisa, por meio da presença da associação estatística significativa nas dez perguntas contidas no teste.

Na aula referente ao *Sistema cardiovascular, punção venosa e pressão arterial*, foi apresentado um caso clínico e abordadas uma situação-problema sobre o tema, a revisão do sistema cardiovascular, especificando nomenclaturas e funções das estruturas correspondentes, bem como a atuação do enfermeiro nos procedimentos de punção venosa e aferição da pressão arterial. Os acertos avaliados no pré e pós-teste encontram-se na Tabela 3.

A Tabela 3 demonstra o resultado positivo na pesquisa da estratégia avaliada na terceira aula. Quando, após ser comparado e ponderado o número de acertos nos dois momentos da pesquisa, foi possível perceber o destaque nos questionamentos referentes a Materiais necessários para a verificação da pressão arterial; Parâmetros de normalidade para a pressão arterial e Complicações da infusão venosa, a partir do alcance de 100 % na quantidade de acertos do pós-teste. Além da evolução nas temáticas: Sístole ventricular, Anatomia cardíaca, Hipertensão arterial, Fatores de risco

para hipertensão arterial, Vantagens e desvantagens da infusão venosa e Locais de aplicação venosa, à medida que se destacam pelo melhor aproveitamento, já vez que apresentaram associação estatística significativa.

Tabela 3. Nível de acertos pré e pós-aula sobre sistema cardiovascular, punção venosa e pressão arterial (Natal-RN, 2015)

Temáticas dos questionamentos	Acertos		Valor p ¹
	Pré-teste	Pós-teste	
Valvas cardíacas	77,8 %	83,3 %	1,000
Sístole ventricular	50,0 %	88,9 %	0,016*
Anatomia cardíaca	11,1 %	55,6 %	0,008*
Hipertensão arterial	50,0 %	88,9 %	0,0016*
Materiais necessários para a verificação da pressão arterial	27,8 %	100,0 %	-
Parâmetros de normalidade para a pressão arterial	100,0 %	100,0 %	-
Fatores de risco para a hipertensão arterial	11,1 %	77,8 %	0,000*
Vantagens e desvantagens da infusão venosa	22,2 %	83,3 %	0,003*
Locais de aplicação venosa	16,7 %	94,4 %	0,000*
Complicações da infusão venosa	11,1 %	100,0 %	-

¹Teste de McNemar; *Variáveis que apresentaram associação estatística significativa.

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 4. Nível de acerto pré e pós-aula sobre sistema geniturinário, exame ginecológico e sondagem vesical (Natal-RN, 2015)

Temáticas dos questionamentos	Acertos		Valor p ¹
	Pré-teste	Pós-teste	
Órgãos do sistema urinário	77,8 %	83,3 %	1,000
Anatomia do sistema urinário	33,3 %	94,4 %	0,001*
Sistema urinário feminino	22,2 %	66,7 %	0,008*
Exame físico da genitália feminina	44,4 %	88,9 %	0,008*
Exames do sistema reprodutor feminino	83,3 %	100,0 %	-
Instrumentos para o exame do sistema reprodutor feminino	16,7 %	100,0 %	-
Sondagem vesical	83,3 %	88,9 %	1,000
Tipos de sondagem vesical	33,3 %	88,9 %	0,002*
Técnica de sondagem vesical	27,8 %	100,0 %	-
Sondagem vesical masculina	16,7 %	72,2 %	0,006*

¹Teste de McNemar; *Variáveis que apresentaram associação estatística significativa.

Fonte: dados da pesquisa.

A quarta aula uniu as temáticas *Sistema geniturinário, exame ginecológico e sondagem vesical*. A apresentação do conteúdo envolveu uma situação problemática sobre o tema, a explanação da anatomia do sistema geniturinário masculino e feminino; um exame ginecológico realizado pelo enfermeiro e a técnica da sondagem vesical, bem como os materiais utilizados nesses procedimentos. Além disso, foi apresentado um caso clínico de acordo com o tema tratado, para posterior discussão. A avaliação dos acertos nos momentos pré e pós-teste estão apresentados na Tabela 4.

O resultado a respeito da referida aula apresentou um maior número de acertos em todos os questionamentos no momento pós-teste, o que mostrou a evolução dos conhecimentos dos participantes do estudo em relação à temática abordada. Por fim, destacam-se os seguintes questionamentos: Exame do sistema reprodutor feminino; Instrumentos para o exame do sistema reprodutor feminino e Técnica de sondagem vesical, com 100 % de acerto no pós-teste. Além das questões sobre Anatomia do sistema urinário, Sistema urinário feminino, Exame físico da genitália feminina, Tipos de sondagem vesical e sondagem vesical masculina, que apresentaram associação estatística significativa no resultado do pós-teste.

Discussão

Os resultados da estratégia educativa nas tabelas externaram evolução considerável na avaliação de pré e pós-teste, uma vez que exibiram elevação no quantitativo de acertos em todos os questionamentos oferecidos aos participantes da pesquisa. Esses dados revelam a importância do aprimoramento de estratégias de ensino, enfatizando-se uma aprendizagem baseada na interligação entre conteúdos e disciplinas ministrados ao longo da estrutura curricular. Essas medidas contribuem para o avanço da ciência da enfermagem, pois possibilitam a aquisição de um raciocínio e habilidades primordiais à sua prática clínica (13).

Considerando os avanços científicos, é também necessário incorporar o uso da tecnologia na educação com vistas a fortalecer uma aprendizagem mais flexível, criativa e interativa. Modelos pedagógicos focados em aulas expositivas e não interativas podem levar à desmotivação dos alunos, dificultando o processo de aprendizagem. O aluno deve ser percebido como uma pessoa ativa, capaz de determinar o próprio aprendizado e

estimular a experiência e o pensamento crítico (14).

A universidade surge como um importante elemento nesse processo, pois favorece aos professores e discentes esse estímulo, através de formas de interação entre as disciplinas e a prática. Tal interação proporciona ao aluno o desenvolvimento de habilidades de reflexão, observação e análise crítica. Acrescenta-se ainda que essas atividades propiciam ações crítico-reflexivas (15). Atividades essas encontradas na estratégia educativa desenvolvida no presente estudo e observadas como positivas ao processo ensino-aprendizagem.

Acrescenta-se que os resultados obtidos a partir dos dados amostrais revelaram uma tendência de prevalência do sexo feminino, de faixa etária jovem, nas quatro aulas da estratégia educativa. É perceptível que a profissão de enfermagem se mantém prevalentemente feminina em todos os níveis de atuação (15-18), e tal prevalência no estudo é ressaltada para fins de replicação da estratégia de ensino desenvolvida.

No tocante à média de idade identificada no estudo, esta coaduna com a literatura (19). A prevalência de faixa etária jovem no curso de enfermagem reafirma a necessidade de se inserir no processo pedagógico metodologias que favoreçam a formação de maneira ativa, interativa e reflexiva (15).

O aprendizado a partir de estratégias educativas reflete um resultado positivo quanto ao seu objetivo, na medida em que proporciona aos discentes curiosidades, interesse e desejo em aprender o que está sendo passado. Elas são instrumentos facilitadores do processo de ensino-aprendizagem utilizado como meio de transferência de conhecimentos, proporcionando ao sujeito a participação num momento de troca de experiências conducente à melhoria das capacidades (20). A elaboração de uma estratégia educativa dentro da área da saúde, principalmente, com o objetivo de ponderar a validação do projeto a ser aplicado, é extremamente válida no processo de construção do conhecimento (21).

A compreensão do entendimento do corpo a ser cuidado deve ser assimilada pelos acadêmicos como elemento significativo e interativo da formação profissional. Ela deve ser entendida como o alicerce teórico que subsidia as atividades práticas do enfermeiro, além de conferir-lhe um corpo de conhecimentos específicos acerca da morfologia

humana, como elo interdisciplinar à semiologia e à semiotécnica. Seria paradoxal fomentar discussões fundamentalmente biológicas em torno da anatomia humana e dos fatores da prática sensível almejada pela enfermagem e por suas múltiplas dimensões. É extremamente relevante buscar um ponto em comum entre as disciplinas, para ações de cuidar que integrem o conhecimento adquirido na academia para a prática profissional (22).

A primeira aula sobre miologia e aplicações intramusculares abrangeu um importante assunto quanto à formação do enfermeiro, e trouxe resultados positivos nos valores avaliados no pós-teste. Essa implicação pode ser entendida como de fundamental relevância na construção do conhecimento do acadêmico. Uma vez que as associações entre a teoria da anatomia dos músculos e a técnica da aplicação intramuscular como parte do ensino semiotécnico foram apresentadas de uma forma dinâmica, levando em conta a prática correta, reduzindo o risco de iatrogenias pelos futuros profissionais. O conhecimento das estruturas anatômicas é essencial nas aplicações intramusculares, em que o enfermeiro deve ser capaz de desenvolver um pensamento clínico e reflexivo no momento de realizar a técnica a partir do conhecimento que advém da teoria (23).

Abordar o conhecimento anatômico do sistema nervoso como estratégia educativa torna-se relevante, sobretudo quanto à eficácia e eficiência da avaliação neurológica realizada pelo enfermeiro, uma vez que, a partir dessa ponderação, é permitida a detecção de anormalidades referente ao sistema investigado. Ademais, representa a etapa de investigação do processo de enfermagem, na qual uma investigação clínica eficaz, a partir de uma avaliação eficaz, refletirá na acurácia dos diagnósticos de enfermagem inferidos ao paciente (24).

Dessa forma, as doenças neurológicas exigem um conhecimento considerável do profissional enfermeiro, contribuindo para a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem, principalmente para a identificação dos diagnósticos de enfermagem e a seleção de intervenções utilizadas pelo profissional (24).

A aula que abordou o tema Sistema cardiovascular, punção venosa e pressão arterial apresentou um crescimento quantitativo considerável na modalidade pós-teste, corroborando com o objetivo da estratégia oferecida. É de suma importância que o

enfermeiro conheça a anatomia do sistema cardiovascular e as técnicas que envolvem esse sistema, na prática profissional, como a pressão arterial e a punção venosa. O correto desenvolvimento de procedimentos que envolvem o coração ou os vasos circunjacentes ou que apenas estão formando a anatomia vascular é essencial para garantir a melhoria na qualidade da assistência e, conseqüentemente, a segurança do paciente (25).

A temática tratada na última aula, Sistema geniturinário, exame ginecológico e sondagem vesical, apresentou o segundo maior crescimento quantitativo na modalidade pós-teste da estratégia educativa avaliada. Esse número possivelmente demonstra a importância atribuída ao assunto no que diz respeito às habilidades práticas exigidas do aluno. No âmbito da sondagem vesical, procedimento frequente e relevante na prática cotidiana do enfermeiro, o interesse dos estudantes pelo saber-fazer influencia diretamente a obtenção desses escores.

Dessa maneira, destaca-se que o investimento na sistematização do conhecimento do enfermeiro ante um exame ginecológico, bem como um procedimento de cateterismo vesical, proporciona segurança e presteza na qualidade dessa assistência, o que garante o sucesso da intervenção e a diminuição de ocorrências de infecções do trato urinário, controlando as incidências de complicações para o paciente (26).

Assim, a utilização de estratégia educativa no ensino da anatomia humana e sua relação com a semiologia e semiotécnica da enfermagem apresentou-se relevante na formação do discente quanto à articulação dos conhecimentos teóricos e práticos, diante dos resultados positivos apresentados. A compreensão do aluno a respeito dessas temáticas articuladas permite a formação de um profissional capacitado a desenvolver a assistência adequada, que envolve conteúdos elementares no conhecimento da profissão. Fato esse que contribuirá para o planejamento de ações de enfermagem de forma segura e a sua implementação apropriada e, conseqüentemente, o alcance de resultados positivos em saúde no desempenho do seu cuidado.

Conclusão

A estratégia educativa no ensino da anatomia humana aplicada à semiologia e semiotécnica realizada com discentes do curso de graduação em enfermagem foi positiva, na medida em que foi identifica-

do aumento significativo no número de acertos em cada uma das aulas realizadas.

O presente estudo é relevante para a prática da enfermagem, pois permite ao aluno associar a teoria da anatomia e da semiologia e semiotécnica com a prática profissional; além disso, contribui para a formação de futuros enfermeiros mais críticos e reflexivos.

A limitação do estudo se dá na impossibilidade de participação de todos os discentes da disciplina de anatomia humana nas aulas que compuseram a estratégia educativa, havendo um grande número de faltosos. Sugere-se a realização de novos estudos que façam uso de grupos controle para a avaliação de estratégias educativas que envolvam as disciplinas de anatomia humana e semiologia e semiotécnica da enfermagem.

Referências

- (1) Merighi MAB, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM, Ito TN. Ensinar e aprender no campo clínico: perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem. *Rev Bras Enf* [periódico na internet]. 2014 [acesso: 7 jan. 2015];67(4):505-11. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670402>
- (2) Papa V, Vaccarezza M. Teaching anatomy in the XXI century: new aspects and pitfalls. *Sci World J* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 Nov. 13];1-5. Available from: DOI: 10.1155/2013/310348
- (3) Alsaid B. Slide shows vs graphic tablet live drawing for anatomy teaching. *Morphologie*. [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Nov. 13];100(331):210-15. Available from: DOI: 10.1016/j.morpho.2016.05.003
- (4) Mannix J, Wilkes L, Jackson D (2013). Marking out the clinical expert/clinical leader/clinical scholar: perspectives from nurses in the clinical arena. *BMC Nurs* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 Nov. 13];12:12. Available from: DOI: 10.1186/1472-6955-12-12
- (5) Arruda RM, Souza CRA. Aproveitamento teórico-prático da disciplina anatomia humana do curso de fisioterapia. *Rev Bras Educ Md* [periódico na internet]. 2014 [acesso: 20 jan. 2015];38(1):65-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n1/09.pdf>
- (6) Silva OS, Dias SL, Henrique JCF, Soares EF, Figueiredo NMA. Discurso sobre anatomia humana no currículo integrado de enfermagem. *Fundam. care* [periódico na internet]. 2013 [acesso: 22 jan. 2015];5(1):3136-49. Disponível em: DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n1p3136
- (7) Vieira CZ, Oliveira BGRB, Valente GSC. Education and autonomy of nurses in the prevention and treatment of wounds. *J res: fundam care* [serial on the Internet]. 2013 [access: 05 Jan. 2015]; 5(4):706-715.

Available from: DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n4p706

(8) Schmitt MD, Ribeiro MC, Adamy EK, Brum MLB, Zanotelli SS. Contribuições da monitoria em semiologia e semiótica para a formação do enfermeiro: relato de experiência. *Cidadania em ação: revista de extensão e cultura*. [periódico na internet]. 2013 [acesso: 5 mar. 2015];7(1):1-8. Disponível em: http://www.revistas.udesc.br/index.php/udescemacao/article/viewFile/3264/pdf_37

(9) Prado ML, Medina-Moya JL, Martínez-Riera JR. La producción del conocimiento en educación en enfermería en España y Brasil: una revisión integrativa. *Texto & Contexto Enferm* [revista en Internet]. 2011 [acesso: 20 ene. 2015];20(3):407-15. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/24.pdf>

(10) Simon, E, Jezine E, Vasconcelos EM, Ribeiro KSQS. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. *Interface* [periódico na internet]. 2014 [acesso: 5 mar. 2015];18(2):1355-64. Disponível em: DOI: 10.1590/1807-57622013.0477

(11) Sebold LF, Kempfer SS. Active methodologies as strategies in nursing teaching: Raising awareness towards healthy habits. *J Nurs Educ Pract* [serial on the Internet]. 2013 [acesso: 2015 Mar. 01]; 3(6):43-50. Available from: DOI: <https://doi.org/10.5430/jnep.v3n6p43>

(12) Monteiro MDBD, Dantas BB, Moura SG, Dantas DA, Ferreira Filha MO. Health education: literature review in national journals. *Rev enferm UFPE on-line* [serial on the Internet]. 2013 [acesso: 2015 Mar. 10];7(esp):6283-7. Available from: DOI: 10.5205/ruol.4397-36888-6-ED.0710esp201329

(13) Teixeira CRS, Kusumota L, Braga FTMM, Gaio-so VP, Santos CB, Silva VLS, et al. Use of simulator in teaching nursing clinical evaluation. *Texto & Contexto Enferm* [serial on the Internet]. 2011 [acesso: 2015 May 05];20(Esp):187-93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500024>

(14) Hara CYN, Aredes NDA, Fonseca LMM, Silveira RCCP, Camargo RAA, et al. Clinical case in digital technology for nursing students learning: An integrative review. *Nurse Educ Today* [serial on the Internet]. 2016 [acesso: 2016 Oct. 10];38:119-25. Available from: DOI: 10.1016/j.nedt.2015.12.002

(15) Donati L, Alves MJ, Camelo SHH. O perfil do estudante ingressante no curso de graduação em enfermagem de uma faculdade privada. *Rev. Enferm. UERJ* [periódico na internet]. 2010 [acesso: 15 out. 2015];18(3):446-50. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a19.pdf>

(16) Costa LHR, Coelho EAC. Ideologies of gender and sexuality: the interface between family upbringing and nursing education. *Texto & Contexto Enferm* [serial on the Internet]. 2013 [acesso: 2017 May 12];22(2):485-92. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/en_v22n2a26.pdf

(17) Santos EA, Bomfim AMA, Hita LF, Souza MEDCA. Elective subjects: inter-professionalism experience in the training of future health professionals. *J Nurs*

UFPE online. [serial on the Internet]. 2014 [acesso: 2017 May 12];8(11):4017-23. Available from: DOI: 10.5205/ruol.6679-58323-1-ED.0811201426

(18) Inagaki ADM, Ribeiro CJN, Silva AKA, Abud ACF, Santos AO, et al. Knowledge of nursing and medicine students on toxoplasmosis. *J Nurs UFPE on-line* [serial on the Internet]. 2015 [acesso: 2017 May 12];9(10):9469-77. Available from: DOI: 10.5205/ruol.7944-69460-1-SM.0910201507

(19) Santos AAA, Alcará AR, Zenorini RPC. Estudos psicométricos da escala de motivação para a aprendizagem de universitários. *Fractal Rev Psicol* [periódico na internet]. 2013 [acesso: 12 maio 2017];25(3):531-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922013000300008&script=sci_abstract&tlng=pt

(20) Barros E JL, Santos SSC, Gomes GC, Erdmann AL. Educational geronto-technology for ostomized seniors from a complexity perspective. *Rev Gaúcha Enferm* [serial on the Internet]. 2012 [acesso: 2017 May 12];33(2):95-101. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200014>

(21) Andrade LZC, Freitas DT, Holanda GF, Silva VM, Lopes MVO, Araújo TL. Desenvolvimento e validação de jogo educativo: medida da pressão arterial. *Rev Enferm UERJ* [periódico na internet]. 2012 [acesso: 12 maio 2017];20(3):323-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a07.pdf>

(22) Silva PS, Dias SL, Henriques JCF, Soares EF, Figueiredo NMA. Discourse about human anatomy in the integrated curriculum of nursing. *Fundam care* [serial on the Internet]. 2013 [acesso: 2017 May 12];5(1):3136-49. Available from: DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n1p3136

(23) Silva PS, Vidal SV. As relações anatômicas envolvidas na administração de medicamentos por via intramuscular: um campo de estudo do enfermeiro. *Enferm glob* [periódico na internet]. 2013 [acesso: 12 maio 2017];12(30):170-82. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.12.2.143231>

(24) Louredo DS, Sá SPC, Camacho ACLF. The relationship between the nursing diagnosis and cognition tests performed on elderlies with alzheimer's disease. *Fundam care* [serial on the Internet]. 2014 [acesso: 2017 May 12];6(1):271-281. Available from: DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n1p271

(25) Oliveira AKA, Medeiros LP, Melo GSM, Torres GVT. Passos da técnica de punção venosa periférica: revisão integrativa. *Arq Ciênc Saúde* [periódico na internet]. 2014 [acesso: 12 maio 2017];21(1):88-95. Disponível em: [http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-1/ID-578-21\(1\)-\(Jan-Mar-2014\).pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-1/ID-578-21(1)-(Jan-Mar-2014).pdf)

(26) Mercês MC, Carvalho MAM, Araújo PRS, Queiroz AB, Silva BSM, Sousa MNM, et al. A prática do(a) enfermeiro(a) na inserção do cateter de Foley em pacientes de unidade de terapia intensiva: limites e possibilidades. *Rev Epidemiol Control Infect* [periódico na internet]. 2013 [acesso: 12 maio 2017];3(2):55-61. Disponível em: DOI: 10.17058/reci.v3i2.3157

Conhecimento, atitude e prática da equipe de saúde sobre melasma na gravidez

Conocimiento,
actitud y práctica
del equipo de salud
sobre melasma en el
embarazo

Knowledge, attitude
and practice of health
staff on melasma
during pregnancy

• Maristela Belletti Mutt Urasaki¹ •

¹• Doutora em Enfermagem. Coordenadora do curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil. E-mail: mari.urasaki@usp.br

Recibido: 05/07/2016 Aprobado: 18/11/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n1.58896



Resumo

Objetivo: analisar os conhecimentos, atitudes e práticas da equipe de saúde sobre melasma na gravidez.

Metodologia: estudo transversal, descritivo, realizado de outubro de 2012 a março de 2013, em duas etapas, com abordagem quantitativa e qualitativa. Participaram da primeira fase, respondendo a um questionário com questões abertas e fechadas, 61 membros da equipe de 5 unidades básicas da zona leste de São Paulo (Brasil), que atuavam na assistência a gestante. Destes, 9 foram entrevistados. Os dados dos questionários foram analisados pela estatística descritiva, e os das entrevistas, por meio da análise de conteúdo temática.

Resultados: a média de respostas incorretas sobre causas, prevenção e tratamento do melasma foi superior a 50 %; para 52,4 %, as manchas na pele não interferem na qualidade de vida, e a condição é considerada um problema simples. Cuidados com a pele na gestação foram as ações consideradas de menor importância. A maioria não aborda o tema nos atendimentos realizados.

Conclusões: o conhecimento da equipe sobre o melasma e seus desdobramentos psicossociais mostrou-se deficiente, com pouca valorização do quadro principalmente em função de sua baixa morbidade. Nesse sentido, processos educativos junto às equipes são necessários.

Descritores: Conhecimentos, Atitudes e prática em saúde; Melanose; Pessoal de saúde (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: analizar los conocimientos, actitudes y prácticas del equipo de salud sobre melasma en el embarazo.

Metodología: estudio transversal, descriptivo, realizado de octubre del 2012 a marzo del 2013, en dos etapas, con un abordaje cuantitativo y cualitativo. Participaron de la primera etapa, respondiendo un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, 61 miembros del equipo de salud de 5 unidades básicas de la zona leste de São Paulo (Brasil), que actuaban en la atención a embarazadas. De estos, 9 fueron entrevistados. Los datos de los cuestionarios fueron analizados a través de estadística descriptiva, y las entrevistas por medio del análisis de contenido temático.

Resultados: el promedio de respuestas incorrectas sobre causas, prevención y tratamiento del melasma fue superior al 50 %; para el 52,4 %, las manchas en la piel no interfieren en la calidad de vida, y la condición es considerada un problema simple. Los cuidados con la piel durante el embarazo fueron las acciones consideradas como de menor importancia. La mayoría no aborda el tema durante las consultas.

Conclusiones: fue identificado un deficiente conocimiento del equipo de salud sobre el melasma y sus impactos psicossociales, con poca valoración del problema principalmente por su baja morbidad. En este sentido, es necesario implementar procesos educativos con la participación de todos los miembros del equipo de salud.

Descriptores: Conocimientos, Actitudes y práctica en salud; Melanosis; Personal de salud (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to study health professionals' knowledge, attitudes and practices on melasma (skin discoloration) in pregnancy.

Methodology: a descriptive, cross-sectional study was conducted from October 2012 to March 2013 in two distinct stages, with a quantitative and qualitative approach. 61 health professionals from five basic health-care units on the east side of São Paulo who attend to pregnant women participated in the first phase, answering a questionnaire with open-ended and closed-ended questions. Nine of these professionals were also interviewed. The data from the questionnaires were analyzed using a descriptive statistical method and the interviews were subjected to a thematic content analysis.

Results: the average number of wrong answers to questions about the causes, prevention and treatment of melasma was greater than 50%. 52.4% of the respondents thought that skin blemishes do not affect the quality of life of the patients and regarded the condition as a simple problem. Skin care during pregnancy was thought to be of minor importance. Most of them do not deal with this subject in consultations with the patients.

Conclusions: the staffs' knowledge of melasma and its psychosocial consequences proved to be poor, with little concern about this problem, primarily because of the low morbidity rate. The teams should be trained about the importance of this condition.

Keywords: Health knowledge, Attitudes, practice; Melanosis; Health personnel (source: DeCS, BIREME).

Introdução

Melasma é uma discromia adquirida, caracterizada pelo aparecimento de manchas hiperocrômicas que ocorrem em áreas fotoexpostas (1). Observa-se maior número de casos nos povos hispânicos, asiáticos e nas raças mais pigmentadas, sendo a maior prevalência em mulheres em idade fértil (2, 3). Entre 40 e 50 % dos pacientes do sexo feminino, o quadro é desencadeado pela gravidez ou pelo uso de contraceptivos orais (1, 4). Considera-se que a prevalência em gestantes varia entre diferentes países e chega até 70 % (5, 6). Os altos níveis de estrogênio, progesterona e melanocortina são possíveis fatores de desencadeamento do quadro (7, 8). O papel desempenhado pela exposição às radiações solares no surgimento do melasma está bem sedimentado (1, 7). Após o parto, em geral, ocorre diminuição ou desaparecimento da mancha, mas esta pode permanecer; são comuns as recorrências nas gestações seguintes (1).

O diagnóstico é clínico, relativamente simples. O tratamento requer um plano estratégico para obter resultados positivos ante o risco de cronicidade. Alternativas de clareamento têm custo elevado e nem sempre são eficientes, o que torna o manejo da mancha desafiador (9). Os tratamentos disponíveis são diversos, porém estudos controlados são ainda necessários para assegurá-los (10). A fotoproteção é a conduta indiscutível para a prevenção do quadro (11) e também para o tratamento (1, 2, 7, 10).

Apesar de o melasma ser uma condição benigna, gera elevada procura de atendimento dermatológico (1), uma vez que as manchas comumente se localizam na face, e a pele é o órgão de maior visibilidade. A natureza cosmética não apreciável do quadro acarreta problemas emocionais que impactam na vida social, familiar e profissional (1). As mulheres sentem-se pouco atraentes, envergonhadas, frustradas e tristes. Relatam medo, raiva e necessidade de esconderem a mancha (12-14, 15).

Ações educativas voltadas à prevenção do melasma podem minimizar prejuízos emocionais e custos com a saúde durante e após o parto. Estudos mostram que o problema é pouco abordado no pré-natal (14) e que no puerpério o foco tem sido o recém-nascido, com insuficiente atenção à

mulher (16). Acredita-se que um dos motivos dessa realidade seja a deficiência de conhecimento dos membros da equipe de saúde sobre o quadro e os desdobramentos psicossociais envolvidos.

Diante do exposto, este estudo busca analisar os conhecimentos, atitudes e práticas da equipe de saúde quanto ao melasma na gravidez. Espera-se que os resultados possam gerar subsídios para o campo dos recursos humanos dos serviços e contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada.

Método

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa realizado em cinco unidades básicas de saúde da zona leste da cidade de São Paulo (Brasil); locais que foram cenários de outras investigações cujos resultados foram relevantes (13, 14) e originaram a pesquisa atual.

A população foi composta por membros da equipe de saúde que participavam do atendimento de pré-natal e pós-parto; o critério de inclusão foi atuar há pelo menos um ano no serviço. A amostra foi composta por 61 participantes: 34 auxiliares de enfermagem, 11 enfermeiras, 9 médicos, 1 assistente social e 6 agentes comunitárias de saúde.

Os dados foram coletados em duas etapas. Primeiramente, no segundo semestre de 2012, foi aplicado um questionário a todos os participantes. Seu escopo, elaborado pela pesquisadora, contemplou quatro blocos: a) caracterização da população; b) grau de importância de condutas prescritas à gestante: foram apresentadas ações de saúde para que os participantes atribuíssem pontos. A escala variou de um a cinco, sendo um o valor mais baixo; foi esclarecido que os valores poderiam se repetir; c) conhecimento: composto por questões abertas sobre etiologia, prevenção e tratamento do melasma; d) prática: abordagem do problema nos atendimentos realizados, dificuldades enfrentadas e atualizações educativas.

Posteriormente, no primeiro semestre de 2013, foi realizada entrevista semiestruturada com a finalidade de aprofundar as atitudes sobre o problema e as dificuldades enfrentadas na adoção de ações educativas. Foram selecionados 14 participantes que atenderam aos critérios: ter atribuído valor igual ou menor que três no questionamento sobre importância da educação sobre fotoproteção e ter

declarado não conversar ou raramente conversar com as mulheres sobre o problema. Destes, 9 aceitaram participar (3 enfermeiras e 6 auxiliares de enfermagem), 1 encontrava-se afastado e 4 recusaram. As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho, em datas previamente agendadas. Os registros foram feitos através de gravação em áudio e transcritos na íntegra. A entrevista foi conduzida pelas questões: em sua opinião, por que frequentemente o profissional não aborda sobre melasma nos atendimentos? Qual sua opinião sobre a inclusão da temática?

Os dados dos questionários foram analisados por estatística descritiva; as respostas do bloco conhecimento foram analisadas por duas enfermeiras e distribuídas em dois grupos: respostas compatíveis e incompatíveis com a literatura (referências mencionadas na introdução do artigo).

Para a sistematização e análise dos dados das entrevistas, tomou-se como referência a análise de conteúdo temática (17). Após a leitura dos depoimentos, foram identificados e agrupados núcleos de sentidos por afinidades de significação. Os depoimentos foram identificados pela letra S, seguido do número da entrevista.

O projeto que deu origem ao estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Parecer 350/2011 - CEP/SMS, estando em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012.

Resultados

A Tabela 1 mostra os valores atribuídos pelos participantes a diferentes condutas assistenciais apresentadas e que compõem os atendimentos de pré-natal e pós-parto. Observou-se que as ações que receberam maior número de pontuação máxima foram controle da pressão arterial e educação sobre inibição do tabagismo, atribuídas por 52 (88,1 %) e 45 (76,3 %) participantes, respectivamente. As ações com menor frequência de pontuação máxima foram as relacionadas aos cuidados com a pele: educação sobre hidratação da pele e educação sobre proteção solar, atribuídas por 25 (42,4 %) e 23 (39 %) participantes, respectivamente, sendo que educação sobre proteção solar foi a que recebeu o maior número de pontuação 1 (6,8 %). 16 (25,8 %) participantes atribuíram o mesmo valor para todas as ações.

Quanto ao conhecimento sobre o melasma, constatou-se que os médicos deram maior número

de respostas compatíveis com a literatura (63,8 %), seguido dos auxiliares de enfermagem (51,8 %), agentes comunitários de saúde (47,9 %), enfermeiras (47,7 %) e assistente social (37,5 %). No item etiologia, 1 enfermeira afirmou desconhecimento, 8 (12,9 %) auxiliares de enfermagem deixaram em branco e 18 (29 %), incluindo todas as categorias, responderam parcialmente à questão que pedia três fatores causais. Foram citadas 16 diferentes causas, sendo 8 incorretas. As respostas assertivas incluíram: exposição ao sol, gestação, alteração hormonal, contraceptivos orais, genética, etnia, falta de proteção à radiação e falta de proteção solar e luz visível.

Tabela 1. Valor atribuído a ações de saúde do ciclo gravídico puerperal, segundo escala de pontos (n = 59)*

Ações de saúde	Escala de pontos				
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)
Controle de pressão arterial			1 (1,7)	6 (10,2)	52 (88,1)
Educação alimentar	1 (1,7)	2 (3,4)	8 (13,6)	13 (22,0)	35 (59,3)
Hidratação da pele	2 (3,4)	6 (10,2)	13 (22,0)	13 (22,0)	25 (42,4)
Inibição do tabagismo	3 (5,1)	1 (1,7)	2 (3,4)	8 (13,6)	45 (76,3)
Controle de ultrassonografia	2 (3,4)	1 (1,7)	7 (11,9)	12 (20,3)	37 (62,7)
Educação sobre proteção solar	4 (6,8)	4 (6,8)	10 (16,9)	18 (30,5)	23 (39,0)
Controle de peso	1 (1,7)	6 (10,2)		17 (28,8)	35 (59,3)
Controle de exames clínicos		1 (1,7)	7 (11,9)	8 (13,6)	43 (72,9)

*uma resposta anulada e uma em branco.

Fonte: dados da pesquisa.

No item ações preventivas, foram apuradas 6 (9,8 %) respostas em branco de auxiliares de enfermagem e 25 (40,3 %) parcialmente respondidas, de todas as categorias 4 respostas (consulta com dermatologista) foram excluídas por não serem consideradas como uma ação. Foram citadas 20 diferentes respostas, sendo 12 não compatíveis com a literatura. As assertivas incluíram: uso de protetor solar, não exposição ao sol, não exposição ao sol entre 10 e 16 horas, uso de chapéu, troca de método contraceptivo, uso de guarda sol no lazer, uso de sombrinhas e uso de roupa adequada.

No item tratamento, 28 (45,9 %) participantes deixaram em branco e 18 (29,5 %) o fizeram parcialmente; 6 foram excluídas. No total de 8 diferentes condutas, 2 não são indicadas para o tratamento do quadro. As assertivas incluíram: uso de protetor solar, uso de cremes clareadores, indicação do uso de laser, uso de ácidos, não exposição ao sol e

peeling. A Tabela 2 reúne as respostas não compatíveis com a literatura (não estão contabilizadas as respostas em branco).

Tabela 2. Respostas incorretas sobre etiologia, prevenção e tratamento do melasma (n = 61)

Respostas	Equipe de saúde				
	AE* n (%)	Enf* n (%)	Med* n (%)	ACS* n (%)	AS* n (%)
ETIOLOGIA					
Sexo do bebê	3 (4,9)			2 (3,2)	
Falta de hidratação oral	1 (1,6)	1 (1,6)			
Psicológico	1 (1,6)	1 (1,6)			
Baixa imunidade		1 (1,6)		1 (1,6)	
Gênero feminino		1 (1,6)			
Pele branca		1 (1,6)	1 (1,6)		
Tabagismo	1 (1,6)				
Banho quente	1 (1,6)				
PREVENÇÃO					
Hidratação da pele	2 (3,2)	3 (4,9)	3 (4,9)	1 (1,6)	
Alimentação saudável		1 (1,6)		3 (4,9)	
Inibição do tabagismo	1 (1,6)	1 (1,6)			
Banho morno	1 (1,6)				
Lavagem de alimentos	1 (1,6)				
Limpeza periódica da pele	1 (1,6)				
Infiltração	1 (1,6)				
Reposição hormonal	1 (1,6)				
Controle de rotina			1 (1,6)		
Uso de óleo de amêndoa		1 (1,6)			
Controle de peso		1 (1,6)			
Ingesta hídrica		1 (1,6)			
TRATAMENTO					
Aguardar o fim da gestação	1 (1,6)				
Uso de hidratantes				1 (1,6)	

*AE: Auxiliar de Enfermagem; Enf: Enfermeira; Med: Médico; ACS: Agente Comunitário de Saúde e AS: Assistente Social.

Fonte: dados da pesquisa.

Foram também apresentadas seis afirmações para que os participantes analisassem se eram corretas ou incorretas. Das 366 respostas corretas esperadas, obtiveram-se 207 (56,5 %). Constatou-se que, para a maioria (65,5 %), o tratamento do melasma não é difícil; para 54 %, o quadro não tem risco de ter curso crônico e, para 52,4 %, a condição não interfere na qualidade de vida. A Tabela 3 apresenta a frequência das respostas incorretas.

Sobre os atendimentos realizados, individuais ou grupais, 31 (50,8 %) participantes afirmaram nunca

conversar sobre o problema, 14 (22,6 %) raramente, 12 (19,3 %) algumas vezes, 3 (4,9 %) sempre e 2 não responderam. As dificuldades assinaladas foram: não ter conhecimento suficiente sobre melasma (56,2 %); considerar o tempo de atendimento curto (25 %); não identificar preocupação e interesse das mulheres (25 %); focar o atendimento em questões mais relevantes (4,6 %) e considerar alto o custo de cremes (1,5 %). 5 (7,8 %) afirmaram não enfrentar nenhuma dificuldade e 4 (6,2 %) não responderam. Apenas 2 médicos e 1 auxiliar de enfermagem mencionaram participar de atualização sobre o tema nos últimos cinco anos.

A leitura das entrevistas levou à construção de quatro categorias: *Importância da orientação sobre os cuidados com a pele*, *Percepções da relação da gestante com a mancha gravídica*, *Dificuldades encontradas no cotidiano* e *Propostas plausíveis para a transformação da prática*.

Tabela 3. Frequência das respostas incorretas de seis afirmações sobre melasma (n = 61)

Afirmações	Respostas incorretas				
	AE n (%)	Enf n (%)	Med n (%)	ACS n (%)	AS n (%)
Afeta mais mulheres do que homens.	13 (21,3)		2 (3,2)		
Afeta mais pessoas de pele morena clara e moderada do que branca.	13 (21,3)	5 (8,1)	4 (6,5)	3 (4,9)	1 (1,6)
Pode se tornar crônico e reincidir.	17 (27,8)	6 (9,8)	3 (4,9)	6 (9,8)	1 (1,6)
O tratamento é difícil e geralmente insatisfatório.	25 (40,9)	6 (9,8)	5 (8,1)	4 (6,5)	
Interfere na qualidade de vida.	22 (36,0)	4 (6,5)	3 (4,9)	3 (4,9)	
Em gestante, o quadro costuma desaparecer no pós-parto, mas, para algumas mulheres, permanece.	6 (9,8)	1 (1,6)	2 (3,2)	3 (4,9)	1 (1,6)

Fonte: dados da investigação

Importância da orientação sobre os cuidados com a pele

Nos depoimentos, apareceram posições diversas acerca da importância de ações educativas sobre cuidados com a pele. Há um reconhecimento do valor das orientações como medida preventiva para minimizar os efeitos nefastos do quadro.

É importante conversar com as mulheres porque tem sequelas

que mexem com a autoestima no pós-parto [S4].

Entretanto, relativizam e atribuem graus de importância para as ações educativas tendo em vista que o foco de suas práticas recai na identificação de condições que representam risco para a saúde física da mãe e bebê.

A gente foca na alimentação, se elas vão engordar, ter problemas com a pressão, diabetes, porque tudo isso é grave [S2].

A gente fica atenta ao que é patológico [S4].

O quadro é visto como parte do processo fisiológico da gestação; assim, não exige intervenção da equipe de saúde.

A gente sabe que é normal da gravidez e, depois do parto, volta ao normal, não precisa se preocupar [S7].

A questão é lembrar de falar [S6].

Não se vê o melasma como um grande problema [S4].

No entendimento dos entrevistados, a estrutura do serviço compactua com os valores acima, isto é, estabelece hierarquia para a atenção à saúde na medida em que não oficializa nos instrumentos de atendimento os aspectos relacionados à pele da gestante.

Os instrumentos praticamente não falam de pele, só uma linha lá no exame físico geral [S6].

Percepções da relação da gestante com a mancha gravídica

Os entrevistados, apoiados em suas vivências, acreditam que as gestantes não estão preocupa-

das com a condição de sua pele durante a gestação, pois, nesse período, focam no bebê. Veem a experiência humana da gestante de forma generalizada, não salientam a dimensão individual e singular de cada pessoa.

Pode até ser que, quando o bebê tiver grandinho, se ficar manchada, ela vai se importar, porque no pré-natal só querem saber do ultrassom, não querem saber de outra coisa [S8].

No entendimento dos entrevistados, a situação de pobreza determina o sentido que a mulher dá para a mancha, para o grau de impacto em sua vida e, por consequência, para a realização ou não do autocuidado.

Elas não ligam se a pele ficou manchada. A população daqui é pobre, cuidar da pele seria vaidade para elas. Muitas não se preocupam com nada, não se cuidam [S2].

Segundo o entrevistado, executar ações de saúde específicas para o problema seria simples para a equipe, mas não haveria aderência das mulheres aos cuidados. A falta de recursos financeiros delas para a aquisição de produtos também é apresentada como justificativa para a não intervenção profissional.

É coisa simples falar para usar o protetor, mas o problema é a gestante ter dinheiro para comprar e, se comprar, usar [S1].

Dificuldades encontradas no cotidiano

Os entrevistados identificam dificuldades de natureza pessoal e gerencial que interferem na qualidade do atendimento. O conhecimento insuficiente e a pouca compreensão da dimensão do problema são impedimentos para uma prática efetiva.

O profissional está pouco sensibilizado [S4].

Falta conhecimento, a equipe não sabe como orientar [S8].

A demanda administrativa, a duração dos atendimentos e a falta de profissional especializado foram outras barreiras mencionadas.

Temos um protocolo, seguir determinados itens, preencher muito papel [S9].

O tempo é curto, por isso a gente foca em coisas mais graves [S7].

Dermato é uma coisa luxuosa no sistema de saúde [S5].

Propostas plausíveis para a transformação da prática

O interesse em transformar a prática se revela por propostas que incluem revisão de atitudes e conceitos e o fortalecimento do papel educativo da equipe em direção à melhoria do atendimento.

Não importa se é pobre, mulher passa batom, é vaidosa, a gente não pode ter esse preconceito [S4].

Durante a gestação, não demonstram preocupação porque não sabem. O que a pessoa não conhece ela não tem interesse e nós é que não estamos direcionando [S4].

É importante abordar nos grupos de gestantes e na cartilha da Mãe Paulistana [S9].

Discussão

Os resultados indicam que os membros da equipe de saúde apresentam déficit de conhecimento sobre o melasma, condição que desvia para uma

prática inadequada. O índice de não acertos foi praticamente igual aos de acertos (50,3 %), entretanto o número de respostas em branco foi significativo. No item prevenção, foram mencionadas várias ações genéricas, como alimentação saudável e inibição do tabagismo, que, embora necessárias à saúde, são inespecíficas ao quadro. A medida mais importante é a fotoproteção (1-5, 8, 10, 11). O maior número de acertos no bloco tratamento pode ser compreendido à luz da formação do profissional de saúde no Brasil notadamente realizada em hospitais, cenários de atenção especializada cujo foco é o tratamento (18), fato também ressaltado por um entrevistado.

Ocorreram divergências de percentuais de acertos entre os participantes, sendo o maior de 63,8 % dos médicos e o menor 37,5 % da assistente social. Essas diferenças provavelmente se devem a muitos aspectos, tais como tempo e tipo de formação, e experiência. Embora aprofundar esse aspecto não faça parte do escopo deste estudo, é oportuno comentar que a deficiência de conhecimento dos enfermeiros tem implicações não apenas em decisões dos seus atendimentos, mas também na assistência prestada pela sua equipe nas ações e decisões da sua equipe. Neste estudo, encontravam-se sob a supervisão dos enfermeiros os auxiliares e agentes comunitários de saúde.

Os resultados dos questionários e dos depoimentos indicam pouca valorização do problema. As pontuações dos participantes para as ações relacionadas aos cuidados com a pele foram mais baixas quando comparadas às demais ações. A grande maioria não considerou que todas têm sua importância no conjunto de ações que compõe o atendimento da mulher; as com maior pontuação foram aquelas relacionadas às condições humanas que comprometem claramente a dimensão física.

A banalidade atribuída aos cuidados com as manchas pode ser compreendida pelo fato de o quadro não representar risco físico para a mãe e para o bebê, ser de baixa morbidade e alta incidência na gestação (15). Essa desvalorização está emblematicamente apresentada no depoimento em que o entrevistado afirma não abordar o problema porque simplesmente esquece e foca em questões relevantes. A não abordagem do problema em consultas também foi observada em outro estudo, no qual 87 % da amostra afirmou não receber orientações dos profissionais de saúde nos atendimentos de pré-natal (14).

Acredita-se que alguns participantes consideram os cuidados com a pele como secundário e parecem não compreenderem o quadro clínico para além de sua localização tegumentar, situando-o na posição de normalidade. Resultado semelhante foi observado em outra investigação (15). Os desdobramentos do problema foram raramente percebidos, fato mencionado por uma entrevistada ao sinalizar que a equipe está pouco sensibilizada.

Vários estudos apresentam as implicações das manchas na qualidade de vida. A insatisfação com a aparência confere limitações no cotidiano e provoca prejuízos consideráveis para o bem-estar; afeta, assim, a vida familiar, social e profissional (12-14, 19, 20); além disso, ansiedade, depressão, baixa autoestima e imagem corporal alterada são problemas decorrentes (21).

A banalização do problema pode ser entendida à luz da formação educacional tradicional em saúde: o modelo biomédico. Fundado no pensamento simplificador e reducionista leva o estudante a uma visão fragmentada da complexidade da vida (22). Repercussões desse modelo são percebidas nas dificuldades do profissional em apreender as dimensões do ser humano em sua amplitude e dar respostas necessárias à prática cotidiana.

Os cuidados com a pele não foram vistos articulados às competências no campo da obstetrícia, haja vista as indicações de encaminhamentos para dermatologistas e queixas da falta desse profissional. Essas declarações apontam o entrave da equipe em transcender os limites traçados da atuação. As lacunas deixadas podem gerar excessos de encaminhamentos a especialistas, o que torna as unidades básicas de saúde serviços pouco resolutivos.

Os saberes especializados são fundamentais, porém não deveriam ser disciplinares, deveriam formar pontes entre si. Faltam, na formação educacional, modelos que promovam a conexão de saberes dos diversos campos da ciência e ampliem a compreensão dos fenômenos. A busca pelo cuidado integral requer inovação de propostas pedagógicas dos atuais cursos de saúde (22, 23).

Outro aspecto importante diz respeito à afirmação de que pessoas pobres não se preocupam com a aparência porque têm questões maiores. Nota-se, nessa relação entre condição econômica e preocupação com aparência, juízos preconceituosos e discriminatórios, tendo em vista que não são expressões de mulheres, e sim percepções dos

entrevistados; além do mais, contrapõem-se aos resultados de pesquisas anteriores em que mulheres, dessas mesmas unidades de saúde, declararam insatisfação com manchas de pele (14, 15).

Soma-se o fato de um quarto dos respondentes mencionarem não trabalhar com a temática por não identificarem interesse das mulheres; para os entrevistados, poucas aparentam se importar. A despeito da capacidade que cada pessoa tem em perceber no outro as suas necessidades, evidencia-se, nesses discursos, a ideia que a equipe de saúde deve responder exclusivamente às demandas, caracterizando um modelo tecnológico de cuidado centrado em queixas e condutas. A dimensão cuidadora requer um posicionamento que reconhece as formas como uma pessoa expressa suas necessidades de saúde e que articula saberes para a construção de um projeto terapêutico (24).

A maioria dos participantes considerou a falta de conhecimento sobre melasma um dificultador para uma abordagem nos atendimentos. Também citaram o pouco tempo para a consulta e os custos dos fotoprotetores. O pouco tempo pode estar relacionado ao excesso de demanda que, por sua vez, implica mais tarefas de natureza administrativa, fato apontado por uma enfermeira. Quanto aos custos dos fotoprotetores, é preciso ressaltar que o protetor solar é um grande recurso para a fotoproteção e seu uso deve ser estimulado; contudo, não é a única opção, outras medidas de segurança solar devem ser adotadas conjuntamente ao uso do protetor ou sem este (11, 25). As unidades de saúde onde o estudo foi realizado não distribuíam fotoprotetores.

O fato de os membros da equipe não terem participado de processos educativos ecoa nos resultados obtidos, também faz pensar sobre as ofertas disponibilizadas sobre o tema e a atualização e qualificação dos recursos humanos.

Conclusão

Este estudo possibilitou verificar que o conhecimento da equipe de saúde sobre o melasma e seus desdobramentos psicossociais é deficiente, sendo apontado como o principal motivo para o problema não ser abordado com as mulheres. Permitiu identificar que as ações de saúde direcionadas à pele das gestantes são preteridas em relação a outras ações nos atendimentos realizados e que existem ideias preconcebidas que envolvem o

quadro. Apurou-se que parte da equipe de saúde percebe a mancha de pele como um problema do dermatologista e cria limite ao seu campo de ação.

Os resultados indicam a necessidade de processos de educação dirigidos às equipes de saúde com foco na valorização do melasma, considerando que se trata de um problema de baixa morbidade, mas que impacta na vida das mulheres. A educação é o caminho possível para transformar a prática e assegurar a qualidade na atenção à saúde da pele.

Como limitações, salientam-se a falta de estudos para comparações, o número de participantes da entrevista e o fato de a equipe de saúde pertencer à mesma coordenação regional, apesar de trabalharem em unidades básicas de saúde diferentes. É necessário que o estudo seja estendido a outras populações.

Referências

- (1) Handel AC, Miot LDB, Miot HA. Melasma: a clinical and epidemiological review. *An Bras Dermatol* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2015 Dec 04]; 89(5):771-82. Available from: DOI: 10.1590/abd1806-4841.20143063
- (2) Perez M, Luke J Rossi A. Melasma in Latin Americans. *J Drugs Dermatol* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2015 Oct 12]; 10(5):517-23. Available from: <http://jddonline.com/articles/dermatology/S1545961611P0517X/1>
- (3) Sheth VM, Pandya AG. Melasma a comprehensive update: part I. *J Am Acad Dermatol* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2015 Oct 12]; 65:689-97. Available from: DOI: 10.1016/j.jaad.2010.12.046
- (4) Ball Arefiev KL, Hantash BM. Advances in the treatment of melasma: a review of the recent literature. *Dermatol Surg* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2015 Oct 16]; 38:971-84. Available from: DOI: 10.1111/j.1524-4725.2012.02435.x
- (5) Sarkar R, Arora P, Garg V, Sonthalia S, Gokhale N. Melasma update. *Indian Dermatol Online J* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Oct 29]; 5(4):426-35. Available from: DOI: 10.4103/2229-5178.142484
- (6) Tyler KH. Physiological skin changes during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Feb. 16]; 58(1):119-24. Available from: DOI: 10.1097/GRF.0000000000000077
- (7) Hexsel D, Lacerda DA, Cavalcante AS, Machado Filho CA, Kalil CL, Ayres EL, et al. Epidemiology of melasma in Brazilian patients: a multicenter study. *Int J Dermatol* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2015 Nov 16]; 53(4):440-4. Available from: DOI: 10.1111/j.1365-4632.2012.05748.x
- (8) Passeron T. Melasma pathogenesis and influencing factors — an overview of the latest research. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2015 Nov 16]; 27:5-6. Available from: DOI: 10.1111/jdv.12049
- (9) Trivedi MK, Yang FC, Cho BK. A review of laser and light therapy in melasma. *Int J Womens Dermatol* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Oct 28]; 3(1):11-20. Available from: DOI: 10.1016/j.ijwd.2017.01.004
- (10) Jutley GS, Rajaratnam R, Halpern J, Salim A, Emmett C. Systematic review of randomized controlled trials on interventions for melasma: an abridged Cochrane review. *J Am Acad Dermatol* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2015 Dec 02]; 70(2):369-73. Available from: DOI: 10.1016/j.jaad.2013.07.044
- (11) Sociedade Brasileira de Dermatologia. Consenso brasileiro de fotoproteção da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 1ª ed. 2014. [acesso: 13 jul. 2015]. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/publicacoes/consenso-brasileiro-de-fotoprotecao>
- (12) Ikino JK, Nunes DH, Silva VPM, Fröde TS, Sens MM. Melasma and assessment of the quality of life in Brazilian women. *An Bras Dermatol* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Jan 12]; 90(2):196-200. Available from: DOI: 10.1590/abd1806-4841.20152771
- (13) Purim KS, Avelar MF. Fotoproteção, melasma e qualidade de vida em gestantes. *Rev Bras Ginecol Obstet* [periódico na internet]. 2012 [acesso: 12 set. 2015]; 34(5):228-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000500007>
- (14) Urasaki MBM, Mandelbaum MHS, Barreto C. Manchas na pele em mulheres no ciclo gravídico puerperal. *Rev Enf UERJ* [periódico na internet]. 2012 [acesso: 10 nov. 2015]; 20(n. esp 1):561-6. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5796>
- (15) Urasaki MBM, Mandelbaum MHS, Gonçalves R. Impactos psicossociais associados às manchas gravídicas. *Cogitare Enferm* [periódico na internet]. 2013 [acesso: 10 nov. 2015]; 18(4):655-62. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34916/21670>
- (16) Oliveira JFB, Quirino GS, Rodrigues DP. Puerperas' perception concerning the care provided by the health team in pospartum. *Rev Rene* [serial on the internet]. 2012 [access: 2015 Oct 30]; 13(1):74-84. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/19>
- (17) Bardin L. Análise de conteúdo. Ed. rev. atual. Lisboa: Edições 70; 2011.
- (18) Almeida MM, Morais RP, Guimarães DF, Machado MFA, Diniz RCM, Nuto SAS. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do pró-saúde da Universidade de Fortaleza e seus nove cursos de graduação. *Rev Bras educ med* [periódico na internet]. 2012 [acesso: 12 jan. 2016]; 36(Supl1):119-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a16.pdf>

(19) Costa A, Pereira MO, Moisés TA, Cordeiro T, Silva ARD, Amazonas FTP, et al. Avaliação da melhoria na qualidade de vida de portadoras de melasma após uso de combinação botânica à base de *Bellis perennis*, *Glycyrrhiza glabra* e *Phyllanthus emblica* comparado ao da hidroquinona, medido pelo MELASQoL. *Surg Cosmet Dermatol* [periódico na internet]. 2011 [acesso: 2015 jun. 2012];3(3):207-12. Disponível em: <http://www.surgicalcosmetic.org.br/sumario/11>

(20) Magalhães GM, Borges MFM, Queiroz ARC, Capp AA, Pedrosa SV, Diniz MS. Estudo duplo-cego e randomizado do peeling de ácido retinoico a 5 % e 10 % no tratamento do melasma: avaliação clínica e impacto na qualidade de vida. *Surg Cosmet Dermatol* [periódico na internet]. 2011 [acesso: 18 set. 2015];3(1):17-22. Disponível em: <http://www.surgicalcosmetic.org.br/sumario/9>

(21) Fatma F, Baati I, Mseddi M, Sallemi R, Turki H, Masmoudi J. The psychological impact of melasma: a report of 30 Tunisian women. *Eur Psychiatry* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Oct 22];33(Supl):396. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1130>

(22) Ozelame DM. Pensamento complexo, educação e aprendizagem. *Revista Espaço Acadêmico* [periódico na internet]. 2015 [acesso: 31 out. 2017];15(170):80-6. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/26600/14872>

(23) Lucca TRS, Vannuchi MTO, Garanhani ML, Carvalho BG, Pissinati PSC. O significado da gestão do cuidado para docentes de enfermagem na ótica do pensamento complexo. *Rev gaúcha enferm* [periódico na internet]. 2016 [acesso: 31 out. 2016];37(3):e61097. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61097>

(24) Kalichman A, Ayres JRC. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad saúde pública* [periódico na internet]. 2016 [acesso: 30 out. 2017];32(8):e00183415. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00183415>

(25) Balogh TS, Velasco MRV, Pedriali CA, Kaneko TM, Baby AR. Proteção à radiação ultravioleta: recursos disponíveis na atualidade em fotoproteção. *Na Bras Dermatol* [periódico na internet]. 2011 [acesso: 1 fev. 2016];86(4):732-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000400016>

O cuidado cotidiano na perspectiva de idosos independentes e de seus familiares mais próximos

El cuidado cotidiano en la perspectiva de ancianos independientes y sus familiares más cercanos

The daily care in the perspective of independent seniors and their close relatives

• Rafaely de Cássia Nogueira Sanches¹ • Elen Ferraz Teston² •
• Herbert Leopoldo de Freitas Góes³ • Sonia Silva Marcon⁴ •

•1• Doutoranda em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem sobre o Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família (GEPEQUISF), Maringá-PR, Brasil. E-mail: rafaely.uem@gmail.com

•3• Doutor em enfermagem. Professor da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR, Brasil. E-mail: hlfgoes@uem.com.br

•2• Doutora em enfermagem. Professora da Graduação em Enfermagem na Universidade Paranaense, UNESPAR, Campus Paranavaí. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa Assistência e Apoio à Família (Nepaaf), Maringá-PR, Brasil. E-mail: elen-1208@hotmail.com

•4• Doutora em filosofia da enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e Docente da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá. Pesquisadora do Conselho Nacional de Saúde. Coordenadora do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família NEPAAF Maringá-PR, Brasil. E-mail: soniasilva.marcom@gmail.com

Recibido: 02/11/2016 Aprobado: 06/02/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n1.60845



Resumo

Objetivo: identificar como o idoso independente e o familiar mais próximo vivenciam a relação de cuidado.

Metodologia: estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em Jandaia do Sul (estado do Paraná, Brasil), com 15 idosos independentes e respectivos familiares. Os dados foram coletados em junho de 2012, por meio de entrevista semiestruturada, e submetidos à análise de conteúdo, na modalidade temática.

Resultados: a média de idade dos idosos foi de 70 ± 9 anos; 85 % dos participantes (13) eram do sexo feminino. A média de idade dos familiares foi de 45 ± 5 anos, sendo 85 % (13) do sexo feminino (9 filhas e 4 noras); os dois familiares do sexo masculino eram filhos. A análise das informações possibilitou a identificação de duas categorias: *A percepção do idoso independente sobre o cuidado recebido* e *A percepção do familiar sobre o cuidado ofertado*.

Conclusão: o cuidado ofertado pelo familiar era percebido pelos idosos independentes de maneira impositiva e controladora, em descompasso com a intenção do familiar, que era ofertar cuidados e atenção. Essa dissonância na percepção de ambos acaba por sobrecarregar a relação entre eles.

Descritores: Enfermagem; Envelhecimento; Família (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: identificar cómo el anciano independiente y el familiar más próximo vivencian la relación de cuidado.

Metodología: estudio descriptivo y exploratorio, de enfoque cualitativo, realizado en Jandaia do Sul (departamento de Paraná, Brasil), con 15 ancianos independientes y sus respectivos familiares. Los datos fueron recolectados en junio de 2012 por medio de entrevista semi-estructurada y sometidos al análisis de contenido, en la modalidad temática.

Resultados: el promedio de edad de los ancianos fue de 70 ± 9 años; el 85 % de los participantes (13) era del sexo femenino. El promedio de edad de los familiares fue de 45 ± 5 años, siendo el 85 % (13) del sexo femenino (9 hijas y 4 nueras); los dos familiares del sexo masculino eran hijos de los ancianos. El análisis de las informaciones permitió la identificación de dos categorías: *La percepción del anciano independiente sobre el cuidado recibido* y *La percepción del familiar sobre el cuidado ofrecido*.

Conclusión: el cuidado ofrecido por el familiar era percibido por los ancianos independientes de modo impositivo y controlador, en desacuerdo con la intención del familiar, que era ofrecer cuidados y atención. Esta disonancia en la percepción de ambos termina por sobrecargar la relación entre ellos.

Descriptor: Enfermería; Envejecimiento; Familia (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to determine how independent elderly persons and their closest family members experience care.

Methodology: a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, was carried out in Jandaia do Sul, Paraná, Brazil, with 15 independent elderly persons and their respective family members. The data were collected in June 2012, through a semi-structured interview and later subjected to a thematic modality of content analysis.

Results: the mean age of the elderly persons was 70 ± 9 years and 85% of the participants (13) were female. The mean age of the family members was 45 ± 5 years. 85% (13) of them were female, (9 daughters and 4 daughters-in-law), while the two male family members were children. An analysis of the information made it possible to break the study down into two categories: *The independent elderly persons' perception of the care they received*, and *The family member' perception about the care they provided*.

Conclusion: the independent elderly persons regarded the care provided by the members of their family as authoritarian with the aim of controlling them, which contrasted with the view of the family member who believed that they were caring for and looking after their elderly relatives. This clash between their respective perceptions of the situation tends to make their relationship stressful.

Descriptors: Nursing; Aging; Family (source: DeCS, BIREME).

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, com características peculiares no Brasil. Com a velocidade de sua ocorrência, este poderá ser o sexto país com maior número de idosos em 2020 (1). O fenômeno é acompanhado pelo aumento expressivo na incidência e prevalência das condições crônicas, o que exige cuidados simples, porém constantes, como adesão à terapêutica medicamentosa, controle alimentar e mudanças de hábitos diários (2, 3). Diante disso, a presença de um familiar, diária ou eventualmente, torna-se indispensável para o acompanhamento e a manutenção da qualidade de vida, bem como para a prevenção de doenças no idoso (4-6).

Destarte, laços familiares positivos proporcionam ao idoso o suporte instrumental necessário para a manutenção de adequados níveis de bem-estar psicológico, emocional e social (7). Os laços, por sua vez, são influenciados pelo tipo de relação estabelecida entre seus membros e envolvem desde o ensino e o desenvolvimento de cuidados cotidianos até o apoio e o incentivo às ações de cuidados específicos, como mudanças de hábitos e estilo de vida, e adesão aos tratamentos orientados por profissionais de saúde (5, 8).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no Brasil em 1994, com o intuito de reorientar o modelo assistencial. Ela prioriza a família como uma unidade de cuidado singular e núcleo essencial na manutenção da saúde e da vida de seus membros (9). Desde então, a orientação e o cuidado ao idoso na família constitui preocupação dos profissionais de saúde, visto que ela nem sempre está adequadamente preparada para conviver e apoiar o processo de envelhecimento de seus membros (10).

Nos casos de idosos autônomos e independentes, a relação familiar constitui a base de sustentação afetiva, prevenção de agravos à saúde e manutenção da qualidade de vida (8). Mesmo nos casos em que a pessoa vivencia o envelhecimento, necessitando de cuidados de saúde em casa, o provedor familiar precisa mostrar empatia, preservar a autonomia e liberdade do idoso tanto quanto possível, ofertando apoio, porém de modo a não comprometer essa condição (11-13).

Salienta-se que a boa comunicação entre o idoso e o familiar mais próximo, e do idoso com os profissionais de saúde, é imprescindível para uma boa condução de ações relacionadas com o processo saúde doença. Isso porque, quando a comunicação ocorre de forma efetiva, o cuidado se torna menos invasivo (14, 15). Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi identificar como o idoso independente e o familiar mais próximo vivenciam a relação de cuidado cotidiano.

Metodologia

Estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, que utilizou como referencial para a interpretação dos dados a análise de conteúdo. Foi realizado na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Jandaia do Sul, no estado do Paraná (Brasil), o qual, à época da coleta de dados, tinha população estimada de 20.269 habitantes, rede de atendimento na atenção primária de saúde composta por seis UBS (uma rural e cinco urbanas), todas com Equipe da ESF. Para o estudo, foi selecionada a UBS com o maior número de idosos cadastrados — cerca de 370.

Os informantes foram idosos não dependentes de cuidados e respectivos familiares, selecionados por conveniência. O enfermeiro da ESF apresentou uma relação de possíveis participantes (cerca de 60 idosos), constituída por aqueles que haviam comparecido na UBS no último ano, o que lhes permitia supor que ainda eram independentes.

Para facilitar a coleta, os contatos foram iniciados junto aqueles que residiam mais próximo da UBS. O único critério de inclusão adotado foi que o idoso, além de independente, residisse com algum familiar, pois este também deveria participar do estudo. Foram excluídos os que informaram que o familiar não teria disponibilidade para ser entrevistado, devido ao trabalho. Idosos foram incluídos até que informações novas deixassem de surgir, e o objetivo do estudo fosse alcançado; portanto, o número de participantes (15 duplas) foi delimitado devido à repetição de informações.

A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2012, no domicílio dos idosos, por meio de entrevista semiestruturada, sendo utilizado um roteiro constituído por questões relacionadas à caracterização (idade, sexo e grau de parentesco) e seis questões abertas (cinco destinadas ao idoso e uma ao familiar). Elas foram realizadas separadamente, com

idoso e familiar; tiveram duração média de 20 minutos; foram gravadas após a autorização dos participantes e, posteriormente, foram transcritas na íntegra.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, seguindo-se as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados (16). Na primeira, os dados foram organizados e foram identificados aspectos importantes. Na segunda, aspectos semelhantes foram agrupados em categorias e, após essa etapa, estas foram refinadas por meio de um processo de imersão e análise (16).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer 288-11). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e seus relatos estão identificados com a letra I de idoso e F de familiar, seguido por número indicativo da ordem de realização das entrevistas.

Resultados

A média de idade dos 15 idosos foi de 70 ± 9 anos; 85 % ($n = 13$) dos participantes foram do gênero feminino. 7 deles eram casados, e os demais, viúvos; 7 eram analfabetos; 2 tinham ensino fundamental completo, e 6, incompleto. 12 relataram renda de um salário-mínimo, e os demais, entre um e cinco salários-mínimos. Os 15 familiares (11 filhos e 4 noras) tinham idade entre 36 e 68 anos; 13 eram do gênero feminino (85 %); 6 solteiros, 6 casados e 3 divorciados.

Da análise dos dados, emergiram duas categorias, as quais serão descritas seguir.

A percepção do idoso independente sobre o cuidado recebido

Por se tratar de idosos com autonomia para as atividades básicas cotidianas, as ações de cuidado e orientações realizadas pelos familiares —na maioria das vezes, de preocupação com os idosos— não eram bem recebidas por alguns, pois eram percebidas como uma forma de controle e imposição, já que não levavam em consideração, por exemplo, suas preferências alimentares e modos de viver.

Ela fica muito em cima e a gente acaba que perde a liberdade, tem

que ficar fazendo as coisas para agradar, porque, se não, ela fica brava comigo [I6].

Cuida do jeito e de como a gente deve comer, até mesmo do jeito de andar [I9].

Eles ficam cuidando do que eu tenho que comer ou deixar de comer. Meu filho fica vendo esses programas de televisão e todo dia vem com uma coisa nova. Esses dias inventou que eu tinha que comer linhaça e muitas outras coisas [I13].

Ela vai na quarta verde e vem cheia de sacolas com uma ‘mataiada’ verde. Esses dias até chuchu eu tive que comer porque ela me obrigou [I14].

No entanto, um dos idosos reconhece que esta é uma forma de demonstrar cuidado, embora perceba “exagero” nas ações.

Eu não gosto quando ela orienta assim; eu sei que é uma forma de mostrar que se preocupa com a gente, mas tem hora que é demais [I15].

De modo mais específico, o “excesso” de cuidado desencadeia uma inversão do papel entre pais e filhos, interferindo na autoestima do idoso, que vivencia a “perda” de seu papel natural dentro da família —o de oferecer cuidados.

Eu acho que os pais é quem têm que cuidar dos filhos e não ao contrário [I12].

Elas ficam falando se cuida mãe, não pode isso, não pode aquilo, não sou mais criança [I7].

Eu não gosto, não sou mais criança [...] dá impressão que, porque ficou velho, ficou caduco [I10].

É possível perceber nas falas de I7 e I10 a insatisfação com a atitude de seus familiares, o que pode impactar negativamente na autonomia do idoso com relação à própria vida, apesar de ter capacidade funcional preservada.

Ah eu nem sei mais o que faço, quem sabe é a minha filha, nem sei mais da minha vida [I6].

A percepção do familiar sobre o cuidado ofertado

Para alguns familiares, embora o cuidado ofertado seja no sentido de “monitorar” e não fazer por, também acarreta sobrecarga. Fizeram referência ao desgaste emocional que o papel de “vigilante” desencadeia, influenciando negativamente a relação com o idoso.

A responsabilidade de cuidar dela é tão grande, que às vezes a gente acha que nem vai dar conta [...] é remédio pra cobrar se tomou, até o banho tem dia que tenho que fiscalizar [F4].

Cansa, tem horas que cansa ter que ficar falando o que tem que fazer, e ela é teimosa demais [F6].

Por vezes, o sentimento de gratidão, associado à percepção de que o envelhecimento corresponde a uma fase da vida que necessita de cuidados diretos, influencia as atitudes dos cuidadores. O tipo de relação de cuidado estabelecida é também influenciado pelo modo como esta se desenvolveu ao longo da vida.

Eu não posso abandonar ela, nós tivemos que cuidar do meu pai, que faleceu, e agora temos que cuidar da mãe também [F6].

Tenho uma relação muito boa com minha mãe, cuido dela e faço tudo por ela. [...] depois que os pais ficam velhos, eles precisam muito da gente [F14].

Destarte, os valores e as crenças adquiridos ao longo da vida influenciam as concepções dos indivíduos do que é certo ou errado. Assim, é comum não ocorrer adesão a comportamentos de saúde que não tenham significado para a pessoa. Isso justifica, por exemplo, as dificuldades referidas pelos familiares quanto à resistência dos idosos em adquirir novos hábitos.

O pai ficou alguns dias internado no hospital e ficou sem fumar, e, quando ele voltou a fumar, eu disse que não podia, então ele fica bravo quando eu falo a respeito do cigarro, ele não gosta [...] acha que estamos pegando no pé [F4].

A gente não pode falar nada para o bem dele que já acha que a gente está querendo mandar, enquanto que, na verdade, estamos querendo ajudar [F3].

Ela é bem resistente, não gosta que eu falo as coisas não, porque tem a cabeça mais antiga e acha que sabe tudo o que é certo [F13].

Discussão

As particularidades inerentes ao processo de envelhecimento e à presença de doenças crônicas

trazem consigo maior preocupação familiar com o estado de saúde de seus membros. No entanto, essa preocupação se apresenta na oferta de um cuidado que é percebido pelo idoso como uma forma de “controle” de sua autonomia, pois o leva a se sentir intimado a realizar o que é determinado pelo familiar, para evitar possíveis desavenças, assim como se observa na fala do I6.

Por vezes, o estigma sobre déficits e perdas inerentes ao processo de envelhecimento gera no familiar a ideia de que o idoso necessita de atenção redobrada e de cuidados constantes, mesmo quando possui capacidade funcional preservada. Entretanto, é fundamental que os cuidados ao idoso no âmbito domiciliar tenham como foco dar apoio e favorecer o ganho ou restauração de suas competências, para que possa gerenciar seu cotidiano de forma mais independente possível (11).

Relevante observar que, do relato de I6, emerge um sentimento de alívio, pelo simples fato de poder externar com alguém sua angústia, o que pode demonstrar o estresse causado por sentir-se constantemente monitorado pela família.

Atinente a isso, é importante ressaltar que a responsabilidade assumida pelo cuidador pode gerar uma inversão de papéis entre pais e filhos, o que foi percebido de forma negativa pelos idosos, desencadeando sentimentos de incapacidade, dependência e baixa autoestima. Assim, é importante evitar a utilização de atitudes e falas infantilizadas na relação com idoso. Pelo contrário, este deve ser percebido como capaz de cuidar de si, apesar de algumas limitações inerentes à idade (17, 18).

Ao longo do processo de cuidado, é importante desenvolver estratégias que favoreçam as interações sociais e a boa convivência entre o idoso e os familiares, especialmente aqueles mais próximos. A relação não pode ser opressora e, desde que não represente risco à integridade do idoso, o suporte deve ser sempre no sentido de apoiá-lo em seus desejos e decisões (11). Ressalta-se que a pessoa que chega à terceira idade com independência cognitiva, emocional e funcional, certamente pode ser considerada saudável (18-20).

É importante destacar que a família é compreendida como uma unidade de saúde para seus membros. A proximidade e a convivência possibilitam identificar intercorrências, acompanhar o processo saúde-doença e influenciar a gestão da condição crônica, especialmente quando existe

uma boa relação familiar (21). Mas, para o profissional utilizar isso a favor da assistência, é necessário conhecer como cada família cuida, como se organiza para o cuidado, suas dificuldades, recursos e responsabilidades nesse processo, além das relações com amigos e outros familiares, importantes para a manutenção da saúde física e mental do idoso (7, 20, 22).

Além disso, é relevante que os profissionais de saúde promovam a educação em saúde com o objetivo de reforçar, junto aos familiares, que o envelhecimento é um processo natural do ser humano e que a manutenção e valorização das especificidades do idoso, sua individualidade, autonomia e relações com a sociedade devem ser preservadas tanto quanto possível, para promover seu bem-estar e favorecer sua saúde e qualidade de vida (12). Nesse sentido, ressalta-se o importante papel dos profissionais de saúde no incentivo e fortalecimento do vínculo entre familiares e idosos, para facilitar e qualificar o processo de cuidado (10).

Por isso, avaliar o contexto familiar e as reais necessidades dos idosos pode evitar, em longo prazo, complicações provenientes de uma relação familiar conflituosa, compreendendo que, quando as famílias experimentam adversidades, é preciso incentivar o restabelecimento do equilíbrio (23). Conhecer a qualidade da relação entre os membros possibilita que o profissional possa interferir nessa área e, assim, dentre as ações de cuidado, promover o bem-estar e qualidade de vida do idoso (24).

Cabe salientar que os filhos, muitas vezes, se preocupam em desempenhar o cuidado que acreditam ser necessário, mas não se preocupam em saber como este está sendo vivenciado pelo idoso. Nessa direção, é imperioso uma relação clara e transparente, de cumplicidade, que não sobrecarregue o familiar nem desperte sentimentos negativos nos idosos, que se sustente no diálogo aberto e acolhedor, e não anule nem reprima a autoestima do idoso (25, 26).

Considerando que os idosos em estudo possuem capacidade funcional preservada, o cuidado prestado pelos familiares deveria ser no sentido de se mostrar disponível para alguma necessidade. Dessa forma, não necessariamente resultaria em sobrecarga, tal como percebido na fala de F6, que se sente obrigado a cuidar da mãe, ou na de F4, que impõe a si mesma uma carga de responsabilidade além da necessária. O cuidado deveria ser pautado em acordos, como o estabelecimento de horários e a divisão de tarefas entre o idoso e o familiar.

Estudo sobre o comportamento humano assevera que as filhas geralmente sentem que precisam cuidar das mães como uma forma de gratidão por terem sido cuidadas por elas no passado (26). Cuidar, para esses familiares, significa estar disponível para controlar os horários dos medicamentos e, principalmente, morar na mesma casa, para estar mais disponível.

O cuidado como presença está diretamente relacionado a dar resposta às necessidades humanas, considerando o fato de que é fundamental estar junto do ser cuidado para suprir algumas necessidades. Contudo, o cuidado ofertado pode vir em forma de cobrança e ordens, o que não é vivenciado de forma positiva pelo idoso (19, 22).

Os familiares, por sua vez, demonstraram dificuldade em entender o idoso, mas isso pode ser superado quando existe empatia e quando a família se dispuser a se colocar no lugar do outro. Afinal, o que pode ser simples e corriqueiro para os mais jovens, pode ser extremamente difícil para quem é idoso. Uma parte considerável das divergências e conflitos entre pessoas vem do fato de elas não se comunicarem efetivamente. Isso acaba se acenando na terceira idade, uma vez que a família tende a não “ouvir” a opinião do idoso, inclusive sobre questões que lhe dizem respeito diretamente (26).

De fato, a comunicação é fundamental na vida do ser humano e significa partilhar com alguém informações, pensamentos, ideias e desejos por meio de códigos comuns (20). Constitui uma forma de o sujeito sair da solidão e relacionar-se com o outro, sendo, portanto, fundamental entre familiares, pois potencializa e auxilia no estabelecimento de relações satisfatórias e saudáveis (28).

Os depoimentos de I14 e F14, por exemplo, mostram como não existe diálogo verdadeiro entre elas, pois, enquanto a mãe refere “odiar” o controle da filha, esta afirma ter uma relação de cuidado muito boa com a mãe.

Cabe salientar, no entanto, que, apesar de nem sempre a comunicação ser satisfatória, todo tipo de interação produz conhecimento. Porém, a qualidade da interação familiar bem como a manutenção da saúde de seus membros estão diretamente relacionadas à comunicação efetiva, visto que interações conflituosas e comunicação ineficiente podem gerar problemas na rede de relação familiar, comprometendo a saúde mental e física da família como um todo (7, 20).

O depoimento de F4 ressalta a dificuldade para sensibilizar o pai sobre a importância de não fumar, visto que este havia sido hospitalizado recentemente devido a problemas pulmonares. Isso caracteriza uma comunicação ineficiente, pois tem desencadeado atritos em suas relações, de modo que a comunicação entre eles é cada vez menos frequente.

A resistência do idoso também é identificada na fala de F13, quando afirma que a mãe não gosta que lhe ensine as coisas. Possivelmente, a hora e a forma de “ensinar” não estão sendo adequadas, pois o idoso não gosta de ser confrontado nem cobrado e, quando sente que isso está ocorrendo, tende a reagir de forma negativa.

Estudo realizado em São Paulo (20) propõe algumas estratégias que podem facilitar a comunicação familiar com idosos, como abordar qualquer questão que esteja sendo necessária em momentos descontraídos e sempre valorizando as experiências vivenciadas pelo idoso, além de dar-lhe oportunidade de manifestar-se a respeito do tema.

Destaca-se que as dificuldades de comunicação podem comprometer a vida em família (27, 28), o que por si só justifica a necessidade de os profissionais de saúde valorizarem sua qualidade. Nesse sentido, podem oferecer orientações aos idosos e familiares sobre hábitos de vida saudáveis, ressaltando que a mudança de comportamento é difícil, mas possível. É importante deixar claro que essa mudança exige tempo e esforço pessoal e deve ser implementada paulatinamente (6, 7), com o apoio e incentivo da família.

Para tanto, faz-se necessário analisar o contexto e identificar o tipo de relação familiar existente, além da forma como o cuidado ofertado é vivenciado pelo idoso e pelo familiar que o oferece. Ouvir sempre os dois lados, mesmo quando parecer que tudo está bem e que não existe conflitos, também é uma ação positiva no cuidado ao idoso.

Considerações finais

Por meio deste estudo, conclui-se que o idoso independente vivencia o processo de cuidado ofertado pelo familiar mais próximo de maneira controladora e impositiva, além de muitas vezes perceber que as ações dispensadas interferem em sua autonomia, autoestima e qualidade de vida. Por sua vez, o familiar que oferece o cuidado, por insegurança,

preocupação em excesso e desconhecimento das alterações inerentes ao processo de envelhecimento, percebe o cuidado de forma negativa, até como prejuízo à sua saúde física e emocional.

Assim, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, necessitam desenvolver competências específicas para enfrentar melhor o contexto que envolve o envelhecimento populacional, possibilitando que este ocorra da forma mais saudável possível.

As limitações do estudo são aquelas inerentes às pesquisas qualitativas, como o número reduzido de participantes. De qualquer forma, seus resultados são válidos, pois a pretensão era conhecer com mais profundidade os aspectos que envolvem a problemática do envelhecimento ativo no âmbito familiar. Sugere-se que mais estudos, inclusive com outras abordagens metodológicas, sejam realizados a fim de aprofundar os aspectos aqui identificados.

Referências

- (1) Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. 2010 [acesso: 12 set. 2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- (2) Hewlett SA, Yawson AE, Calys-Tagoe BNL, Naidoo N, Marley P, Chatterji S, et al. Edentulismo and quality of life among older Ghanaian adults. *BMC Oral Health* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Nov. 01];15:48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4404614/?tool=pubmed>
- (3) Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Cadernos de Atenção Básica n.º 9. [acesso: 1 nov. 2016]. Disponível em: <http://bvvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcdad19.pdf>
- (5) Li Q, Xu Y, Zhou H, Loke AY. Factors influencing the health-related quality of life of Chinese advanced cancer patients and their spousal caregivers: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Dec. 13];15:72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4971682/?tool=pubmed>
- (6) Albert MA, Durazo AM, Slopen N, Zaslavsky AM, Bruening JE, Silva T, Chasman D, Williams D. Cumulative psychological stress and cardiovascular disease risk in middle aged and older women: Rationale, design, and baseline characteristics. *Am heart hosp j* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Nov. 03];192:1-12. Available from: DOI: 10.1016/j.ahj.2017.06.012
- (7) Hitchcott PK, Fastame MC, Ferrai J, Penna MP. Psychological well-being in Italian families: An exploratory approach to the study of mental health across the adult life span in the blue zone. *Eur J Psychol* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Nov. 03];13(3):441-454. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5590529>
- (8) Correa GHLST, Bellato R, Araujo LFS. Different forms of family care for elderly in chronic situation. *Ciênc Cuid Saúde* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Nov. 28];14(1):796-804. Available from: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16421/pdf_296
- (9) Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2017 Nov. 05];377(9779):1778-9. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60054-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60054-8.pdf)
- (10) Castro VC, Carreira L. Leisure activities and attitude of institutionalized elderly people: A basis for nursing practice. *Rev Latinoam enferm* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Nov. 01];23(2):307-14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200017&lng=en
- (11) Metzeltin SF, Zijlstra GA, van Rossum E, de Man-van Ginkel JM, Resnick B, Lewin G, Parsons M, Kempen GI. "Doing with..." rather than "doing for..." older adults: rationale and content of the "Stay Active at Home" programme. *Clin Rehabil* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Nov. 03];31(11):1419-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29050508>
- (12) Rondon GLM, Aguirre BA, Garcia GFJ, Gallego CC. Support and Social Contact as a Decisive Meta-Variable in Morbidity and Social Welfare of the Older Person. *Curr Aging Sci* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Nov. 03];10(4):282-90. Available from: <http://www.eurekaselect.com/151590/article>
- (13) Woodward K. Um segredo público: o viver assistido, cuidadores, globalização. *Cad Pagu* [periódico na internet]. 2016 [acesso: 1 nov. 2016];46(1):17-57. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-8332016000100017&lng=en&nrm=iso
- (14) Douglas HE, Georgiou A, Tariq A, Prgomet M, Warland A, Armor P, Westbrook JI. Implementing Information and Communication Technology to Support Community Aged Care Service Integration: Lessons from an Australian Aged Care Provider. *Int J Integr Care* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Nov. 03];17(1):9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29042851>
- (15) Ward-Griffin C, Brown JB, St-Amant O, Sutherland N, Martin-Matthews A, Keefe J, Kerr M. Nurses negotiating professional-familial care boundaries: striving for balance within double duty caregiving. *J Fam Nurs* [serial on the Internet].

2015 [access: 2017 Nov. 03];21(1):57-85. Available from: DOI: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1074840714562645?journalCode=jfna>

(16) Bardin L. Análise de conteúdo — Ed. revista e ampliada. Lisboa: Edições 70; 2013.

(17) Sara S, Philips BAS, Daiva M, Ragas BA, Hajjar N, Tom MS, Xinqi D, Simon MA. Leveraging the experiences of informal caregivers to create future healthcare workforce options. *J Am Geriatr Soc* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Nov. 03];64:174-80. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.13885>

(18) Moraes GVO, Giacomini K, Santos WJ, Firmo JOA. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às “coisas da idade”. *Physis* [periódico na internet]. 2016 [acesso: 1 nov. 2016];26(1):309-29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100309&lng=en

(19) Watt MH, Perera B, Ostbye T, Ranabahu S, Rajapakse H, Maselko J. Caregiving expectations and challenges among elders and their adult children in Southern Sri Lanka. *Ageing soc* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Nov. 03];34(5):838-58. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4138525/>

(20) Israel NEN, Andrade OG, Teixeira JJV. A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional. *Ciênc Saude Colet* [periódico na internet]. 2011 [acesso: 12 nov. 2012];16(supl 1). Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a69v16s1.pdf>

(21) Martire LM, Helgeson VS. Close relationships and the management of chronic illness: associations and interventions. *Am psychol* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2016 Dec. 12];72(6):601-12. Available from: <http://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Famp0000066>

(22) Lenardt MH, Carneiro NHK, Albino J, Willig MH. Quality of life of frail elderly users of the primary care. *Acta paul enferm* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Oct. 29];27(5):399-404. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500003&lng=en

(23) McPhee D, Lunkenheimer E, Riggs N. Resilience as regulation of developmental and family processes. *Fam Relat* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2018 Jan. 30];64(1):153-75. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/fare.12100>

(24) Frey R, Foster S, Boyd M, Robinson J, Gott M. Family experiences of the transition to palliative care in aged residential care (ARC): a qualitative study. *Int J Palliat Nurs* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Jan. 01];23(5):238-47. Available from: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/ijpn.2017.23.5.238>

(25) Tuominen L, Leino-Kilpi H, Suhonen R. Older peoples's experiences of their free will in nursing homes. *J Nurs Ethics* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Feb. 08];23(1):22-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25488758>

(26) Hasson A, Svensson A, Ahlström BH, Larsson LG, Forsman B, Alsén P. Flawed communications: Health professionals' experience of collaboration in the care of frail elderly patients. *Scand J Public Health* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Set. 02];1:1403494817716001. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28699383>

(27) Lino VTS, Rodrigues NCP, Camacho LAB, O'Dwyer G, Lima IS, Andrade MKN, Noronha et al. Prevalência de sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes, em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Pública* (Online) [periódico na internet]. 2016 [acesso: 28 out. 2016];32(6):e00060115. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000605001&script=sci_abstract&tlng=pt

(28) Barken R, Lowndes R. Supporting family involvement in long-term residential care: promising practices for relational care. *Qual health res* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Jan. 19];1:1049732317730568. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732317730568?journalCode=qhra>

Conceito de família em estudantes de graduação em enfermagem através do Photovoice

Concepto de familia en estudiantes universitarios de enfermería por medio del Fotovoz

The use of the Photovoice methodology to determine the concept of family which nursing students have

• Carla Sílvia Fernandes¹ • Fátima Ferreira² • Goreti Marques³ •

•1• Doutora em Ciências de Enfermagem. Professor auxiliar na Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
E-mail: carlasilviaf@gmail.com

•2• Mestre em Enfermagem. Professora adjunta na Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto, Portugal.
E-mail: ferreira@santamariasauade.pt

•3• Doutora em Enfermagem. Professora adjunta na Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto, Portugal.
E-mail: goreti.marques@santamariasauade.pt

Recibido: 11/04/2017 Aprobado: 23/02/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n1.63988



Resumo

Objetivo: o presente estudo descreve a utilização do Photovoice para aprofundar o conceito de família em estudantes de enfermagem.

Metodologia: é um estudo de investigação ação participativa, em que participaram 33 estudantes de enfermagem. A coleta de dados utilizou o Photovoice para definir o conceito de família; as sessões foram gravadas e transcritas. Para a análise, recorreu-se à triangulação de dados com as fotografias com recurso ao *software* Atlas-ti versão 8.0.

Resultados: quatro temas principais emergiram das fotografias e das gravações: *Conceito de família na perspetiva do estudante, A minha família, Funções da família e O que vejo nesta fotografia.*

Conclusão: o estudo contribuiu para a divulgação do photovoice, uma ferramenta ainda pouco utilizada em estudos em enfermagem. Além disso, promoveu a importância da família no cuidar em enfermagem, através da conceptualização do que é família.

Descritores: Família; Fotografia; Enfermagem (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: el presente estudio describe la utilización de Fotovoz para profundizar el concepto de familia en estudiantes de enfermería.

Metodología: es un estudio de investigación acción participativa, en el que participaron 33 estudiantes de enfermería. La recolección de datos utilizó Fotovoz para definir el concepto de familia, las sesiones fueron grabadas y transcritas. Para el análisis se recurrió a la triangulación de datos con las fotografías con el *software* Atlas-ti versión 8.0.

Resultados: cuatro temas principales surgieron de las fotografías y de las grabaciones: *Concepto de familia en la perspectiva del estudiante, Mi familia, Funciones de la Familia y Lo que veo en esta fotografía.*

Conclusión: el estudio contribuyó a la divulgación del Fotovoz, una herramienta aún poco utilizada en estudios de enfermería. Adicionalmente, promovió la importancia de la familia en el cuidado en enfermería, por medio de la conceptualización de lo que es familia.

Descritores: Familia; Fotografía; Enfermería (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: this study describes the use of the Photovoice methodology to provide nursing students with a more profound understanding of the concept of family.

Methodology: is the study employed a participatory action methodology involving 33 nursing students. Photovoice was used to collect data which helped to define the concept of family; the sessions were recorded and transcribed. For the analysis, we triangulated the data with the photographs, using Atlas-ti version 8.0 software.

Results: four main themes emerged from photographs and recordings: *The concept of family from the student's perspective, My family, Family functions, and What I see in this picture.*

Conclusion: the study helped to spread the use of Photovoice, a tool still little used in nursing studies. It also highlighted the importance of family care in nursing, through the conceptualization of what a family is.

Descriptors: Family; Photography; Nursing (source: DeCS, BIREME).

Introdução

Ao longo dos últimos anos, a família tem sido alvo de muitas mudanças. Tendo-se vindo assistir ao emergir de novas estruturas familiares (1). Nesse sentido, a família consiste num sistema amplo, complexo e em constante movimento, sendo influenciado pelas diferenças no seu contexto social, político e cultural (2). Encarando a família como uma unidade vital e de duradoura importância para o indivíduo, ela tem sido conotada com uma multiplicidade de imagens que torna a sua definição imprecisa no tempo e no espaço (3).

Todos aprendemos sobre família ao fazermos parte de uma, porém esta baseia-se na nossa própria experiência, tendo muitas vezes uma única visão da família (1). Apesar destas alterações, e da diversidade estrutural das famílias, continua a ser nela que a pessoa recebe suporte nas situações de crise (3).

A intervenção de enfermagem centrada na família é uma abordagem do cuidar, fundamentada na relação colaborativa e intencional entre profissionais e famílias (4). O Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção da Família (MCAIF), proposto por Wright e Leahey (2009), permite oferecer um sólido fundamento teórico para uma avaliação e intervenção centradas na família (5). Nesse sentido, os enfermeiros precisam encontrar uma definição mais ampla dela, que ultrapasse o seu campo de conhecimento.

Enquanto docentes de enfermagem, partimos para esta investigação cientes de que os estudantes de enfermagem devem possuir um conceito amplo de família, que ultrapasse uma visão unifocal, no sentido de desenvolverem competências de avaliação e intervenção familiar em parceria com as famílias nos diferentes contextos de cuidados. A reflexão, durante o processo formativo em enfermagem, de uma abordagem centrada na família permite ao futuro profissional compreender a sua aplicabilidade de uma forma mais profunda e adotando-a nos mais diversos contextos de cuidados (6). Como futuros enfermeiros, devem ser capazes de utilizar instrumentos para avaliar as demandas familiares e intervir nelas, respeitando a integridade, a dignidade e a individualidade de cada família, além de respeitar as diferenças e promover um acompanhamento longitudinal das famílias, com um cuidado mais humanizado e inte-

gral (7), para o qual necessitam de alargar o seu próprio conceito de família.

O ensino sobre família em enfermagem e a sua translação para a prática de cuidados, nos mais diversos contextos, requer a aplicação de estratégias de sensibilização através da reflexão sobre a realidade (8). O método tradicional para o desenvolvimento de habilidades de avaliação familiar no ensino de enfermagem de graduação é ter a interface dos alunos com um cliente primário e a família durante as visitas (9). A formação sobre família determina a utilização de estratégias de ensino que visem, além dos conhecimentos técnicos, à prática reflexiva sobre o cuidado às famílias, o que justifica um aprofundamento dos assuntos abordados nos componentes curriculares (10), com metodologias inovadoras que potenciem a reflexão sobre o tema.

As metodologias de ensino-aprendizagem conservadoras ainda são amplamente utilizadas na formação dos profissionais da saúde, em que prossegue a existência de um predomínio das estratégias pedagógicas tradicionais, centradas na exposição do professor e na memorização de informações pelos estudantes (11). O cuidado centrado na família requer diferentes estratégias pedagógicas para serem efetivas; no entanto, algumas lacunas são encontradas na aplicação desta abordagem, que podem estar relacionadas com a falta de integração do cuidado da família ao longo da educação em enfermagem e com um foco no paradigma da ciência biomédica (12).

É importante alterar este paradigma através do contacto com outras formas de ser família, que integrem outros conceitos e experiências, o que poderá contribuir para que o futuro profissional observe a família como unidade da prática de cuidados (10). A inovação é determinante para o sucesso de qualquer intervenção, e os métodos inovadores vão ao encontro das necessidades dos estudantes de enfermagem. O Photovoice ou Fotovoz é um método inovador que permite criar competências a partir de reflexões sobre registros de pontos positivos e negativos de suas fotografias (13-19). Neste caso, permitindo, através das suas fotografias e das suas vivências, promover a discussão sobre temáticas importantes, como é o caso do conceito de família.

O presente estudo teve como objetivo aprofundar o conceito de família em estudantes de enfermagem, a partir da ferramenta do Photovoice, utilizando as fotografias de família dos estudantes como estratégia de aprendizagem.

Método

Trata-se de uma pesquisa-ação, realizada entre setembro e novembro de 2016. Para sua realização, solicitou-se autorização ao Conselho de Direção da instituição que foi cenário do estudo. No âmbito da aplicação dos instrumentos de coleta de dados, foram respeitados os procedimentos éticos, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como a obtenção da aprovação pela Comissão de Ética da instituição (Parecer 1-17). De modo a garantir a privacidade e anonimato dos participantes, as fotografias foram desfocadas e apenas são apresentadas neste artigo as imagens autorizadas por eles.

A produção de dados deu-se por meio da ferramenta Photovoice (ou Fotovoz), desenvolvida na década de 1990 por duas pesquisadoras, Wang e Burris (20). Esta ferramenta permite aumentar a possibilidade de captar as percepções e experiências dos participantes (13-19). Esta metodologia de investigação participativa permite, a partir da captação de imagens que retratam a sua realidade, identificar vivências através da fotografia e, posteriormente, discuti-la em grupo (10).

Com base numa amostragem por conveniência, foram recrutados os estudantes que iriam iniciar o terceiro ano de licenciatura em enfermagem, considerando como critérios de inclusão a participação voluntária no estudo. A amostra foi constituída por 33 estudantes de enfermagem. Num primeiro momento, foi apresentado o estudo e seus objetivos.

A sessão, que aconteceu em dois momentos, foi conduzida e moderada por uma das autoras, e teve uma duração de aproximadamente 90 minutos. Antes da sessão, foi solicitado aos participantes que selecionassem uma fotografia da sua família para apresentarem no primeiro encontro. Facilitamos a discussão usando uma variação do “showed”, uma técnica estabelecida para orientar as discussões da Photovoice (16, 19). O processo showed inclui uma série de cinco perguntas destinadas a promover a reflexão dos participantes em torno das imagens. Neste estudo, adaptamos as perguntas focando no conceito de família. As perguntas foram as seguintes: *O que vocês veem nesta fotografia? Por que escolheram esta fotografia? O que está acontecendo? Quem é a vossa família? Como isto se relaciona com o vosso conceito de família?*

As sessões foram gravadas e transcritas; a interpretação da informação obtida foi efetuada atra-

vés da análise temática de conteúdo segundo Bardin (21), incluindo os textos e as imagens recolhidas. Foi utilizado o *software* Atlas-ti versão 8.0 para sistematizar e catalogar o material analisado. Os dados obtidos foram codificados com a letra “E” e atribuído um número a cada participante. Nas figuras, a frequência das categorias identificadas é identificada pela letra “n”.

Resultados

Dos 33 participantes, 31 eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. A idade variou entre 19 e 23 anos, sendo a média de 20,6 anos. No que se refere ao lugar de nascimento na família, observa-se que 12 dos participantes eram primogênitos, 11 filhos únicos, 10 os mais novos de dois irmãos.

No que se refere ao tipo de família dos estudantes, as fotografias foram agrupadas pelo tipo de família, conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1. Tipos de famílias ilustradas nas fotografias.



Fonte: Dados da investigação

As fotografias são mais frequentes com a estrutura de uma família nuclear, no entanto é também salientada a família extensa e monoparental.

Os resultados que emergiram da análise das gravações e das fotografias foram organizados por categorias e subcategorias, e são apresentados na Figura 2.

Da análise dos dados, emergiram quatro categorias: *Conceito de família na perspectiva do estudante*, *A minha família*, *Funções da família* e *O que vejo nesta fotografia*. Cada uma destas áreas é explorada de seguida utilizando o texto significativo que foi captado das narrativas dos participantes.

Conceito de família na perspectiva do estudante

Da categoria *Conceito de família na perspectiva dos estudantes*, emergiram as seguintes subcategorias: agregado, consanguinidade versus afetividade, família externa (que inclui amigos), família nuclear, família alargada, família monoparental e família extensa (que inclui animais).

É evidenciada, no discurso dos participantes, a associação do conceito de família à sua estrutura, com

maior predomínio na família nuclear e alargada. No entanto, também é referido por alguns dos estudantes a inclusão dos animais e dos amigos como membros da família.

Pais, filhos e amigos, porque conhecidos há muitos [E29].

Os pais, primos, avós, os animais também [E21].

Um dos estudantes delimitou o conceito de família ao agregar:

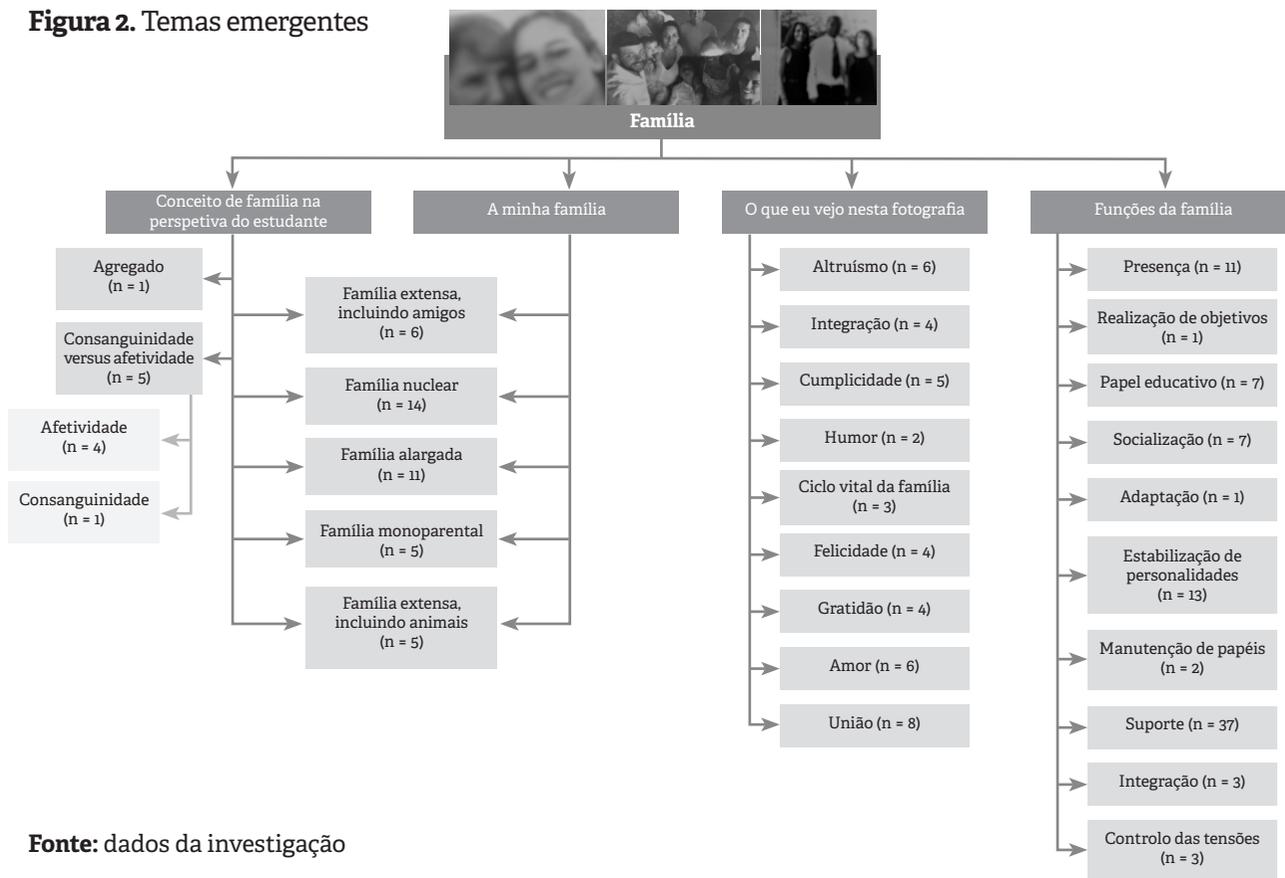
Eu considero família quem vive no mesmo espaço [E14].

São também visíveis algumas demarcações associadas à consanguinidade e à afetividade:

A família não precisa ser direta, não precisa ser de sangue [E8].

Os amigos não são família [E32].

Figura 2. Temas emergentes



Fonte: dados da investigação

A minha família

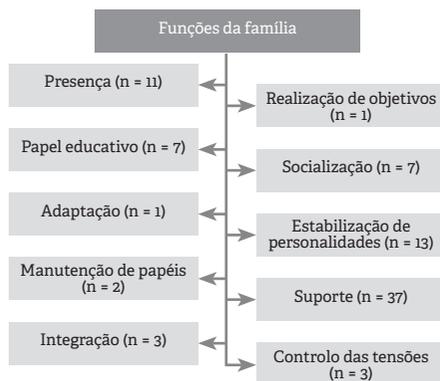
Quando os estudantes são questionados sobre quem são as suas famílias, encontram-se divergências em relação à categoria anterior, conforme se observa na Figura 2. A subcategoria mais frequente é a família nuclear, sendo também referidos por alguns estudantes os amigos e os animais:

A minha família são os meus pais, o meu irmão, os meus tios, os meus avós, o meu namorado ainda não, mas o meu cão sim [E8].

Funções da família

Um aspecto que se sobressaiu no discurso dos estudantes foi as funções da família (Figura 3). A função familiar é o objetivo que a família tem em relação ao indivíduo e a outros sistemas sociais e à sociedade, analisado tanto em nível do seu microsistema como em seu macrossistema.

Figura 3. Categoria *Funções da família*



Fonte: Dados da investigação

Embora a compreensão do sistema familiar seja essencial, as famílias não existem isoladamente, podendo ser vistas dentro de um modelo de sistemas ecológicos, que enfatiza como as famílias interagem com o meio ambiente e, portanto, que funções desempenham a esse nível (22). Os membros do microsistema são aqueles que participam regularmente da vida da pessoa —pais, parentes e amigo— durante um longo período de tempo. Enquanto o macrossistema consiste no sistema mais abrangente, que envolve a sociedade, a cultura, os valores e as crenças que moldam e influenciam os sistemas de ordem inferior (23).

Das várias subcategorias apresentadas na Figura 3, as mais referenciadas pelos participantes foram a fonte de suporte e a estabilização emocional de personalidades.

Fonte de suporte

A família constitui a principal fonte de suporte social e emocional do indivíduo, que inclui a produção ou a obtenção de recursos facilitadores das diferentes transições dos ciclos de vida (24, 25). Este suporte é visível no discurso dos participantes.

Família para mim é o meu pilar [E5].

São a minha retaguarda são as pessoas que me apoiam [E21].

É o meu porto seguro [E33].

Estabilização de personalidades

A família contribui para a estabilização da nossa personalidade e determina o modo como pensamos, sentimos e agimos, desempenhando um papel estabilizador emocional e de socialização, transmitindo os valores culturais e sociais da família em que nascemos (24). Esta função é evidenciada nas narrativas dos estudantes:

Onde podemos ser nós mesmos, onde podemos chorar, berrar, rir [E9].

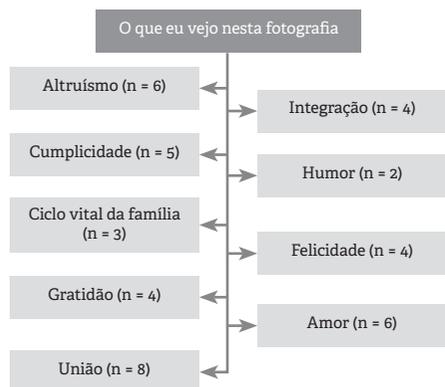
Onde posso estar à vontade, não tenho que esconder o que estou a sentir com medo de ficar mal, posso ser eu própria [E10].

O sítio onde somos o mais nós possível [E15].

O que eu vejo nesta fotografia

Quando os estudantes são questionados sobre o porquê de escolher aquela fotografia e o que veem nela, sobressaem as subcategorias apresentadas na Figura 4.

Figura 4. Categoria *O que eu vejo nesta fotografia*



Fonte: Dados da investigação

São diversas as subcategorias identificadas, nomeadamente: altruísmo, integração, cumplicidade, ciclo vital da família, felicidade, gratidão, amor, humor e união. As mais referidas foram a união e o amor, conforme se observam nestes excertos:

Reparo que é ainda aquilo que nos une [E3].

Nesta fotografia estamos todos juntos, unidos [E12] (União).

Nesta fotografia vejo amor [E18].

Vejo o amor que eles têm por mim [E29] (Amor).

Discussão

A evolução do conceito família nos diversos contextos socioculturais conduziu a uma diversidade de transformações na família, traduzindo-se em mudanças na sua estrutura e na sua função (1). O conceito tem vindo a adquirir limites muito mais abrangentes, resultantes de novas estruturas familiares, o que tem contribuído para novas conceções de família e de forma de organização dos seus membros (24, 25). Segundo estas tendências, deve promover-se a diversidade e a pluralidade, suprimindo conceitos de visão de “família tradicional” (24).

O estudante de enfermagem precisa compreender a família pela sua complexidade, globalidade, diversidade e unicidade, que vai além do seu próprio desenho de família. Neste sentido, é necessário rever práticas e alguns conceitos, muitas vezes redutores, desmistificando uma única visão de família composta por um casal heterossexual e sua descendência (25).

Os participantes descreveram os seus conceitos de família alicerçados, na sua estrutura, num conjunto ordenado de relações entre as partes da família confinados essencialmente à sua composição e consanguinidade. Esta categoria também foi obtida em outros estudos, nomeadamente num estudo sobre os discursos dos estudantes de enfermagem sobre família (26), assim como um estudo comparativo sobre descrições de família entre estudantes suecos e sul-africanos de enfermagem (27). Talvez porque as nossas representações mentais associadas ao conceito de família estejam ligadas a uma visão romântica, constituída por pai, mãe e filhos, que partilham habitação, afetos, convívios quotidianos e que se ajudam mutuamente (24).

As práticas de cuidados de enfermagem junto à família vão depender do conceito de família de cada um (25); é necessária uma mudança conceitual para integrar uma visão sistêmica de família. Ao pensar nesta numa perspetiva sistêmica, pressupõem compreender e integrar outros sistemas mais amplos da comunidade, da sociedade e da cultura como um todo sistémico em que se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior (10, 12). Para o estudante de enfermagem e para os profissionais de saúde, é essencial conhecer a família e a forma como ela funciona, focalizando a sua intervenção na família como unidade de cuidados (10).

Nos discursos dos participantes, é perceptível uma maior facilidade no aprofundamento das imagens e conceitos associados à sua própria família. A reflexão sobre as suas próprias famílias e a escuta da família do outro promovem a incorporação de outras imagens de família (10). Nas imagens e discursos dos participantes sobre o conceito de família, os estudantes têm por base que os indivíduos que a compõe precisam apresentar laços que os unam, associados à consanguinidade e a aspetos sentimentais e afetivos. Num estudo realizado por Schauric (2009) em estudantes de enfermagem sobre conceito de

família, o autor apresenta resultados similares associado ao conjunto de indivíduos que têm algo em comum, nomeadamente consanguinidade, afinidade, afeto e objetivos (28).

Ao longo do discurso dos participantes, evidenciou-se uma outra categoria: *Funções da família*, na qual se destacou o suporte, a presença, o papel educativo, a socialização e a estabilização de personalidades. A família é uma instituição social com funções e influências significativas para o desenvolvimento do ser humano (26). Observando a família como sistema, ela apresenta essencialmente dois objetivos: um objetivo interno, através do qual protege os seus membros, e outro externo, que se refere à acomodação a uma cultura e à transmissão desta (24).

A família desempenha um papel estabilizador por meio do processo de socialização, com real importância na transmissão dos valores (26), salientada pelos participantes na socialização e no papel educativo. O suporte, o papel educativo e a socialização também são referidos por outros autores (26, 28). A família desempenha funções importantes nos sistemas sociais e na sociedade, assim como, em relação ao próprio indivíduo em aspetos associados à afetividade, à educação, à reprodução e à socialização (24).

Verificou-se na categoria *O que eu vejo na fotografia* que os discursos dos participantes eram direcionados para sentimentos de fortalecimento afetivo, nomeadamente o amor, a união, a felicidade e a cumplicidade, resultados semelhantes a outros estudos (26, 28). Na família, vamos moldando a nossa identidade através da aprendizagem de dimensões de interação e comunicação, construindo um sentimento de pertença resultante de emoções e afetos positivos e negativos (24). Esta análise enaltece o conceito de família, numa perspectiva poética e romântica, formada por indivíduos envolvidos em laços de carinho, afeto e amor (28), que pode ter sido potenciada pela utilização de fotografia, associada à eternização de momentos felizes.

Uma outra característica evidenciada nesta categoria foi o ciclo vital da família, como algo que se modifica, que não se perpetua no tempo, dando origem a novas fotografias de família. O carácter evolutivo e dinâmico da história da família, com uma estrutura e organização em constante mudança, é salientado em outros estudos (12, 28).

Em cada etapa do ciclo vital da família, ocorrem acontecimentos normativos ou acidentais que podem afetar de diferentes modos cada um dos seus membros, o que exige a alternância entre equilíbrios e desequilíbrios constantes, levando à necessidade de encontrarem novas formas de estar e de ser família (24). Logo, “pensar” família é compreender o status constante de mudança que esta sofre (10).

A utilização de imagens na internet e em redes sociais é uma expressão da sociedade moderna, cada vez mais presente no nosso dia a dia. Embora sejamos constantemente alertados para os perigos da sua utilização, quando usada adequadamente pode ser uma ferramenta eficaz (29), conforme ilustrado neste estudo. O uso da fotografia permitiu dar voz aos participantes, para contar a história a partir de sua própria perspectiva (30-34). As fotos fornecem uma forma eficaz de discutir assuntos sensíveis e complexos (18). Esta inovadora estratégia de ensino e aprendizagem permite a estimulação do pensamento crítico (29), visível ao longo dos resultados apresentados.

Conclusão

Os resultados desta investigação estimulam um olhar mais atento na procura de estratégias de ensino que reforcem a importância da família no cuidar. O Photovoice, pelo seu potencial como instrumento participativo e reflexivo, permite ampliar o conceito de família na compreensão da diversidade e da unicidade, e no respeito a elas. A conscientização sobre o que se entende por família e a percepção da família do outro podem auxiliar os estudantes de enfermagem no entendimento deste conceito, incentivando a sensibilidade e a abertura sobre quem é a família do paciente. No entanto, acredita-se ser necessário dar continuidade ao aprofundamento e reflexão sobre este tema ao longo da formação do estudante de enfermagem, nomeadamente sobre como avaliar e intervir na família.

Foram encontrados estudos com a utilização do Photovoice, mas não direcionados para esta temática, o que dificultou a comparação dos resultados. As limitações deste estudo recaem sobre o tamanho elevado da amostra, o que dificultou a discussão. Sugere-se, para estudos futuros, a incorporação de grupos menores e com recurso a mais do que uma imagem por estudante.

Propõe-se que novos estudos sejam realizados com a utilização do Photovoice, o que possibilitaria evidenciar as suas vantagens. Além disso, são necessários novos estudos que permitam potencializar o “pensar família” em enfermagem. Espera-se que este percurso traga subsídios a outras investigações.

Referências

- (1) Fernandes CS, Martins MM, Pereira B, Hisako L, Gomes JÁ. Developing a board game. *Esc. Anna Nery [serial on the Internet]*. 2016 [access: 2017 Mar 06];20(1):33-7. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160005>
- (2) Santos AL, Cecílio H, Teston E, Marcon S. Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. *Texto & contexto enferm [periódico na internet]*. 2012 [acesso: 6 mar. 2017];21(4):879-86. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400019>
- (3) Gameiro SD. *Terapia Familiar*. Porto: Edições Afrontamento; 2005.
- (4) Figueiredo M, Martins M. Avaliação familiar: do modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciênc cuid saúde [periódico na internet]*. 2010 [acesso: 22 jan. 2018];9(3):552-9. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v9i3.12559>
- (5) Wright LM, Leahey M. *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention (6th ed.)*. Philadelphia, PA: F.A. Davis; 2013.
- (6) Gottlieb L. *O cuidar em Enfermagem baseado nas forças-saúde e cura para a pessoa e família*. 1ª ed. Loures: Lusodidacta; 2016.
- (7) Silva MG, Oliveira MJ, Costa S, Mata RB, França I, Oliveira R. Aplicação do modelo Calgary de avaliação familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. *Revisão integrativa. Aquichan [periódico na internet]*. 2016 [acesso: 22 jan. 2018];16(4):487-500. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.7>
- (8) Amador D, Marques F, Duarte A, Balbino F, Balieiro M, Mandetta M. Use of narrative as an awareness strategy for a Family-Centered Care model. *Rev gaúcha enferm [serial on the Internet]*. 2015 [access: 2017 Feb 01];36(1):98-103. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.46346>
- (9) Wilson A, Blake B, Taylor G, Hannings G. Cinemeducation: Teaching Family Assessment Skills Using Full-Length Movies. *Public health nurs [serial on the Internet]*. 2013 [access: 2017 Feb 01];30(3):239-45. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/phn.12025>
- (10) Horta A, Camargo M, Cruz M, Daspett C. Telling family stories: learning strategies in family care. *Acta paul enferm [serial on the Internet]*. 2012 [access: 2017 Feb 01];25(2):128-33. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000900020>
- (11) Sobral FR, Campos CJ. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP [periódico na internet]*. 2012 [acesso: 1 fev. 2017];46(1):208-18. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100028>
- (12) Eggenberger S, Regan M. Expanding simulation to teach family nursing. *J Nurs Educ [serial on the Internet]*. 2010 [access: 2017 Feb 01];49(10):550-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20100630-01>
- (13) Carvalhais M, Sousa L. Qualidade dos cuidados domiciliares em enfermagem a idosos dependentes. *Saude soc [periódico na internet]*. 2013 [acesso: 1 fev. 2017];22(1):160-72. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100015>
- (14) De Sousa L, Carvalhais M, Carvalhais L. O cuidado em enfermagem a pessoas idosas dependentes: cuidados domiciliares, hospitalares e continuados. *Revista Eletr Enf [periódico na internet]*. 2012 [acesso: 1 fev. 2017];14(3):644-53. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/13693/13437>
- (15) Gallagher MR, Stevens CA. Adapting and integrating photovoice in a baccalaureate community course to enhance clinical experiential learning. *J Nurs Educ [serial on the Internet]*. 2015 [access: 2017 Feb 01];54(11):659-62. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20151016-09>
- (16) Davtayan M, Farmer S, Brown B, Sami M, Frederick T. Women of Color Reflect on HIV-Related Stigma through PhotoVoice. *JANAC [serial on the Internet]* 2016 [access: 2017 Feb 01];27(4):404-18. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2016.03.003>
- (17) Kronk R, Weideman Y. Use of photovoice to integrate a community-engaged scholarship model of research into an undergraduate clinical nursing course. *J Nurs Educ [serial on the Internet]*. 2014 [access: 2017 Feb 01];53(9):S114-7. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20140805-02>
- (18) Breitwieser CL, Vaughn LM. “A Day in My life” Photography Project: The Silent Voice of Pediatric Bone Marrow Transplant Patients. *J Pediatr Oncol Nurs [serial on the Internet]*. 2014 [access: 2017 Feb 01];31(5):284-92. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1043454214531334>
- (19) Catalani C, Minkler M. Photovoice: A review of the literature in health and public health. *Health Educ Behav [serial on the Internet]*. 2010 [access: 2017 Feb 01];37(3):424-51. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/109019810934208>
- (20) Wang C, Burris MA. Photovoice: Concepts, methodology and use for participatory needs assessment. *Health Educ Behav [serial on the Internet]*. 1997 [access: 2017 Feb 01];24(3):369-87. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/109019819702400309>
- (21) Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições; 2009.

- (22) Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments in nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
- (23) Mandak K, O'Neill T, Light J, Fosco G. Bridging the gap from values to actions: a family systems framework for family-centered AAC services. AAC: Augmentative & Alternative Communication [serial on the Internet]. 2017 [access: 2018 Jan 22];33(1):32-41. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/07434618.2016.1271453>
- (24) Dias MO. Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica — o processo de comunicação no sistema familiar. Viseu: Gestão e Desenvolvimento; 2011.
- (25) Tokuda A, Peres W, Andreo C. Família, Gênero e Emancipação Psicossocial. *Psicol ciênc prof* [periódico na internet]. 2016 [acesso: 1 fev. 2017];36(4):921-31. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001022014>
- (26) Durman S, Piccoli M, Shneider JF, Stefanelli MC. Discursos de estudantes de enfermagem sobre família. *Acta Sci Health Sci* [periódico na Internet]. 2004 [acesso: 1 fev. 2017];26(1):47-51. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v26i1.1616>
- (27) Erlingsson C, Brysiewicz P. Swedish and South African Nursing Students' Descriptions of Family. *J Nurs Scholarsh* [serial on the Internet] 2015 [access: 2017 Feb 01];47(3):228-36. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12133>
- (28) Schaurich D. Compreensões de acadêmicos de enfermagem sobre famílias: algumas reflexões. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [periódico na internet]. 2009 [acesso: 1 fev. 2017];13(2):415-20. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200025>
- (29) Garner S. Photovoice as a teaching and learning strategy for undergraduate nursing students. *Nurse educ today* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Feb 01];34(10):1272-4. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.03.019>
- (30) Olausson S, Ekebergh M, Österberg S. Nurses' lived experiences of intensive care unit bed spaces as a place of care: a phenomenological study. *Nurs Crit Care* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Feb 01];19(3):126-34. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12082>
- (31) Thompson N, Hunter E, Murray L, Ninci L, Rolfs E, Pallikkathayil L. The experience of living with chronic mental illness: a photovoice study. *Perspect Psychiatr Care* [serial on the Internet]. 2008 [access: 2017 Feb 01];44(1):14-24. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6163.2008.00143.x>
- (32) Wang C, Pies C. Family, maternal, and child health through photovoice. *Matern child health J* [serial on the Internet]. 2004 [access: 2017 Feb 01];8(2):95-102. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/B:MACL.0000025732.32293.4f>
- (33) Dassah E, Aldersey H, Norman K. Photovoice and Persons With Physical Disabilities: A Scoping Review of the Literature. *Qual Health Res* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2018 Mar 13];27(9):1412-22. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732316687731>
- (34) Han C, Oliffe J. Photovoice in mental illness research: A review and recommendations. *Health* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2018 Mar 13];20(2):110-26. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1363459314567790>

Morte de neonatos: percepção da equipe multiprofissional à luz da complexidade

Muerte de neonatos: percepción del equipo multiprofesional a la luz de la complejidad

The death of neonates:
the multi-professional
team's perceptions of
the problem in the
light of its complexity

• Larissa Spies Subutzki¹ • Maria de Lurdes Lomba² • Dirce Stein Backes³ •

•1• Mestranda profissional em Saúde Materno-infantil, Universidade Franciscana, Santa Maria-RS, Brasil. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).
E-mail: spieslarissa@yahoo.com.br

•2• Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora adjunta do curso de licenciatura em Enfermagem e mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.
E-mail: mlomba@esenfc.pt

•3• Doutora em Enfermagem. Coordenadora e professora adjunta do mestrado profissional em Saúde Materno-infantil e Professora do mestrado acadêmico em Ciências da Saúde e da Vida, da Universidade Franciscana, Santa Maria-RS, Brasil. E-mail: backesdirce@unifra.br

Recibido: 24/05/2017 Aceptado: 26/02/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n1.65229



Resumo

Objetivo: conhecer a percepção da equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva neonatal sobre o processo de morte e morrer de neonatos.

Método: pesquisa qualitativa, de abordagem exploratório-descritiva, realizada a partir de três grupos focais, com 35 profissionais da equipe multiprofissional de uma unidade de terapia intensiva neonatal de uma instituição hospitalar localizada na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul (Brasil), decodificados com base na análise de conteúdo.

Resultados: a análise dos dados resultou em quatro categorias temáticas: *Morte: interrupção da ordem natural; Morte: processo complexo para o qual não se tem respostas; Morte: o despertar para um novo estado de vida e Morte: a convivência entre o tangível e o intangível.*

Conclusões: a morte ainda é apreendida como fenômeno fragmentado e dissociado do processo de viver humano, embora tenha se evidenciado a expectativa, por parte dos profissionais, de querer falar, refletir e ampliar a sua compreensão teórico-prática.

Descritores: Enfermagem; Morte; Equipe de Assistência ao Paciente; Dinâmica não Linear (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: conocer la percepción del equipo multiprofesional de unidad de terapia intensiva neonatal sobre el proceso de morir y muerte de neonatos.

Método: investigación cualitativa, de enfoque exploratorio-descriptivo, realizada a partir de tres grupos focales con 35 profesionales del equipo multiprofesional de unidad de terapia intensiva neonatal de una institución hospitalaria ubicada en la región noroeste del departamento de Rio Grande do Sul (Brasil), decodificados con base en el análisis de contenido.

Resultados: los datos determinaron cuatro categorías temáticas: *Muerte: interrupción del orden natural; Muerte: proceso complejo para el que no se tienen respuestas; Muerte: el despertar a un nuevo estado de vida y Muerte: convivencia entre lo tangible y lo intangible.*

Conclusión: se concluyó que la muerte aún es comprendida como fenómeno fragmentado y dissociado del proceso de la vida humana, aunque se haya evidenciado la expectativa, de parte de los profesionales, de querer hablar, reflexionar y ampliar su comprensión teórico-práctica.

Descritores: Enfermería; Muerte; Grupo de atención al paciente; Dinámicas no lineales (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to learn about the perception which the multi-professional team of a neonatal intensive care unit have of the process of dying and death of neonates.

Method: this is a qualitative, exploratory-descriptive study, undertaken with three focus groups made up of 35 professionals from the multi-professional team of the neonatal and pediatric intensive care unit of a hospital located in the northwest region of the State of Rio Grande do Sul in Brazil. The data were decoded on the basis of content analysis.

Results: the data yielded four thematic categories: *Death: an interruption of the natural order; Death: dying is a complex process for which there are no answers; Death: awakening to a new state of life and Death: the coexistence of the tangible and the intangible.*

Conclusion: is the study concluded that death is still conceived of as a fragmented phenomenon and it is dissociated from the process of human life, although there is evidence that the professionals believe in the prospect of being able to speak about and reflect on the matter and expand their theoretical and practical understanding of death.

Descriptors: Nursing; Death; Patient Care Team; Nonlinear Dynamics (source: DeCS, BIREME).

Introdução

Vive-se em uma sociedade em que quase tudo se volta para a produção e o consumo. A partir dessa meta, tem-se a ilusão do progresso contínuo e ilimitado, ou seja, a ilusão de que a pessoa humana é eterna, e a morte já não encontra mais lugar. Assim, a negação da morte acontece na mesma proporção em que é temida e banalizada (1, 2). Enquanto manifestação da condição humana, a morte expressa o que o homem tem de mais secreto em sua vida (3).

A morte faz parte do cotidiano da prática dos profissionais da saúde e precisa ser incorporada nas discussões diárias, uma vez que o tema é complexo e merece apreensões teórico-práticas igualmente complexas. A superficialidade e banalização das discussões acerca desse processo não permitem, frequentemente, a ampliação do entendimento desse fenômeno, visto que a morte é considerada como a aniquilação do processo de viver, e não como integrante do ciclo vital (4, 5).

O processo de morte e morrer em unidade de terapia intensiva neonatal é, por excelência, um fenômeno complexo, tendo em vista que a morte infantil é, geralmente, considerada pelas pessoas mais próximas como castigo divino. Assim, salvar a vida de um neonato torna-se o principal objetivo da equipe multiprofissional. Os sentimentos que surgem desse processo são adversos, e a exposição continua a esse fenômeno, nas unidades de terapia intensiva, demandam recorrentes construções, desconstruções e reconstruções teórico-práticas (6, 7).

Embora tenha se buscado desde os primórdios da civilização uma justificativa para comprovar que a morte não é um evento pontual, esta tem despertado tanto ou maior interesse de investigação quanto à própria vida (8). Assim, o estudo tem o objetivo de conhecer a percepção da equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva neonatal sobre o processo de morte e morrer de neonatos.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, realizada em uma unidade de terapia intensiva neonatal, de um hospital de

médio porte, situado na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul (Brasil).

Foram convidados para participar do estudo, por meio de convite formal, 45 profissionais que integram a equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, dos quais participaram 35, quais sejam: 5 enfermeiros; 20 técnicos de enfermagem; 2 médicos; 2 fisioterapeutas; 1 psicóloga; 1 assistente social; 2 auxiliares administrativas e 2 auxiliares de limpeza. Excluíram-se do estudo os profissionais que estavam em férias, de atestado ou de licença-maternidade no período da coleta de dados, além daqueles que, por algum motivo, não aceitaram participar do estudo.

Os dados foram coletados por meio da técnica de grupo focal, a qual parte da interação grupal e da problematização ampliada sobre a temática investigada (9). Sob esse enfoque, a técnica adotada possibilitou o debate coletivo aprofundado entre os participantes, além de permitir o (re)pensar da prática profissional no âmbito individual e coletivo.

Foram realizados três grupos focais, com dois encontros para cada grupo, sendo um no período matutino e um no período vespertino, possibilitando a escolha de horário. Os encontros ocorreram no período de maio a junho de 2016, sempre com a mesma temática e dinâmica de trabalho. Os encontros foram agendados com os responsáveis pela unidade e organizados conforme a escala de trabalhos dos participantes. Os participantes dos grupos focais apresentavam pelo menos um traço em comum, conforme preconizado pela literatura (10), ou seja, todos estavam atuando na unidade intensiva proposta.

Os encontros de grupos focais contemplaram momentos de sensibilização, de aprofundamento, de reflexão e de discussão conjunta acerca do processo de morte e morrer de neonatos em unidade de terapia intensiva, além de fechamentos conforme propõe a técnica. Os encontros foram norteados por um tema específico, a fim de contemplar a temática central do estudo, e o tempo estipulado para cada encontro foi de cerca de duas horas.

No primeiro encontro de grupo focal, além do detalhamento da proposta de trabalho e da solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi discutido o significado de morte para cada participante, por meio de dinâmica interativa e participativa. Ao final do encontro,

foi realizada uma síntese descritiva das principais ideias e, na sequência, o moderador do encontro socializou um vídeo de Edgar Morin denominado “Lições sobre a existência”, e entregou um artigo sobre o pensamento da complexidade a cada participante, como leitura individual prévia para o segundo encontro.

O segundo encontro de grupo focal teve início com a apresentação e discussão da síntese do primeiro encontro, a fim de aprofundar e ampliar os significados à luz do pensamento da complexidade, com base nas leituras individuais previamente realizadas. Na sequência, foi realizado um longo debate sobre as potencialidades e fragilidades relacionadas ao cuidado da equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva neonatal no processo de morte e morrer de neonatos. Por fim, socializou-se o vídeo intitulado “A morte é um dia que vale a pena viver”, da médica geriatra Ana Cláudia Quintana Arantes.

O terceiro encontro de grupo focal teve por objetivo retomar a síntese dos dois encontros anteriores e, coletivamente, identificar estratégias de cuidado multiprofissional para a compreensão teórico-prática ampliada do processo de morte e morrer de neonatos em unidade de terapia intensiva.

Os debates dos encontros focais foram gravados e, na sequência, transcritos. O material empírico foi submetido à análise de conteúdo temática, que busca descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência acrescentava perspectivas significativas ao objeto de estudo. Para tanto, seguiram-se as três etapas preconizadas nessa técnica de análise. Na pré-análise, foram realizadas leitura exaustiva dos dados, seguida da organização do material e formulação de hipóteses. Na fase exploratória, os dados brutos foram codificados e, na última fase, os dados foram interpretados e delimitados em eixos temáticos (11).

Para cumprir os critérios éticos, foram atendidas as recomendações da Resolução CNS n.º 466/2012, que prescreve a ética em pesquisa com seres humanos (12). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o n.º 1.478.885/2016 e conta com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n.º 54719316.1.0000.5306. Para manter o anonimato dos participantes, as falas foram identificadas, no texto, pela letra “P” (participante), seguido de um número, em ordem crescente, correspondente à ordem das falas. Por exemplo:

“P1”, “P2” e assim sucessivamente até o número total de participantes.

Resultados

Os resultados foram decodificados com base na análise de conteúdo e agrupados em quatro categorias temáticas: *Morte neonatal: interrupção da ordem natural*; *Processo complexo para o qual não se tem respostas*; *O despertar para um novo estado de vida* e *A potencialização da espiritualidade*.

Morte neonatal: interrupção da ordem natural

A morte de um neonato, para a maioria dos participantes, limitou-se à interrupção da ordem natural do ciclo vital. Compreendem-na como evento pontual e não como parte integrante do ciclo vital. Essa percepção fica clara na medida em que os profissionais mencionam que o “normal” é os pais e os avós morrerem antes de seus filhos e, ainda, que o “normal” é a pessoa nascer, crescer, amadurecer e morrer, conforme destacado nas falas a seguir.

A morte da criança, na verdade, vem de encontro a um processo histórico. A gente sempre aprende, e a sociedade impõe muito isso, que os pais, os avós vão morrer antes que os filhos. E o processo da morte da criança é inverso, então muita coisa ainda não é aceita na sociedade e que gera angústias e muitos questionamentos [P5].

Eu acho que, quando é uma pessoa adulta, fica mais fácil de aceitar, tem aquelas pessoas que ficam meses sobre uma cama, você acaba se preparando de certa forma, pra deixar essa pessoa ir, mas, quando é uma criança, é muito difícil, pelo fato de acharmos que temos que nascer, crescer, envelhecer e morrer [P8].

Os profissionais mencionaram que muitos pais não compreendem a gravidade do estado de saúde do neonato e/ou, por vezes, negam a gravidade para não se deparar com o inesperado. Nessa direção, alguns participantes destacaram a importância da informação clara e transparente, além da paciência e do profissionalismo em responder aos novos e recorrentes questionamentos ou dúvidas.

Já presenciei uma situação em que a família nem sabia que a criança tinha morrido, porque eles não entenderam, estavam em um processo de negação e não entenderam que havia morrido, achavam que estava ruim, que estavam fazendo o que podiam, mas que não estava dando certo, né. Mas não tinham ou não queriam entender que uma criança também pode morrer. Parece que foge do normal [P21].

A “ordem natural”, conforme expresso pelos profissionais, reproduz a ideia de que a morte, socialmente, é previsível e cronológica, ou seja, o normal é as pessoas nascerem, crescerem, se desenvolverem e morrerem. Tal compreensão, no entanto, traduz-se num pensamento linear e simplificado, por isso passível de angústia, tristeza, depressão, dentre outros sinais aparentes ou inaparentes.

Morte: processo complexo para o qual não se tem respostas

Além de complexa e efêmera, a morte é concebida pelos profissionais como um fenômeno incerto, obscuro e inexplicável, embora inevitável. Reconhecem que se encontram diante de um evento para o qual não encontram respostas prontas. Em outros momentos, alguns profissionais preferem calar ou se restringir a dar informações para não incorrerem no “erro” de dar alguma informação errônea ou que possa “machucar” o familiar.

Eu nunca falo que tenho certeza se vai morrer ou não, porque a gente já viu crianças que estavam muito mal e sobreviveram [P6].

Eu já procuro nem falar, pra não falar bobagem, porque nessa hora não tem, tu fala, tu dá conforto, mas não há o que dizer [P9].

Outros profissionais relataram a sensação de impotência, de intenso desgaste físico e emocional diante do processo de morte de uma criança, sobretudo no contato com a família. Além de alguns profissionais paralisarem, outros não encontraram palavras para confortar os pais nem mesmo explicações para o que sentem diante da morte, principalmente ao se depararem com o sofrimento dos pais.

Eu estava na noite que ela morreu e sabe o que é não conseguir olhar pra ela... eu tive um sentimento de impotência, sei lá, eu não conseguia nem olhar [P20].

Sabe daquela criança que veio de longe, que chegou e em seguida morreu. Eu estava lá, a mãe logo pegou no meu braço assim [fazendo o gesto] e disse: “Enfermeira, ela vai sobreviver, ela vai ficar bem?” Ela fez aquilo, e a criança estava praticamente morta. Eu paralisei na hora e não consegui falar nada [P23].

Quando eu cheguei, a criança já tinha morrido. Eu vi a mãe sobre a criança, segurando-a com firmeza. Eu não sei nem explicar o que eu sentia na hora. É uma dor que não tem explicação, eu não sei nem o que dizer [P32].

Embora reconheçam que tenham feito o melhor que podiam, alguns profissionais sentem tristeza e a sensação de que pouco ou nada fizeram para salvar a criança ou que poderiam ter feito mais, conforme expresso na fala de um profissional:

É muito triste, de tristeza mesmo, de impotência. Tu pensa que podia ter feito mil coisas a mais, mas naquele momento. Tu se questiona: será que eu fiz tudo? será que não ficou nada? será que ela piorou e eu não percebi? Na hora volta tudo [P34].

Morte: o despertar para um novo estado de vida

Embora alguns profissionais da equipe multiprofissional tivessem demonstrado limitada compreensão teórica, sensação de impotência ou não tivessem encontrado palavras para expressar o que sentiram diante da morte ou para confortar os pais e os familiares, outros também sinalizaram que a morte desperta para um novo estado de vida, em outras palavras, para uma nova “ordem” existencial que transcende a compreensão humana.

A morte é uma passagem para uma outra vida, é um novo ciclo que se inicia [P3].

E eu também acredito que morte significa a gente despertar para uma nova vida. Quando a gente perde alguém, é que a gente se dá conta que precisa melhorar as relações com as pessoas que estão conosco, no nosso dia a dia. A gente reconhece que precisa ser uma pessoa do bem, auxiliar quem está do nosso lado [P12].

Ao mencionarem que a morte desperta para um novo estado de vida, os profissionais não se referiram apenas à morte da criança. Percebem que a morte desperta uma autorreflexão e autoanálise relacionadas às relações de trabalho, às relações familiares. Dito de outro modo, a morte desperta, em muitos profissionais, o repensar de atitudes pessoais e profissionais, conforme expressão a seguir:

A morte possibilita você sair daqui e chegar em casa e olhar tudo diferente, a fazer diferente com as pessoas que estão a nossa volta... faz a gente refletir sobre as próprias atitudes [P29].

A morte de uma pessoa querida, que está ao nosso lado, nos desperta para as coisas boas que a gente pode fazer por quem ainda está conosco. Eu fiz o desenho de algumas flores e eu acredito que as flores significam o bem, significam o cuidado que a gente tem que ter nas relações com as pessoas que ainda estão conosco [P24].

Com base nas falas dos participantes, percebe-se que a morte de neonatos dificilmente passa indiferente. De alguma forma, todos os profissionais se mobilizam, interna ou externamente, e todos passam a conviver em contínuo processo de ordem-desordem-ordem isto é, num processo de ser-para-a-morte.

Morte: a potencialização da espiritualidade

Na fala de vários profissionais, ficou evidente a dificuldade que encontram para aceitar, compreender e conviver com a aparente aceitação dos pais ante a morte do neonato. Reconheceram que muitas mães e familiares facilmente se conformam e/ou demonstram aparente aceitação diante da morte da criança. Para os profissionais, essa aparente atitude de conformação dos pais é inatingível, conforme depoimentos a seguir.

Tanto que, às vezes, a gente até comenta: ‘Nossa! A criança morreu, e a mãe, assim, puxa, parece que está tão conformada’. A gente fica em choque... [P8].

Ao conversar com a mãe, ela

estava muito tranquila. Meu Deus do Céu! Primeiro não queria nem acreditar que ele tinha ido a óbito porque, quando eu vim pra trabalhar, eu encontrei a família, vindo tão tranquilos, contando “causos”. Daí eu fiquei parada, e a tia fez sinal que ele tinha morrido. Meu Deus! [P15].

No sábado antes dele falecer, a mãe me disse que ela e o pai haviam feito a decisão mais difícil de suas vidas, a entrega do filho a Deus. Ela estava muito preparada, porque eu chorava junto com ela, e ela não chorava. Aí eu disse pra ela que ele ia vencer, que ele era forte e ela me disse que estava muito preparada para o que poderia acontecer. Eu me lavei chorando e não conseguia acreditar [P18].

Em outros depoimentos, os profissionais demonstraram que se bloqueiam diante da possibilidade da morte de uma criança, mesmo que, para a mãe, o evento já tenha sido percebido e acolhido. Nessa relação, percebe-se, inclusive, a dificuldade que os profissionais encontram ao se referirem ao termo *morte* ou *morrer*.

A gente se coloca tanto no lugar da criança que, muitas vezes, a gente não aceita “aquilo” e não tá preparado para “aquilo”, mas a gente não pensa que talvez a mãe já notou que “aquilo” talvez seja o melhor naquele momento. Agente se bloqueia porque, para nós, “aquilo”, imagina, de uma criança [P20].

Eu não entendo. Às vezes o familiar já conseguiu perceber e ele aceitou melhor ainda do que a gente mesmo, porque a gente se bloqueia [P22].

Em outro depoimento, o profissional associa a aparente conformação dos pais ao cultivo da religiosidade e da fé. E, nessa relação, o profissional questiona-se sobre a sua própria fé e reconhece que esta se constitui, no processo de morte e morrer, em força que transcende a compreensão e o alcance das possibilidades humanas.

Na verdade, o que a gente percebe, pensando em como que eles conseguem e a gente não. Eu noto que a religião, a fé faz com que eles consigam ir aceitando isso e daí a gente pensa será que não falta fé em nós? Pensar o além disso. Porque tem coisas que realmente são difíceis, e a gente tem que se agarrar na fé para conseguir [P26].

A dimensão transcendental fica evidente também na medida em que alguns profissionais traduzem a morte como passagem para a “vida em Deus”, na qual não há dor, sofrimento ou tristeza, ou seja, uma passagem para uma vida melhor.

A morte é uma passagem para a vida eterna, só de entrega a Deus... é o fim de uma caminhada, onde o resultado vai depender muito das nossas ações, sejam elas boas ou más [P29].

Pra mim, a morte é algo que se explica somente pela fé... É um lugar onde se encontra Deus, e a morte é sofrida e dolorosa pra quem fica, para os pais e familiares [P30].

Os profissionais reconhecem que a temática da morte precisa ser abordada com mais frequência e que precisam desenvolver habilidades para lidar com o fenômeno, assim como serem capacitados para as funções técnicas. Destacam, por fim, que o espaço dos grupos focais se constitui em espaço profícuo para a socialização de vivências e práticas profissionais.

Discussão

Tão complexo quanto a própria morte é discuti-la com base em referências que a incorporem no ciclo vital. Assim, na busca da verdade, deve-se olhar a complexa teia de relações e interações associativas que se estabelecem entre as condições antropológicas e socioculturais, as quais provocam perguntas fundamentais sobre a existência humana. Na lógica do pensamento complexo, os antagonismos e as contradições devem ser encaradas como estímulo à autorreflexão das experiências cotidianas (13, 14).

No depoimento de um participante, ao mencionar que a morte “desperta para a vida e a qualificação das relações com as pessoas”, fica evidente que ela não se esgota em sua dimensão atingível, mas que possibilita reflexões que conduzem a uma nova ordem existencial. Na lógica do pensamento complexo, portanto, toda a desordem pode ser possibilidade para uma nova “ordem” (15). Significa dizer que a pessoa humana, a partir de uma aparente desordem, tem a possibilidade de (re)pensar a própria vida, mesmo que isso, num primeiro momento, lhe pareça adverso ou antagônico.

A morte é, portanto, um fenômeno complexo que não se esgota numa reflexão pontual, mas que proporciona ao ser humano uma consciência de si e do outro, isto é, transcende a dimensão puramente racional ontológica e permite o autoconhecimento e a autorreflexão sobre o próprio destino (16). Essa complexidade ficou notória na fala do depoente [P25] ao mencionar: “eu acho que essa questão da morte traz a reflexão para a nossa própria vida”.

Contrariar a existência da morte nas mais variadas fases da vida é sinônimo de dor e, por vezes, gera a sensação de desordem tanto para os profissionais de saúde quanto para as famílias envolvidas. Nessa direção, o pensamento complexo possibilita apreender o cuidado em saúde como abertura à realidade igualmente complexa e inatingível. Significa afirmar que cuidar em saúde comporta riscos e desordens, mas também possibilidades e

a capacidade de transcender o fazer profissional linear e reducionista (6, 13, 17).

O ser humano é um ser finito e limitado, por conseguinte, morte e vida fazem parte de um emaranhado existencial que comporta ordem e desordem ao mesmo tempo. Logo, a morte não é algo mágico nem acidental, mas um vir a morrer a cada dia para alcançar a plenitude da vida (18-20). Existe, portanto, uma tensão paradoxal entre vida e morte, e, nesse sentido, Morin defende que a morte simplifica a vida e a torna mais complexa simultaneamente (6).

Requer-se, nessa perspectiva integrativa de vida e morte, a superação do pensamento simplificado de que a morte se reduz à finitude, isto é, a um fim em si mesmo (6). Nessa relação, é importante e necessário que o profissional da saúde assuma uma atitude de acolhimento à diversidade e aos antagonismos existenciais, por vezes, contraditórios e paradoxais (21).

O cuidado multiprofissional ante o processo de morte e morrer de neonatos em unidades de terapia intensiva, na lógica do pensamento complexo, pauta-se no respeito aos antagonismos e na aceitação das adversidades e desordens do trabalho em saúde. O conflito e as adversidades, quando compreendidos em sua forma ampliada, transformam-se em terreno fértil para o encontro e o diálogo, ou seja, um espaço para fortalecer as relações e interações sistêmicas entre os envolvidos. É necessário, para tanto, que o profissional passe da compreensão ingênua à atitude consciente, a fim de integrar, religar e dinamizar o cuidado como fenômeno complexo (22-26).

Transcender o cuidado pontual e linear em relação ao processo de morte e morrer implica superar ações mutiladoras e visões lineares simplificadas (6), para se alcançar uma visão complexa da realidade, conforme expresso por um dos profissionais: “é preciso religar os saberes o tempo todo, construir, desconstruir e ver uma situação isolada ao mesmo tempo em que se tenta imaginar o todo e do contrário também. Tudo está interligado na verdade” [P21]. Requer-se, assim, a capacidade de incluir, na dinâmica cotidiana, o dilema vida-morte-vida enquanto processo retroativo e auto-organizador.

Conclusão

A percepção da equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva neonatal demonstra que a

morte é aprendida, frequentemente, como fenômeno fragmentado e dissociado do processo de viver humano, isto é, como um fim em si mesmo. Sob esse enfoque, os profissionais reconhecem que a temática da morte precisa ser abordada com mais frequência e que necessitam desenvolver habilidades para lidar com o fenômeno, assim como serem capacitados para as funções técnicas.

Nesse sentido, o estudo reforça a ideia de que refletir sobre a morte e o morrer se constitui em tarefa complexa, uma vez que a morte ainda é percebida como um evento alheio à dinâmica do ciclo vital. A restrita possibilidade de reflexão acerca do tema resulta em práticas pontuais e lineares; assim, a promoção de espaços de reflexão à luz de referenciais que possibilitam conexões e retroações entre vida e morte constituem-se em estratégias proativas para a transformação dos cenários de saúde.

A técnica de grupo focal, por fim, constitui-se em espaço profícuo para a socialização de vivências e práticas profissionais, e proporciona a ampliação e compreensão teórico-prática sobre o processo de morte e morrer entre os profissionais envolvidos na equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva neonatal. O pensamento da complexidade enquanto referencial teórico foi de fundamental importância para se alcançar uma visão complexa do fenômeno morte.

Como fragilidades do estudo, apontam-se a percepção limitada e pontual dos depoimentos em relação ao processo de morte e morrer, o cenário de estudo que foi restringido à unidade de terapia intensiva neonatal e as poucas referências disponíveis acerca da temática.

Referências

- (1) Silva RS da, Pereira Á, Mussi FC. Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care. *Esc. Anna Nery* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2018 Mar 20];19(1):40-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en_1414-8145-ean-19-01-0040.pdf
- (2) Cobacho JJ, Yang RM. ¿Cuáles son los sentimientos de los profesionales de enfermería de una unidad de cuidados intensivos neonatal ante la muerte del recién nacido? *Evidentia*. 2011;8(35):123-9.
- (3) Cavalcante LP, Ramos IC, Araújo MAM, Alves MDS, Braga VAB. Nursing care to patients in brain death and potential organ donors. *Acta paul enferm* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2018 Mar 20];27(6):567-72. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/en_1982-0194-ape-027-006-0567.pdf
- (4) Dias MV, Backes DS, Barlem ELD, Backes MTS, Lunardi VL, Souza MHT. Nursing undergraduate education in relation to the death-dying process: perceptions in light of the complex thinking. *Rev Gaúcha Enferm* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 Nov 28];35(4):79-85. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400079
- (5) Garcia V, Rivas Riveros E. Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. *Cienc Enferm* [revista en Internet]. 2013 [access: 5 jul. 2017];19(2):111-24. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n2/art_11.pdf
- (6) Steen SE. Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. *Int J Palliat Nurs*. [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Jul 5];2015;21(2):79-86. Available from: DOI: 10.12968/ijpn.2015.21.2.79
- (7) Cortezzo DE, Sanders MR, Brownell EA, Moss K. End-of-life care in the neonatal intensive care unit: experiences of staff and parents. *Am J Perinatol*. [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Nov 24];32(8):713-24. Available from: DOI: 10.1055/s-0034-1395475
- (8) Blood C, Cacciatore J. Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents. *BMC Psychol* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Nov 12];2(1):15-26. Available from: DOI: 10.1186/2050-7283-2-15
- (9) Kinalski DDF, Paula CC, Padoin SMM, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Focus group on qualitative research: experience report. *Rev Bras Enferm* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2018 Mar 20];70(2):424-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>
- (10) Sutton J, Austin Z. Qualitative Research: Data Collection, Analysis, and Management. *Can J Hosp Pharm* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Jun 13];68(3):226-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4485510/>
- (11) Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2015.
- (12) Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012 [internet]. Brasília, DF; 2012 [acesso: 25 nov. 2015]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- (13) Scarton J, Poli G, Kolankiewicz ACB, Schmidt Piovesan Rosanelli CL, Scarton J, Poli AG. Nursing: death and dying in a pediatric and neonatal intensive care unit. *Rev Enferm UFPE* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2015 May 14];7(10):5929-37. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12219/14812>
- (14) Dürks DB, Silva SP. Ambivalência, complexidade e conhecimento: Bauman e Morin. *Controvérsia* [periódico na internet]. 2014 [acesso: 28 nov. 2016];10(1):35-43. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/controversia/article/viewFile/9851/4742>

- (15) Morin E. *Ciência com consciência*. 14a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
- (16) Combinato DS, Queiroz MS. Morte: uma visão psicossocial. *Estud Psicol (Natal)* [periódico na internet]. 2006 [acesso: 28 nov. 2016];11(2):209-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a10v11n2.pdf>
- (17) Bousso RS. The complexity and simplicity of the experience of grieving. *Acta Paul Enferm* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2017 Jun 12];24(3):VII-VIII. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300001>
- (18) Díaz V, Ruiz M, Flórez C, Urrea Y, Córdoba V, Arbeláez C, et al. Impacto familiar del diagnóstico de muerte inminente. *Rev Psic Univer Antioquia* [revista en Internet]. 2013 [acceso: 12 jun. 2017];5(2):81-94. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/309190616_Impacto_familiar_del_diagnostico_de_muerte_inminente
- (19) França MD, Botomé SP. É possível uma educação para morte? *Psic Estud* [periódico na internet]. 2005 [acesso: 28 nov. 2016];10(3):547-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a23.pdf>
- (20) Silva AF, Issi HB, Motta MG, Botene DZ. Critical care nursing professionals' perceptions about the death of the newborn. *Rev Gaúcha Enferm* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2015 Nov 27];36(2):56-62. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.46299>
- (21) Copelli FHS, Oliveira RJT, Oliveira CMS, Meirelles BHS, Mello ALSF, Magalhaes ALP. O pensamento complexo e suas repercussões na gestão em enfermagem e saúde. *Aquichan* [periódico na internet]. 2016 [acesso: 5 jul. 2017]; 16(4):501-12. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.8>
- (22) Erdmann AL, Mello ALSF, Andrade SR, Drago LC. Organização das práticas de cuidado na rede de atenção à saúde. *Online Braz J Nurs* [periódico na internet]. 2011 [acesso: 28 nov. 2016];10(1):1-11. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3220.1/html>
- (23) Menossi MJ, Zorzo JCC, Lima RAG. The dialogic life-death in care delivery to adolescents with cancer. *Rev Latino-Am Enferm* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2018 Mar 20];20(1):126-34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100017>
- (24) Santos SSC, Hammerschmidt KSA. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. *Rev Bras Enferm* [periódico na internet]. 2012 [acesso: 5 jul. 2017];65(4):561-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a02v65n4>
- (25) Morin E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.
- (26) Bloomer MJ, O'Connor M, Copnell B, Endacott R. Nursing care for the families of the dying child/infant in paediatric and neonatal ICU: nurses emotional talk and sources of discomfort. A mixed methods study. *Aust Crit Care* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Jul 20];28(2):87-92. Available from: DOI: 10.1016/j.aucc.2015.01.002

Presenteísmo, fatores de risco e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem

Presentismo,
factores de riesgo
y repercusiones
en la salud de los
trabajadores de
enfermería

Presenteeism:
factors of risk and
repercussions on the
health of nursing
workers

• Ana Livia Castelo Branco de Oliveira¹ • Girlene Ribeiro da Costa² • Márcia Astrês Fernandes³ •
• Márcia Teles de Oliveira Gouveia⁴ • Silvana Santiago Rocha⁵ •

•1• Doutoranda em enfermagem pela Universidade Federal do Piauí, UFPI-Teresina, e professora da UFPI-Floriano, Piauí, Brasil. E-mail: analiviabranco@hotmail.com

•2• Mestra em enfermagem. Professora da UFPI- Floriano, Piauí, Brasil. E-mail: gigiribeirocosta@hotmail.com

•3• Doutora em ciências. Professora adjunta na Universidade Federal do Piauí. E-mail: m.astres@ufpi.edu.br

•4• Doutora em ciências. Professora adjunta na Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: marcia06@gmail.com

•5• Pós-doutora em enfermagem. Professora adjunta na Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: silvanasantiago27@gmail.com

Recibido: 09/12/2016 Aprobado: 02/11/2017

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n1.61488



Resumo

Objetivo: contextualizar e refletir sobre o modelo dos sistemas de Betty Neuman na interface entre o presenteísmo, os fatores estressores e a saúde do trabalhador de enfermagem.

Síntese de conteúdo: trata-se de um estudo qualitativo, teórico-reflexivo, à luz do referencial de Betty Neuman. As reflexões foram embasadas em estudos publicados de 2009 a 2017, na literatura nacional e internacional.

Conclusões: observou-se que o presenteísmo traz malefícios aos trabalhadores de enfermagem na esfera física, psíquica, sociocultural, desenvolvimentista e espiritual a partir de estressores favorecidos pelo ambiente de trabalho, como: carga horária excessiva, riscos físicos e ergonômicos. Logo, combater o presenteísmo depende da interação saudável entre o indivíduo e o meio em que vive e trabalha, e deve considerar aspectos de prevenção e promoção a partir da minimização de estímulos estressores.

Descritores: Qualidade de Vida; Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Condições de Trabalho (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: contextualizar y reflexionar sobre el modelo de los sistemas de Betty Neuman en la relación entre el presentismo, el ambiente de trabajo y la salud del trabajador de enfermería.

Síntesis del contenido: se trata de un estudio cualitativo teórico y reflexivo basado en el marco teórico de Betty Neuman. Las reflexiones se basan en estudios publicados entre el 2009 y el 2017, en la literatura nacional e internacional.

Conclusiones: se observó que el presentismo trae daños a los trabajadores de enfermería en los ámbitos físico, psicológico, socio-cultural, desarrollista y espiritual por los agentes estresantes favorecidos en el ambiente de trabajo, tales como excesiva carga de trabajo, mala salud, peligros físicos y ergonómicos. Por lo tanto, combatir el presentismo depende de la sana interacción entre el individuo y el entorno en el que vive y trabaja, y debe considerar aspectos de prevención y promoción a partir de la disminución de los factores estresores.

Descriptorios: Calidad de Vida; Enfermería; Salud Laboral; Condiciones de Trabajo (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to contextualize and reflect on the Betty Neuman model of systems at the interface between presenteeism and the work environment and health of the nursing worker.

Synthesis of Contents: this is a qualitative, theoretical and reflective study, based on the theoretical framework of Betty Neuman, in the light of national and foreign studies published between 2009 to 2017.

Conclusions: the study found that presenteeism physical, psychological, sociocultural, developmental and spiritual harms to nursing workers due to the stressors of their working environment, such as an excessive workload and health, physical and ergonomic risks. Thus, combating presenteeism depends on a healthy interaction between the individuals and the environment in which they live and work and it should consider aspects which minimize such stressors and prevent such harms.

Descriptors: Quality of Life; Nursing; Occupational Health; Working Conditions (source: DeCS, BIREME)

Introdução

O contexto em que os trabalhadores de enfermagem desenvolvem suas atividades laborais pode favorecer o adoecimento e, na maioria das vezes, interferir na eficácia da assistência ao paciente. Por isso, os profissionais de enfermagem necessitam de cuidados em saúde, uma vez que estar saudável é pré-requisito para o exercício da profissão. A preocupação deve partir do próprio profissional junto à equipe e gestão do serviço de saúde.

Na Enfermagem, o adoecimento vem de elementos como estresse ocupacional, sobrecargas físicas e emocionais, responsabilidades e tempo insuficiente para o repouso. Esses elementos ainda recebem influência do perfil institucional, da categoria profissional e de características da jornada de trabalho, como o duplo vínculo empregatício (1). Em longo prazo, ocorre evolução do processo saúde-doença para esses profissionais, e o reconhecimento de “estar doente” tem impacto ético, técnico e legal, com repercussões na organização e na qualidade da assistência prestada (2).

O cenário em geral no trabalho de enfermagem apresenta agentes estressores e tensões da vida diária, ocorrem problemas de saúde e doenças que, com frequência, aumentam o estresse. Lidar com o estresse e com as altas demandas de cuidados geram tensão e preocupação que se manifestam inclusive fora do trabalho, principalmente quando coexistem relações de trabalho frágeis e pouco potencializadoras, limitações de recursos humanos e materiais, situações que podem levar ao adoecimento do trabalhador (3).

Outras características do ambiente impulsionam fatores de risco e proteção em relação à saúde do trabalhador, como a exaustão emocional e a motivação para o engajamento. Enfrentar adequadamente uma situação de exaustão requer resiliência, além de capacidade de adaptação a uma situação adversa. Esses desafios permitem que o profissional incorpore novos cuidados com a saúde e consiga lidar com os problemas (4).

As Lesões por Esforço Repetitivo ou os Distúrbios Osteomusculares Relacionados com o Trabalho (LER/DORT) constituem outro achado frequente entre trabalhadores de enfermagem e impli-

cam redução do desempenho físico profissional, despesas previdenciárias e custo organizacional, além de proporcionarem ao trabalhador sofrimento psíquico e insatisfação com o trabalho (3, 5, 6). Logo, os problemas físicos também resultam em sobrecarga psíquica, uma vez que trazem limitações para a vida diária do trabalhador.

Além da dinâmica de fatores trazidos pelo ambiente interno de trabalho, o mercado capitalista vem sofrendo constantes atualizações com mais exigências de competitividade e dinamismo, o que exige dos trabalhadores de enfermagem capacitação e aceleração do crescimento. Tais exigências podem influenciar de forma negativa o desempenho individual, que passa a manifestar novas necessidades em saúde e adoecimento, culminando em absenteísmo ou evasão do serviço.

Nesse contexto da saúde-trabalho-adoecimento, surge um fenômeno chamado “presenteísmo”, caracterizado pela presença física do profissional no ambiente de trabalho em condições biológicas e psíquicas inoperantes para o exercício eficaz de sua atividade (2). A repetição do ato implica malefícios à saúde do trabalhador e gera sobrecarga de trabalho para a equipe.

O adoecimento disfarçado, a impressão de estar trabalhando fisicamente, porém sem eficácia, levam ao desapontamento do profissional em relação a si e à redução da qualidade dos cuidados. Na temática, tais variáveis encontram princípio na carga de trabalho, na falta de preparo do profissional e em estressores ambientais (7, 8).

Por ser um tema novo e pouco percebido na prática profissional, observa-se escassez na literatura científica. Além disso, a difícil abordagem do fenômeno fomenta a necessidade de ampliar sua discussão. Assim, o presente estudo traz como objetivo refletir sobre o presenteísmo no contexto da saúde do trabalhador de enfermagem e na interface com o modelo dos sistemas de Betty Neuman.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter reflexivo, cujo percurso metodológico se dá por meio de um ensaio teórico-reflexivo sobre o presenteísmo na perspectiva da saúde do trabalhador de enfermagem.

As reflexões realizadas à luz do modelo de sistemas de Neuman (9) permitiram a contextualização do

presenteísmo no trabalho de enfermagem a partir das seguintes categorias de análise: *Presenteísmo e relação indivíduo-ambiente: estudo dos fatores estressores* e *Presenteísmo, repercussões e linhas de defesa no contexto do adoecimento do trabalhador de enfermagem*.

O levantamento do estudo para a discussão da temática ocorreu entre julho de 2015 e agosto de 2017, sendo selecionados artigos publicados na literatura científica nacional e internacional nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scopus e Web of Science, sendo alguns artigos alcançados por meio do indexador SciELO.

Os descritores do banco Descritores em Ciências da Saúde (DECs) utilizados para a busca foram: “qualidade de vida”, “enfermagem”, “saúde do trabalhador”, “condições de trabalho” e seus correspondentes no Medical Subject Headings (Mesh), além do descritor “*presenteeism*”, sem similar no DECs. Primeiramente, foi realizada a pesquisa de forma individual, em seguida foi utilizado o conectivo booleano “AND”.

Após a busca por descritores, aplicaram-se critérios de inclusão: estudos que abrangessem a temática, publicados no período de 2009 a 2017, nos idiomas português, inglês e espanhol, que respondessem à questão de pesquisa: como os fatores estressores vividos pelo trabalhador de enfermagem interferem na prática do presenteísmo e na qualidade de vida do mesmo? Já os critérios de exclusão foram: artigos repetidos nas bases de dados selecionadas, que não abrangessem a temática, além das teses, monografias, conferências e projetos.

Dessa forma, após os critérios empregados, foram identificados 20 artigos que predominaram na abordagem quantitativa (13 estudos), na *Revista Brasileira de Enfermagem* (3 estudos), publicados principalmente em português (13 estudos) e no ano de 2013 (4 estudos).

O modelo de sistemas de Neuman (10) traz a interação entre indivíduo e ambiente que visa ao equilíbrio e à harmonia, entretanto gera reflexão sobre a resposta ao estresse e os fatores de reconstituição ou adaptação. Ocorre interação entre indivíduo e ambiente, que se afetam um ao outro de forma positiva ou negativa. Esse processo de troca flui de variáveis contextualizadas: fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentistas, espirituais, estrutura básica e recursos de energia,

linhas de resistência, linha normal de defesa, linha flexível de defesa, estressores, fator interpessoal, reconstituição com o ambiente, saúde e enfermagem incluídas no processo (10).

Resultados e discussão

A partir da busca sistematizada de artigos sobre o tema e a interface com os pressupostos de Neuman sobre a reação do trabalhador de enfermagem ao estresse e os fatores de reconstituição ou adaptação (10), emergiu a necessidade de discussão de duas categorias: *Presenteísmo e relação indivíduo-ambiente: estudo dos fatores estressores* e *Presenteísmo, repercussões e linhas de defesa no contexto do adoecimento do trabalhador de enfermagem*.

Presenteísmo e relação indivíduo-ambiente: estudo dos fatores estressores

O processo de globalização trouxe consigo transformações sociais, econômicas, políticas, científicas, tecnológicas e culturais, especialmente para o mercado de trabalho, em que impera a competitividade e exigências de competências, habilidades, iniciativa e clareza no exercício do trabalho (11). Essa demanda psíquica pode afetar o processo cíclico e retroativo de aprendizagem, crescimento profissional e pessoal, natural do ser humano.

A desmotivação para o trabalho também resulta em exercício falho ou ineficiente da atividade, com espaço para a prática do presenteísmo que pode ser entendido como “absenteísmo” de corpo presente (12). O fenômeno implica a redução oculta da produtividade, pela queda no desempenho do profissional, que se encontra debilitado física e psicologicamente (12).

Nesse sentido, Betty Neuman, estudiosa da enfermagem reconhecida em âmbito internacional, trouxe grandes contribuições para a saúde do trabalhador, uma vez que compreende o indivíduo como sistema aberto a interações com o meio em que vive, em busca da estabilidade física e mental, e utiliza a promoção da saúde como intervenção (10).

O Modelo de Sistemas de Cuidados em Saúde de Neuman propõe a existência de “fatores estressores” oriundos do ambiente de trabalho sob aspectos intrapessoais, interpessoais, extrapessoais (9). Considera a presença de linhas flexíveis de defesa, cuja energia influenciada pelas variáveis intrínsecas e extrínsecas estabelece relação com os estres-

sores, para suportar o equilíbrio e a estabilidade do sistema (10). Logo, novas perspectivas em saúde do trabalhador e redução de riscos ocupacionais devem estar direcionadas à manutenção do equilíbrio biológico e psicossocial do indivíduo.

Os fatores estressores podem ser de forma: sociocultural, psicológica, biológica, desenvolvimentista e/ou espiritual. Logo, é válido refletir sobre as demandas nesse aspecto a fim de compreender a dinâmica do adoecimento do trabalhador de enfermagem, que, além de exercer a atividade, faz parte de uma família, comunidade e sociedade (10). O primeiro passo é entender o trabalhador como ser individual e pessoal, composto por sentimentos, emoções e desejos, derivados de contextos vividos na família e em outros espaços sociais do nascimento ao envelhecimento.

Com frequência, dentro de suas relações interpessoais externas ao ambiente de trabalho, o homem possui vínculos geradores de estresse ou tensão e carregam experiências prévias desgastantes, internalizadas e passíveis de serem retomadas a partir de estímulos futuros. Corroborando a afirmativa, estudo realizado com trabalhadores de saúde de 52 instituições holandesas encontrou forte repercussão dos conflitos familiares para a insegurança no trabalho, bem como destacou a importância do apoio dos colegas trabalhadores como recurso ocupacional positivo (13-15).

Neuman destaca ainda, as respostas emocionais ao estresse gerado a partir dos fatores estressores e das interpessoalidades do trabalhador, observadas, por exemplo, em estudo realizado com enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva em que a relação com a equipe e outros profissionais afetou aspectos emocionais e a rotina de trabalho (16). Essa relação pode contextualizar o presenteísmo, uma vez que o fenômeno gera sobrecarga de trabalho, e insatisfação relacionada pelo desequilíbrio indivíduo-ambiente (2).

Outro aspecto negativo nas relações de trabalho é exemplificado pelo desvio de conduta, falta ética, abuso de poder e assédio moral, e é realidade dentro dos ambientes hospitalares e demais níveis de atenção à saúde. A vivência do assédio moral, por exemplo, envolve a ética individual e coletiva, e repercute na qualidade de vida e em doenças ocupacionais, de ordem física e psíquica, para o trabalhador que vive o sofrimento no seu ambiente de trabalho (17).

Outros estressores dentro do ambiente de trabalho estão representados pelos fatores organizacionais e administrativos, os quais podem gerar tensão emocional, desgaste físico e psíquico, tornando a prática complexa e de difícil exercício (1). A intensificação gera instabilidade psíquica do trabalhador, culminando no adoecimento e na queda da produtividade associada ao presenteísmo. Assim, as variáveis levantadas constituem parte do cotidiano do profissional de enfermagem (8).

Estudo realizado por Umann, Guido e Grazziano (18) com enfermeiros no sul do Brasil constatou que 75 % destes apresentavam produtividade perdida em até 4,84 %, principalmente por demanda física, demonstrando alto índice de presenteísmo (2). Observa-se que o presenteísmo traz malefícios para os trabalhadores de saúde, em especial os profissionais de enfermagem, que rotineiramente estão condicionados a cargas horárias excessivas, contextos de insalubridade, riscos físicos, ergonômicos, biológicos e químicos que se associam a comorbidades (18).

Além disso, a carga de trabalho e o tempo de serviço têm sido apontados como fatores para o adoecimento, a exemplo de estudo realizado com enfermeiros intensivistas portugueses, que referiram o elevado grau de dependência dos pacientes e a lotação das unidades de terapia intensiva como fatores estressores (15).

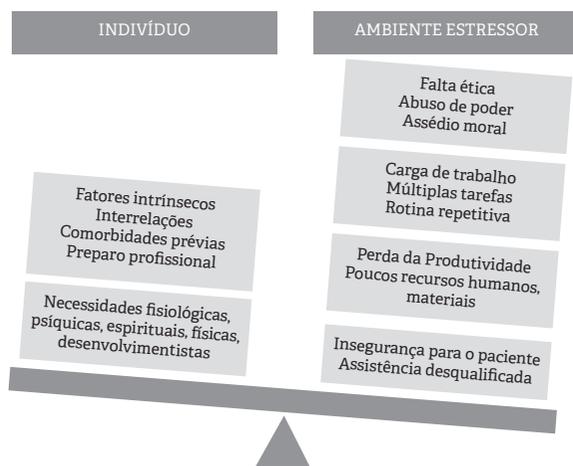
A partir da proposta de Neuman, faz-se necessário intervir junto a esses fatores estressores apresentados (10), combatendo a natureza destes, a fim de promover interação saudável entre o indivíduo e o meio em que vive e trabalha. Isso implicará a prevenção de agravos e doenças, bem como a qualidade de vida para o trabalhador.

Conhecer as limitações do trabalhador permite o levantamento de recursos que o auxilie no enfrentamento das suas dificuldades e dos fatores estressores, considerando que, além da doença ocupacional, coexistem suas necessidades pessoais (2). Logo, a iniciativa para o combate ao estresse e adoecimento ocupacional que geram o presenteísmo deve partir do próprio profissional, fomentada por sua instituição de trabalho.

A Figura 1, elaborada pelas autoras a partir dos conceitos estudados, representa o presenteísmo pelo modelo de Betty Neuman, em que são destacados os fatores estressores ambientais apresentados, que interferem direta e indiretamente na saúde

do trabalhador e, logo, na prática laboral ineficaz. Consideram-se as variáveis individuais como inseridas e influenciadoras desse processo, haja vista para se galgar o equilíbrio holístico do profissional de enfermagem, estão envolvidas as necessidades individuais e interrelacionamentos. As variáveis que foram refletidas neste estudo estão relacionadas a aspectos fisiológicos, psicológicos, socioculturais, desenvolvimentistas e espirituais.

Figura 1. Estímulos estressores intrínsecos e ambientais para a prática do presenteísmo (Teresina-PI, 2017)



Fonte: elaborado pelas autoras, baseada na Teoria Betty Neuman (10).

Presenteísmo, repercussões e linhas de defesa no contexto do adoecimento do trabalhador de enfermagem

A reconstrução após eventos estressantes é outro tópico estudado na teoria de Betty Neuman e é observada na prática profissional de enfermagem em seus diversos espaços. O trabalhador atua reconstituindo o ambiente para desenvolver seu conforto e saúde psíquica; caso contrário, o indivíduo se sentirá desmotivado para desempenhar seu papel, cumprindo-o de forma superficial e desacreditada, o que indiretamente repercute em baixa autoestima e presenteísmo (10, 19).

Isso ocorreu em estudo realizado de Silva, Lima e Marziale (19) com enfermeiros da saúde comunitária que, influenciados por fatores organizacionais do trabalho, sofreram adoecimento emocional como estresse, negligência e insatisfação no trabalho, características do presenteísmo (19).

Nessa perspectiva, estudo realizado com profissio-

nais de enfermagem cuidadores em lares de idosos na Dinamarca e Noruega trouxe reflexões acerca de padrões situacionais de relações morais como motivadores do presenteísmo e adoecimento ocupacional, como também destacou a dificuldade dos trabalhadores em assumirem tarefas extras por repercussão do presenteísmo de seus companheiros de trabalho (20).

Por outro lado, estar em condições de trabalho insalubres, com sobrecarga física e psíquica, produz contexto de adoecimento do indivíduo-pessoa quanto aos aspectos fisiológicos e psicológicos, como traz o modelo de Neuman (10). O acúmulo destes, em longo prazo, traz, além do adoecimento psíquico, a possibilidade de somatização orgânica e fisiológica do estresse ocupacional, e isso predispõe outras patologias. Estudo realizado com enfermeiros alemães evidenciou que padrões não saudáveis de comportamento e experiências relacionadas ao trabalho (excesso e resignação) associavam-se à redução da saúde física e mental (estresse, depressão e ansiedade) desses profissionais (21).

Estudo realizado por Negromonte e Araújo (22) com profissionais da saúde que prestam cuidados a pacientes terminais e pacientes com queimaduras extensas identificou fortes demandas psicológicas, especialmente em profissionais técnicos de enfermagem, relacionadas a sentimentos de frustração pela não recuperação total do paciente. Dentre as estratégias de enfrentamento/reconstituição/adaptação mais utilizadas, estavam o confronto, o desenvolvimento do autocontrole, o afastamento do foco e a reavaliação positiva (22).

Outro estudo realizado por Ramos (14) com profissionais de enfermagem que assistem pacientes críticos demonstrou a preocupação desses profissionais com a saúde e bem-estar profissional, por meio de técnicas de enfrentamento, entendidas como ação intencional, física ou mental, que tiveram início em resposta a uma situação avaliada como estressora e dirigida para circunstâncias externa ou estados internos (14).

A partir do exposto, observa-se que abordagem da saúde do trabalhador de enfermagem é indispensável, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que envolvem pensar na saúde dos profissionais e nas condições em que desempenham suas atividades. Compreende-se que os contextos de trabalho proporcionados interferem na qualidade de vida, na saúde, no bem-estar físico, psicológico, social e espiritual (23).

Em relação à qualidade de vida e ao bem-estar no trabalho, as dimensões pessoais e subjetivas devem ser consideradas na avaliação desses fenômenos, e o trabalhador deve ser visto como um sujeito de vontades e desejos (24). Logo, o contexto em que o trabalhador vive sofre transição, seja no seu ambiente de trabalho, seja no social em geral; isso ressignifica rotineiramente suas necessidades em saúde para a promoção da qualidade de vida no trabalho.

No contexto dessa transição, emerge o presenteísmo, com a possibilidade de desencadeamento de doenças físicas e até de um quadro de esgotamento emocional, caracterizado por sentimentos negativos como pessimismo, atitudes desfavoráveis em relação ao trabalho, mudança de comportamento e não aceitação de novas tecnologias (25). Estudo realizado em hospital italiano constatou a dor lombar como responsável por 58 % dos relatos de presenteísmo, considerando a percepção de enfermeiros e auxiliares de enfermagem (26).

O conceito de saúde proposto por Neuman, centrado no ser humano, traz o bem-estar como objetivo atingido pela integração do indivíduo com variáveis do ambiente, a fim de fortalecer as linhas de defesa (10). Em estudo realizado em um hospital de Teresina (Piauí), mostrou alterações no bem-estar psicológico de enfermeiros intensivistas, relacionado às dificuldades dentro das rotinas do serviço diante da interface atividades-estado emocional recente e da disponibilidade de recursos (16). A possibilidade de erros foi outra relação encontrada em hospitais, apontando os riscos do presenteísmo, em processo cumulativo, como causadores de eventos adversos e acidentes ocupacionais (14).

No combate ao adoecimento do trabalhador de enfermagem, é importante considerar a multidimensionalidade relacionada à perda de produtividade no contexto hospitalar e enfatizar a interação entre pessoa e ambiente e sua interferência na saúde, como destacado por Neuman (10). A autora considera que a percepção do trabalhador sobre seu ambiente, determinada por aspectos culturais, sociais e individuais, pode afetar seu desempenho físico, cognitivo e, assim, exercer influência sobre sua saúde (10).

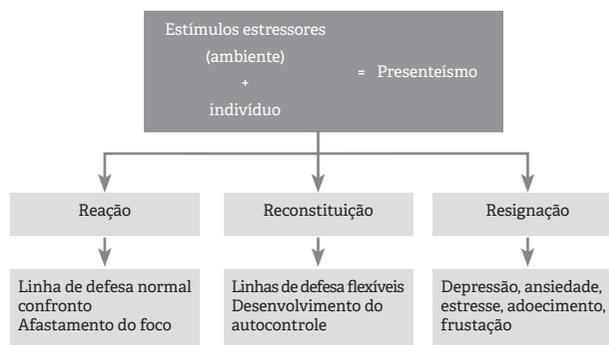
Nesse sentido, investigação sobre os efeitos do tempo no trabalho e no cumprimento eficiente das demandas ocupacionais demonstrou a prevalência do absenteísmo e do presenteísmo. Os trabalhadores que percebiam como bom seu estado de saúde apresentavam maiores níveis de absenteísmo; aqueles que avaliavam como regular, alta

prevalência de presenteísmo (27).

No que tange aos trabalhadores das instituições hospitalares, alguns autores ressaltam que, embora existam iniciativas importantes de investimentos na gestão do trabalho na saúde e na melhoria da qualidade dos processos de trabalho, sinais e sintomas do adoecimento têm sido frequentemente observados e verbalizados pelos profissionais (28). Assim, observa-se que as ações voltadas para a promoção da saúde dos trabalhadores não são tratadas como fundamentais nesse processo.

A Figura 2 expressa as respostas do profissional aos estímulos estressores ambientais e intrínsecos. Dentre elas, destaca-se a reação de elementos da linha de defesa normal, como o confronto à situação estressante e o afastamento intencional do foco de estresse. Conforme encontrado nos estudos, observou-se que o trabalhador de enfermagem que recebia fatores estressores ambientais apresentou respostas positivas de reação, como tentar contornar o fator estressante; entretanto, em momentos seguintes ao estímulo, evoluía com reações de reconstituição e resignação.

Figura 2. Presenteísmo: resposta do indivíduo aos estímulos estressores (Teresina-PI, 2017)



Fonte: elaborado pelas autoras, baseada na Teoria Betty Neuman (10) e na literatura.

Após o impacto inicial com o afastamento ou confronto do foco, a reconstituição foi percebida a partir da linha de defesa flexível, em que o profissional busca o desenvolvimento do autocontrole; essa atitude é mais difícil de ser desenvolvida e favorecida pelo ambiente. Já quando o profissional age com resignação, é comum o adoecimento; essa resposta é a mais comum e a que mais gera percalços, como depressão, ansiedade e sentimentos de frustração relacionados à prática do presenteísmo.

Consideram-se também achados acerca da prevenção em níveis primário, secundário e terciário que contam com a corresponsabilização do serviço, dos gestores e do próprio indivíduo que vive o adoecimento e o presenteísmo, a fim de identificar, o mais precoce possível, o diagnóstico de adoecimento e a raiz dos fatores estressores.

Emerge que a prevenção e o tratamento, em geral motivados pela minimização ou mesmo pela precaução quanto aos estímulos estressores, que ofereçam aos profissionais de enfermagem ambientação para a potencialização de suas habilidades e relacionamentos.

Considerações finais

A prática do presenteísmo apresenta relação direta com os fatores estressores presentes no ambiente de trabalho. Estes geram o adoecimento sob influências ambientais que se relacionam com o indivíduo e culminam no desequilíbrio em muitos aspectos. Ainda que o próprio trabalhador de enfermagem elabore fatores de reconstituição e flexibilize suas linhas de defesa ao estresse ocupacional, na maioria das vezes, esse conflito não é percebido por ele, tampouco por seus gestores e pela equipe de trabalho, o que interfere no bem-estar e na qualidade de vida do trabalhador, bem como gera a desqualificação da assistência.

Entende-se que o presenteísmo ainda figura como ato subjetivo e implícito ao contexto da enfermagem em seus diversos ambientes de trabalho, e que, pela pouca visibilidade que lhe é conferida, torna-se difícil avançar para aspectos como saúde do trabalhador e assistência qualificada. Isso porque, muitas vezes, não estão sendo percebidos, tratados ou prevenidos os problemas-base centrados nos estressores ambientais. Desse modo, espera-se que este estudo contribua para o direcionamento de políticas e práticas reflexivas que atuem na prevenção de eventos estressores e na promoção da qualidade de vida no trabalho da enfermagem.

Recursos materiais podem contribuir para a melhoria do serviço de saúde, porém a prevenção de agravos ao trabalhador de enfermagem, o incentivo ao seu crescimento e a valorização das suas potencialidades e habilidades são o caminho certo para a qualificação da assistência de enfermagem.

Assim, para o combate ao presenteísmo, emerge que as instituições busquem, cada vez mais, propiciarem contextos de jornada de trabalho saudável, que

se preocupem com o bem-estar dos profissionais. Isso produzirá qualidade de vida para si e para as pessoas assistidas.

Referências

- (1) Paschoalin HC, Griep RH, Lisboa MTL. The scientific production on presence in nursing and its impacts on caring. *Rev APS [serial on the Internet]*. 2012 [access: 2017 Aug. 06];15(3):306-11. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/11908>
- (2) Umann J, Guido LA, Grazziano ES. Presenteeism in hospital nurses. *Rev Latino-Am Enfermagem [serial on the Internet]*. 2012 [access: 2017 Aug. 06];20(1):159-66. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_21.pdf
- (3) Susan L, Christopher R, Susan L. The Impact of Nurses' Health on Productivity and Quality of Care. *J Nurs Adm [serial on the Internet]*. 2011 [access: 2017 Aug. 06];41(4):162-7. Available from: http://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/S_Letvak_Impact_2011.pdf
- (4) Baeriswyl S, Krause A, Elfering A, Berset M. How Workload and Coworker Support Relate to Emotional Exhaustion: The Mediating Role of Sickness Presenteeism. *International Journal of Stress Management [serial on the Internet]*. 2016 [access: 2017 Aug. 06];16(1):1-23. Available from: https://www.researchgate.net/publication/299999652_How_Workload_and_Coworker_Support_Relate_to_Emotional_Exhaustion_The_Mediating_Role_of_Sickness_Presenteeism
- (5) Moraes PWT, Bastos AVB. The RSI/WMSD and the psychosocial factors. *Arq bras psicol [serial on the Internet]*. 2013 [access: 2017 Aug. 06];65(1):2-20. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000100002&lng=pt
- (6) Garbin AJI, Soares GB, Arcieri RM, Garbin CAS, Siqueira CE. Musculoskeletal disorders and perception of working conditions: a survey of brazilian dentists in Sao Paulo. *IJOMEH [serial on the Internet]*. 2017 [access: 2017 Aug. 06];30(3):367-77. Available from: https://www.researchgate.net/publication/316190674_Musculoskeletal_Disorders_and_Perception_of_Working_Conditions_A_Survey_of_Brazilian_Dentists_in_Sao_Paulo
- (7) Zúñiga F, Ausserhofer D, Hamers JP, Engberg S, Simon M, Schwendimann R. Are Staffing, Work Environment, Work Stressors, and Rationing of Care Related to Care Workers' Perception of Quality of Care? A Cross-Sectional Study. *JAMDA [serial on the Internet]*. 2015 [access: 2017 Aug. 06];16(10):860-6. Available from: http://ac.els-cdn.com/S1525861015003102/1-s2.0-S1525861015003102-main.pdf?_tid=b8126b08-94df-11e7-8c70-00000a0b0f01&acdnat=1504907604_74f73865299044175fb43194e971a0b3
- (8) Martinez MC, Latorre MR, Fischer FM. Stressors influence work ability in different age groups of nursing professionals: 2-year follow-up. *Ciência & Saúde Coletiva [serial on the Internet]*. 2017 [access: 2017 Aug. 06];22(5):1589-600. Available from: <http://www>

scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501589&lng=pt

(9) Cross J, Neuman B, George JB. Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Tradução Ana Maria Vasconcelos Thorell. Porto Alegre: Artmed; 2000.

(10) Neuman B, Fawcett J. The Neuman Systems Model. 5th ed. Prentice Hall; 2010.

(11) Umann J, Guido LA, Silva RM. Stress, coping and presenteeism in nurses assisting critical and potentially critical patients. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Aug. 06];48(5):891-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-891.pdf

(12) Hyeda A, Zuher H. Avaliação da produtividade na síndrome de burnout. *Rev Bras Med Trab* [periódico na internet]. 2011 [acesso: 10 jul. 2015];9(2):78-84. Disponível em: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=82395&id_seccion=3898&id_ejemplar=8134&id_revista=238

(13) Bronkhorst B. Behaving safely under pressure: The effects of job demands, resources, and safety climate on employee physical and psychosocial safety behavior. *J Safety Research* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Aug. 06];(55):63-72. Available from: https://www.researchgate.net/publication/281861427_Behaving_safely_under_pressure_The_effects_of_job_demands_resources_and_safety_climate_on_employee_physical_and_psychosocial_safety_behavior

(14) Ramos MZ, Bianchessi DLC, Merlo ÁRC, Poersch AL, Veeck C, Heisler SZ, et al. Trabalho, adoecimento e histórias de vida em trabalhadoras da indústria calçadista. *Estudos de Psicologia* [periódico na internet]. 2010 [acesso: 10 jul. 2015];15(2):207-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2010000200010

(15) Rodrigues VMCP, Ferreira ASS. Stressors in nurses working in Intensive Care Units. *Rev Latino-Am Enfermagem* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2015 Jul. 10]; 19(4):1025-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000400023&script=sci_arttext&lng=pt

(16) Fernandes MA, Carvalho Neta HT, Sousa LEN, Marziale MHP, Pedrosa JIS, Veloso JO. Saúde mental dos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino. *Rev enferm UFPE on line* [periódico na internet]. 2015 [acesso: 06 ago. 2017];9(10):1437-44. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10856/12078>

(17) Bobroff MC, Martins JT. Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho. *Rev Bioét (Impr.)* [periódico na internet]. 2013 [acesso: 6 ago. 2017];21(2):251-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a08v21n2.pdf>

(18) Karimi L, Leggat SG, Cheng C. Are organisational factors affecting the emotional withdrawal of community nurses? *Aust Health Rev* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Aug. 06];41(4):359-64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27914486>

(19) Silva EJ, Lima MG, Marziale MHP. The concept of risk and its symbolic effects in accidents with sharp instruments. *Rev Bras Enferm* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2015 Jul. 10];65(5):809-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/14.pdf>

(20) Krane L, Larsen EL, Nielsen CV, Stapelfeldt CM, Johnsen R, Risor MB. Attitudes towards sickness absence and sickness presenteeism in health and care sectors in Norway and Denmark: a qualitative study. *BMC Public Health* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Aug. 06];14(1):880. Available from: <http://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-880>

(21) Schulz M, Damkröger A, Voltmer E, Löwe B, Driessen M, Ward M, et al. Work-related behaviour and experience pattern in nurses: impact on physical and mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2015 Jul. 10];(18):411-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21539686>

(22) Negromonte MRO, Araújo TCCF. Impact of the clinical management of pain: evaluation of stress and coping among health professionals. *Rev Latino-Am Enfermagem* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2015 Jul. 10];19(2):238-44. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_03.pdf

(23) Silva SD, Vandenberghe L. Professional activity and wellbeing in nurses. *Rev Enferm UFSM* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 Aug. 06];3(1):26-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/217976926676>

(24) Paschoalin HC, Griep RH, Lisboa MTL, Mello DCB. Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do Stanford Presenteeism Scale para avaliação do presenteeismo. *Rev Latino-Am Enfermagem* [periódico na internet]. 2013 [acesso: 06 ago. 2017];21(1):8 telas. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/rlae/article/view/52966/57003>

(25) Baptista PCP, Pustiglione M, Almeida MCS, Felli VEA, Garzin ACA, Melleiro MM. Nursing workers health and patient safety: the look of nurse managers. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Aug. 06];49(Esp2):122-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/1980-220X-reeusp-49-spe2-0122.pdf>

(26) D'Errico A, Viotti S, Baratti A, Mottura B, Barocelli AP, Tagna M, et al. Low Back Pain and Associated Presenteeism among Hospital Nursing Staff. *J Occup Health* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2015 Jul. 10];55:276-83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23796597>

(27) Bockerman P, Erkki L. Predictors of sickness absence and presenteeism: does the pattern by a respondent's health? *Munich Personal JOEM* [serial on the Internet]. 2010 [access: 2015 Jul. 10];52(3):332-5. Available from: http://www.petribockerman.fi/bockerman%26laukkanen_pre_2010.pdf

(28) Vieira ML, Oliveira EB, Souza NV, Lisboa MT, Xavier T, Rossone FO. Job insecurity at a teaching hospital and presenteeism among nurses. *Rev enferm UERJ* [serial on the Internet]. 2016 [acesso: 2017 Aug. 06];24(4):e23580. Available from: <http://dx.doi.org/10.12957/reeurj.2016.23580>

Estratégias lúdicas utilizadas em enfermagem- Uma revisão integrativa

Estrategias lúdicas
utilizadas en
enfermería - Una
revisión integradora

Games-playing
strategies used
in nursing - An
integrative review

• Carla Sílvia Neves da Nova Fernandes¹ • Margareth Ângelo² •

•1• Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora auxiliar na Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. E-mail: carlasilviaf@gmail.com

•2• Doutora em Ciências. Professora titular no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: angelm@usp.br

Recibido: 29/03/2017 Aceptado: 22/03/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n1.63553



Resumo

Objetivo: identificar e analisar o conhecimento produzido na literatura científica sobre a utilização de jogos na formação em enfermagem.

Síntese do conteúdo: trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada no motor de busca Scopus®, por meio de descritores específicos redigidos em português e inglês, e publicados entre 2010 e 2016. Dos 58 artigos encontrados, foram integrados 10, o que permitiu identificar divergências e convergências, possibilitando o agrupamento por quatro áreas temáticas: *tipologia de jogo, áreas temáticas do jogo, âmbito de aplicação dos jogos e metodologias de avaliação da estratégia*.

Conclusões: os resultados evidenciam a maior utilização dessa estratégia na formação para enfermeiros, ao nível da graduação. São encontradas algumas lacunas no âmbito dos mecanismos de avaliação dessas estratégias. Sugere-se a continuidade de estudos sobre o impacto dos jogos no cuidado.

Descritores: Jogos e Brinquedos; Educação em Enfermagem; Enfermagem (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: identificar y analizar el conocimiento producido en la literatura científica sobre la utilización de juegos en la formación en enfermería.

Síntesis de contenido: se trata de una revisión de la literatura realizada en el motor de búsqueda Scopus®, usando descriptores específicos en portugués e inglés, y publicados entre el 2010 y el 2016. De los 58 artículos, se seleccionaron 10, lo que ha permitido identificar diferencias y convergencias, posibilitando la agrupación por cuatro áreas temáticas: *tipología de juego, áreas temáticas del juego, ámbito de aplicación de los juegos y metodologías de evaluación de la estrategia*.

Conclusiones: los resultados evidencian la mayor utilización de esta estrategia en la formación para enfermeros, a nivel de pregrado. Se encuentran algunos vacíos en el marco de los mecanismos de evaluación de estas estrategias. Se sugiere la continuidad de estudios sobre el impacto de los juegos en el cuidado.

Descritores: Juego e Implementos de Juego; Educación en Enfermería; Enfermería (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to select and analyse the knowledge of the use of games in training nurses found in the scientific literature.

Synthesis of content: this is an integrative review of the studies of the subject published between 2010 and 2016, found through the SCOPUS® search engine with the use of specific descriptors in Portuguese and English. Of the 58 articles which were found, 10 were selected, which allowed for the determination of common themes and differences; they were then grouped into four broad areas, specifically: *games typology, the thematic focus of the game, the scope of game and the methodologies for evaluating the strategy*.

Conclusions: the results show that this strategy for training nurses is mostly used at the undergraduate level. There are some shortcomings in the scope of the mechanisms used for the evaluation of these strategies. It is suggested that studies of the impact of games-playing on health care should be extended.

Descriptors: Play and playthings; Education, Nursing; Nursing (source: DeCS, BIREME).

Introdução

Apesar da grande evolução das últimas décadas, nomeadamente no que se refere à disparidade de estratégias disponíveis para lecionar, o ensino ainda vive alicerçado em metodologias tradicionais, nas quais o estudante é o elemento passivo da aprendizagem. Esta realidade ainda é amplamente utilizada na formação dos profissionais de saúde, em que se recorre a metodologias de ensino-aprendizagem conservadoras, centradas na exposição do professor e na memorização de informações pelos estudantes (1, 2). Algumas variáveis dificultam a incorporação de novas estratégias no ensino de enfermagem, designadamente a tradição, a cultura e a resistência à própria mudança (3). A própria cultura tradicionalista do ensino de enfermagem constitui um dos maiores obstáculos e resistência à mudança, pelo que urge questionar se os métodos tradicionais são a única forma de ensinar (4).

Alguns autores salientam que os educadores de enfermagem sentem a necessidade de tentar, ao longo das poucas horas de contacto que possuem, explanar todo o conteúdo, pensando que, se não o fizerem, o estudante não vai aprender (3, 5). À luz do desenvolvimento atual, é necessário integrar um novo paradigma de ensino que enfatize o processo de ensino-aprendizagem, e não apenas o conteúdo, promovendo a autoaprendizagem (6). O foco deverá ser promover no estudante o desenvolvimento de competências, alicerçadas num processo de construção de saberes refletido com a implicação do próprio sujeito. Porém, as estratégias tradicionais, em geral, conduzem a uma dissociação entre o conhecimento teórico fornecido de modo passivo e o contexto em que se inserem (1, 2). É imperativo rever as metodologias utilizadas na formação dos enfermeiros a fim de agregar a teoria e a prática, assim como, o contexto de cuidados e o ensino (1). O recurso à inovação e à criatividade, por meio dos jogos, pode constituir uma estratégia para ir ao encontro destes objetivos (3, 7-37). Os jogos têm vindo a ser utilizados em diversos formatos (14, 15, 18) e em diversas áreas, nomeadamente adaptados à simulação no ensino de enfermagem (16, 17).

Novos métodos podem e devem ser utilizados para melhorar a aprendizagem e o ensino dos enfermeiros, designadamente os jogos. As estratégias lúdicas proporcionam uma base a partir da qual

se pode projetar novas atividades em sala, que abordem de outra forma os conteúdos previamente ensinados ou até mesmo como estratégia de avaliação (5). O jogo contempla todos os critérios para garantir uma aprendizagem eficaz (38). Eles são experimentais, são uma forma de motivar; com eles, esperam-se aprendizagens dos participantes que durem além do jogo em si (39). Conforme nos referem alguns autores: *Why can't learning be fun?* (3, 40).

Cientes da necessidade de reflexão sobre o tema, recorreu-se a uma revisão integrativa da literatura para identificar e analisar a utilização desta estratégia na formação dos enfermeiros por meio do que é referido na produção científica internacional ao longo dos últimos anos.

Metodologia

Com a finalidade de agrupar o conhecimento existente sobre a utilização de jogos na formação em enfermagem, recorreu-se a uma revisão integrativa. A revisão integrativa é um dos métodos mais amplos, pois permite a inclusão de diversos tipos de estudos, fornece o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas que fundamentam a tomada de decisão, proporcionando um saber crítico. A síntese dos resultados de pesquisas relevantes agiliza a transferência de conhecimento novo para a prática (41).

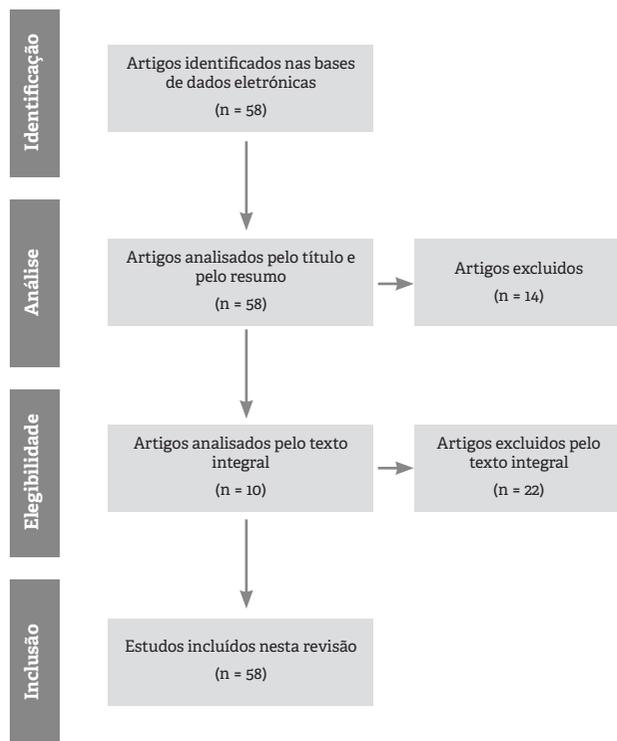
Na primeira etapa, formulou-se, como questão norteadora da pesquisa: qual o conhecimento produzido na literatura científica sobre a utilização de jogos na formação em enfermagem? Para responder à questão, realizou-se uma busca bibliográfica em índices on-line, designadamente a Scopus, por meio dos descritores e booleanos que se seguem: (Game OR Board game OR Gamification OR Playful Strategies OR Gaming) AND (Nurse OR Nursing OR Nursing interventions OR Nursing Education).

Após a identificação do tema e a seleção da questão de pesquisa, foi definido o fluxograma de identificação e inclusão dos estudos segundo o modelo Prisma (Figura 1), com base nos critérios de inclusão e exclusão de estudos.

Definiram-se, como critérios de inclusão, artigos científicos primários que detalham a utilização de jogos na formação em enfermagem, publicados entre os anos de 2010 a 2016, com texto completo

disponível, utilizando como idioma inglês e português. Os critérios de exclusão foram os artigos de revisão, assim como os que não respondiam à questão de pesquisa.

Figura 1. Processo de identificação e inclusão dos estudos — Prisma Diagram flow (Porto, Portugal, 2017)



Fonte: dados da investigação

Dos 58 artigos identificados, após as diferentes etapas, a amostra final foi constituída por 10 artigos que atenderam aos critérios de inclusão (2, 42-50).

Os estudos selecionados foram classificados de acordo com os sete níveis hierárquicos de evidência adequado à produção de conhecimentos científicos na enfermagem (51). O estudo respeitou os princípios éticos, uma vez que foram respeitados os direitos autorais das pesquisas recolhidas.

Apesar de não haver um padrão específico para a análise dos dados, os elementos essenciais devem observar padrões e temas, fazer comparações e contrastes, discernir padrões comuns e incomuns, identificar fatores intervenientes e construir evidência segundo um processo lógico (51). A análise dos dados foi realizada por meio de leitura crítica e qualitativa que permitiu identificar divergências e convergências, possibilitando a construção de

quatro categorias: *tipologia de jogo, áreas temáticas do jogo, âmbito de aplicação dos jogos e metodologias de avaliação da estratégia*. Para facilitar a análise e a discussão, os artigos foram codificados.

Resultados

No Quadro 1, apresenta-se resumida a amostra de estudos que compõem a revisão, com a seguinte informação: código, referência, local de realização do estudo, paradigma metodológico, população, amostra, objetivo e nível de evidência do estudo.

O estudo indicia uma maior concentração das produções no ano de 2015, sendo escassa nos anos anteriores. Em relação ao idioma, apenas 2 dos estudos estão disponíveis em português.

Quanto ao tipo de periódico, 6 dos artigos são publicados em revistas específicas no âmbito da enfermagem. Com relação ao país de publicação, 2 dos 10 estudos apresentados são oriundos do Brasil, o restante encontra-se condensado na Europa (Figura 2).

A abordagem quantitativa foi utilizada em 7 dos estudos, qualitativa em 2, e 1 com uma abordagem triangulada. A amostra variou entre 8 e 201 participantes. Em 9 artigos os participantes eram estudantes da graduação de enfermagem.

A análise de dados em uma revisão integrativa deve utilizar rigor metodológico, nomeadamente, a análise dos estudos selecionados, a identificação e a categorização das principais ideias, de modo a que os resultados possam representar efetivas contribuições para a prática do cuidado baseado em evidências e para a construção e consolidação da teoria (52). Da análise dos estudos apresentados, emergiram quatro áreas: *tipologia de jogo, áreas temáticas do jogo, âmbito de aplicação dos jogos e metodologias de avaliação da estratégia* (Figura 3).

Tipologia de jogo

No que se refere à tipologia de jogo utilizada, nos artigos em análise, são descritas essencialmente a simulação e a imaginação (2, 46-48, 50), assim como a utilização de jogos virtuais (43, 45, 49, 50). No âmbito da simulação, alguns combinam as estratégias de simulação com as de componente virtual (46, 48, 50), outros têm associado outro tipo de estratégia, nomeadamente o *role-play* (2, 47) e *workshops* (42). Um outro estudo incorpora a utilização de um jogo de tabuleiro (44).

Quadro 1. Caracterização dos artigos que compõem a amostra (Porto, Portugal, 2017)

Código	Referência	Ano	Local de realização do estudo	Paradigma metodológico	População/ amostra	Objetivo	Nível de evidência
E1	Mclafferty E, Dingwall L, Halkett A. Using gaming workshops to prepare nursing students for caring for older people in clinical practice. <i>Int J Older People Nurs.</i> 2010;5(1):51-60. ⁴²	2010	Escócia	Triangulado	Alunos do 2º ano de enfermagem n = 116	Explorar a influência dos jogos de oficinas sobre a aprendizagem dos alunos de graduação de enfermagem em relação à pessoa idosa.	III
E2	Chia P. Using a virtual game to enhance simulation based learning in nursing education. <i>Nurs J Singapore.</i> 2013; 40(3):21-6. ⁴³	2013	Singapura	Quantitativo	Alunos do 2º ano de enfermagem n = 161	Analisar a percepção e a experiência de utilização de um jogo virtual em estudantes de enfermagem para aumentar e potenciar a aprendizagem com a simulação.	III
E3	Fernandes C, Martins M, Takase L. Another way to teach family: family nursing game. <i>Acta sci, Health sci.</i> 2014;36(2):195-200. ⁴⁴	2014	Portugal	Quantitativo	Enfermeiros N=100	Descrever e avaliar a aplicação de uma estratégia inovadora para ensinar família em contexto hospitalar, através de um jogo.	III
E4	Foss B, Mordt Ba P, Oftedal BF, Løkken A. Medication calculation: The potential role of digital game-based learning in nurse education. <i>Comput inform nurs</i> 2013;31(12):589-93. ⁴⁵	2014	Noruega	Quantitativo	Estudantes do bacharelato em enfermagem n = 201	Avaliar o impacto da utilização do jogo digital sobre cálculo de medicação em estudantes de Enfermagem	II
E5	Koivisto J, Niemi H, Multisilta J, Eriksson E. Nursing students' experiential learning processes using an online 3D simulation game. <i>Educ. Inf. Technol.</i> 2015;1-16. ⁴⁶	2015	Finlândia	Qualitativo	Estudantes do 3º ano do curso de enfermagem n = 8	Investigar as perspetivas dos estudantes de enfermagem sobre a forma como eles aprendem ao jogar um jogo de simulação 3D para a aprendizagem em educação em saúde.	V
E6	Chen AMH, Kiersma ME, Yehle KS, Plake KS. Impact of the Geriatric Medication Game® on nursing students' empathy and attitudes toward older adults. <i>Nurse Educ Today.</i> 2015;35(1):38-43. ⁴⁷	2015	EUA	Quantitativo	Estudantes do 2º ano do curso de enfermagem n = 58	Avaliar o impacto da participação dos estudantes num jogo de simulação sobre envelhecimento, nomeadamente empatia e atitudes para idosos, experiências dos idosos no sistema de saúde.	III
E7	Soares A, Gazzinelli M, de Souza V, Araújo L. <i>Role playing game</i> (RPG) como estratégia pedagógica na formação do enfermeiro: relato da experiência de criação do jogo. <i>Texto & Contexto Enferm.</i> 2015;24(2):600-8. ²	2015	Brasil	Qualitativo	Estudantes do curso de graduação em enfermagem n = 11	Relatar a experiência de criação de um jogo, no formato de <i>Role Playing Game</i> (RPG), utilizado como estratégia pedagógica na formação do enfermeiro.	V
E8	Boada I, Rodriguez-Benitez A, Garcia-Gonzalez JM, Olivet J, Carreras V, Sbert M. Using a serious game to complement CPR instruction in a nurse faculty. <i>Comput Methods Programs Biomed.</i> 2015;122(2):282-91. ⁴⁸	2015	Espanha	Quantitativo	Estudantes de Enfermagem n = 109	Avaliar a eficácia do jogo digital sobre reanimação cardiopulmonar.	II
E9	Aljezawi M, Albashtawy M. Quiz game teaching format versus didactic lectures. <i>Br J Nurs.</i> 2015;24(2):86-92. ⁴⁹	2015	Jordânia	Quantitativo	Estudantes do 4º ano do curso de enfermagem n = 66	Comparar o impacto do Jeopardy® e a palestra no desempenho, satisfação e retenção de conhecimentos em estudantes de enfermagem sobre modelos de organização de atendimento de pacientes.	II
E10	Koivisto J, Multisilta J, Niemi H, Katajisto J, Eriksson E. Learning by playing: A cross-sectional descriptive study of nursing students' experiences of learning clinical reasoning. <i>Nurse Educ Today.</i> 2016; 45: 22-8. ⁵⁰	2016	Finlândia	Quantitativo	Estudantes do curso de enfermagem cirúrgica n = 166	Investigar experiências de aprendizagem no processo de raciocínio clínico dos alunos do curso de enfermagem cirúrgica, jogando um jogo 3D de simulação.	III

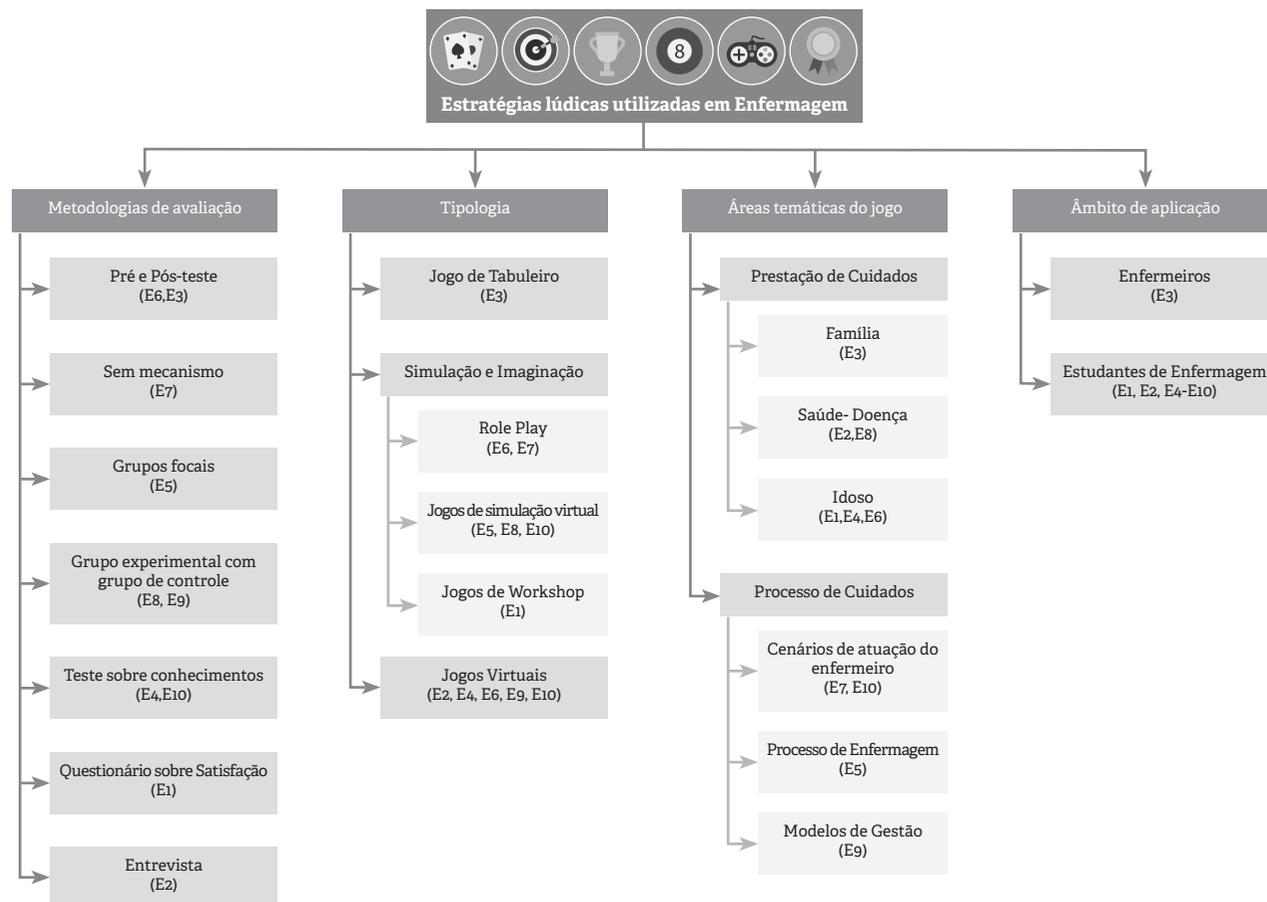
Fonte: dados da investigação

Figura 1. Distribuição dos estudos por país de publicação (Porto, Portugal, 2017)



Fonte: dados da investigação

Figura 2. Áreas temáticas da revisão integrativa (Porto, Portugal, 2017)



Fonte: dados da investigação

Áreas temáticas do jogo

Os resultados da pesquisa indicam áreas temáticas muito diversas no âmbito da prestação e processo de cuidados. No estudo de Koivisto et al. (46), o jogo consiste em cenários de pacientes, em que são criados eventos em torno de um problema clínico específico. Ao longo do qual, o estudante deve avaliar as necessidades do paciente e tomar decisões sobre intervenções. No final do jogo, os alunos recebem *feedback* sobre o seu desempenho.

No estudo de Chen et al. (47), os alunos desempenham o papel de idoso durante um jogo de simulação de envelhecimento em laboratório, o Medication Geriatric Game® (GMG), nomeadamente com experiências dos idosos no sistema de saúde.

Soares et al. (2) criam um *role-play* que permite ao estudante o contacto simulado com situações problemáticas dos principais cenários de atuação profissional, nomeadamente a atenção primária, o setor hospitalar, a gestão e a educação.

No jogo sobre reanimação cardiorrespiratória de Boada et al. (48), o enredo do jogo gira em torno de uma situação de emergência representada em um ambiente virtual em 3D com a vítima, o ajudante e todas as ferramentas auxiliares que podem exigir uma situação de emergência. O artigo de Fernandes et al. (44) descreve a aplicação de um jogo de tabuleiro a enfermeiros para ensinar família em contexto hospitalar. Foss et al. (45) desenvolveram um jogo de computador sobre medicação que permite realizar cálculos de medicação e praticar unidades de medida padrão. No estudo de Mclafferty (42), são criados jogos de *workshop* sobre cuidados a pessoas idosas.

No jogo virtual desenvolvido por Chia (43), o aluno interage com o paciente para identificar as necessidades e prestar cuidados adequados, tais como a administração de oxigenioterapia e medicamentos. No estudo de Aljezawi e Albastawy (49), foi utilizado o formato de jogo Jeopardy sobre modelos de organização de atendimento ao paciente. Por último, o estudo de Koivisto et al. (50) desenvolve um jogo de simulação sobre diversos cenários de pacientes, que são eventos destinados ao redor de uma situação clínica específica, na qual o aluno é orientado para a recolha de informações, a identificação de problemas, a tomada de decisão e a avaliação.

Âmbito de aplicação dos jogos

No que se refere ao âmbito de aplicação, dos achados deste estudo realça-se a sua maior utilização ao ensino de enfermagem no âmbito da graduação (2, 42, 45-50). O estudo desenvolvido por Koivisto et al. (50), embora direcionado para o ensino, foi aplicado em um curso de outono de enfermagem cirúrgica. Por último, o artigo de Fernandes et al. (44) era direcionado para a assistência, e os participantes eram profissionais de enfermagem de diversos contextos clínicos hospitalares.

Metodologias de avaliação da estratégia

Nos estudos analisados, existe uma variabilidade de metodologias de avaliação das estratégias utilizadas, nomeadamente grupos focais após a intervenção (46), a utilização de pré e pós-teste (44, 47), estudo experimental com grupo de controlo (48, 49), teste sobre conhecimentos (45, 50), avaliação da percepção e satisfação sobre a estratégia por meio de questionário (42) ou entrevista (43), ou sem mecanismo de avaliação (2).

Discussão

As estratégias lúdicas podem adquirir diversos formatos conforme é visível neste estudo, desde os jogos virtuais até aos jogos de tabuleiro. Segundo Jaffe (39), existem três categorias principais do gênero: jogos, simulação e simulação com jogo. DeYoung (53) denomina-os de *estratégias de ensino ativas*, as quais agrupam a aprendizagem cooperativa, a simulação, os jogos, o *role-play*, os estudos de caso e a aprendizagem baseada em problemas.

O jogo e a simulação são muitas vezes considerados como a mesma estratégia, mas embora eles estejam intimamente relacionados, eles não são o mesmo (3, 40). Os exercícios de simulação, que podem não ser jogos, são categorizados pelo seu grau de fidelidade (53). Os simuladores são comumente descritos como de baixa, média ou alta fidelidade, seguem um continuum que começa com experiências de simulação de baixa, como o uso de *role-play*, podendo incorporar um manequim estático que não responde à intervenção. Ou subir no grau de realismo apresentado e pode envolver formadores de tarefas ou simuladores de moderada fidelidade, que fornecem algum *feedback* ao participante. Ou, por último, simu-

lações de alta fidelidade, que preveem experiências clínicas simuladas mais intensas, utilizando uma tecnologia de computador realista e sofisticada (54). Os jogos têm vencedores, envolvem regras, colaboração dos membros e competição entre as equipes (3, 40), podendo adquirir diversos formatos, alguns bem populares, tais como bingo, Jeopardy®, Trivial Pursuit®, Monopólio® ou, ainda, “Quem quer ser um milionário?” (3, 39).

Conforme ilustrado nestes resultados, atualmente é possível constatar a potencialidade dos jogos, como instrumento pedagógico, na aprendizagem das mais variadas áreas do conhecimento (55), qualquer conteúdo na enfermagem pode ser colocado em formato de jogo (5), até os assuntos considerados mais complexos e fastidiosos (3).

Neste estudo, o âmbito de aplicação das estratégias lúdicas surge essencialmente dirigida ao ensino do curso de enfermagem. Atualmente, para fins educacionais ou não, os jogos são uma forma de motivar, reforçar as competências e promover a colaboração por meio do seu formato experimental (39). Ele enquadra-se no ensino de enfermagem como uma estratégia voltada para a promoção da aprendizagem ativa (26), na qual o aluno se torna o centro do processo (34). Os achados deste estudo vão ao encontro dos resultados obtidos por Sobral e Campos (1) em uma revisão integrativa sobre a utilização de metodologia ativa pelos enfermeiros, em que refere que os trabalhos publicados estão, predominantemente, vinculados aos cursos de graduação, dado que, dos 28 estudos analisados, 23 eram no âmbito do ensino.

É esperada alguma transformação em qualquer estratégia de ensino; a utilização dos jogos também a pressupõem. Apesar da percepção imediata dos utilizadores dos jogos ser positiva (56), é necessário saber onde se consegue ultrapassar a barreira do entretenimento. Quando se cria ou utiliza um jogo, deve ser considerada a avaliação de determinados aspetos, nomeadamente no que se refere à sua validade, fiabilidade e utilidade (3, 40). A estratégia lúdica deve ser testada e revista, se necessário (39).

Conforme referem alguns autores, na utilização de jogos em práticas formativas, são descritos poucos dados sobre o impacto, a médio ou longo prazo, no desempenho de profissionais de saúde, aspeto esse recomendado pelos autores em futuros estudos (1, 9, 55-60). Blakely et al. (55), na análise

realizada, sugerem que a eficácia do jogo educativo, como ferramenta de ensino, varia dependendo de onde a avaliação é realizada, assim como que métodos foram utilizados para avaliar a eficácia dos jogos. Neste percurso, são descritas diversas metodologias de avaliação dos jogos, salientando-se ainda a ausência de informação sobre os timings da aplicação desses mecanismos de avaliação.

Reconhece-se, assim como outros autores (1, 55, 58), que o conhecimento produzido pelas pesquisas analisadas apresenta lacunas sobre a temática, principalmente relacionada ao impacto dessas estratégias. Devem ser utilizados métodos baseados em evidências para a sua avaliação (58). São necessárias investigações sobre os processos de aprendizagem e os resultados de aprendizagem dos alunos e como essa aprendizagem terá impacto sobre os cuidados prestados (14). Embora a aquisição imediata de conhecimento seja relevante e seja passível de ser demonstrada, é a retenção das informações a longo prazo que é de maior relevância (55).

Conclusão

Em uma era em que tudo se encontra disponível à distância de um clique, em que a estimulação é constante, onde a tecnologia impera a um ritmo acelerado, aprender necessita de um novo formato. Os jogos colocam o sujeito da aprendizagem no centro do processo, como participante ativo. Sobre a tipologia de jogos utilizados, estes apresentam formatos diversos, desde simuladores aos jogos de tabuleiro, assim como com enfoque em áreas distintas do conhecimento em enfermagem.

Os achados deste estudo revelam que o âmbito de aplicação dos jogos é mais frequente no ensino inicial da formação do enfermeiro. Sobre as metodologias de avaliação, a pesquisa limitada disponível indica a necessidade de os jogos serem devidamente avaliados.

Este estudo apresenta como limitação o não alargamento a outras bases de dados, assim como à literatura cinzenta. Recomenda-se a continuidade da aplicação dessas estratégias, nomeadamente por meio do estudo do seu impacto nos cuidados, ligando o uso de jogos com os resultados no cuidado.

Referências

- (1) Sobral FR, Campos CJ. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP [periódico na internet]*. 2012 [acesso: 27 mai 2016];46(1):208-18. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100028>
- (2) Soares A, Gazzinelli M, de Souza V, Araújo L. The Role Playing Game (RPG) as a pedagogical strategy in the training of the nurse: an experience report on the creation of a game. *Texto & Contexto Enferm [serial on the Internet]*. 2015 [access: 2016 May 28];24(2):600-8. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001072014>
- (3) Fernandes CS. A família como foco dos cuidados de enfermagem — aprendendo com o Family Nursing Game. Loures: Lusodidacta; 2015.
- (4) Ferszt G, Dugas J, McGrane C, Calderelli K. Creative Strategies for Teaching Millennial Nursing Students. *Nurse Educ [serial on the Internet]*. 2017 [access: 2018 Mar. 21];42(6):275-6. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/NNE.0000000000000384>
- (5) Herrman J. *Creative Teaching Strategies for the Nurse Educator*. Philadelphia (EUA): F.A. Davis; 2008.
- (6) Shell R. A delphi study of innovative teaching in baccalaureate Nursing Education. *J nurs educ*. 2006;439-8.
- (7) Adrea C, Texier V. Le jeu, une technique d'animation pédagogique en formation infirmière. *Soins Cadres [série sur Internet]*. 2013 [accès: 2017 Mar 21];22(88):55-8. Disponible à partir de: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.scad.2013.09.009>
- (8) Barr M. Student attitudes to games-based skills development: Learning from video games in higher education. *Comput Human Behav [serial on the Internet]*. 2018 [access: 2018 Mar. 22];(80):80283-94. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2017.11.030>
- (9) Baid H, Lambert N. Enjoyable learning: The role of humour, games, and fun activities in nursing and midwifery education. *Nurse Educ Today [serial on the Internet]*. 2010 [access: 2016 Apr 24];30(6):548-52. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2009.11.007>
- (10) Boctor L. Active-learning strategies: The use of a game to reinforce learning in nursing education. A case study. *Nurse Educ Pract [serial on the Internet]*. 2013 [access: 2016 Apr 24];13(2):96-100. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2012.07.010>
- (11) Bowers S. Making a game of urgent care: Simulation for nursing students. *Emerg Nurse [serial on the Internet]*. 2011 [access: 2016 Apr 24];19(7):26-27. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.7748/en2011.11.19.7.26.c8813>
- (12) Clark A, Thompson D. Succeeding in research: Insights from management and game theory. *J Adv Nurs [serial on the Internet]*. 2013 [access: 2016 May 28];69(6):1221-3. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12061>
- (13) Cook NF, McAloon T, O'Neill P, Beggs R. Impact of a web based interactive simulation game (Pulse) on nursing students' experience and performance in life support training — A pilot study. *Nurse Educ Today [serial on the Internet]*. 2012 [access: 2016 May 28];32(6):714-20. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2011.09.013>
- (14) Ferguson C, Davidson PM, Scott PJ, Jackson D, Hickman LD. Augmented reality, virtual reality and gaming: An integral part of nursing. *Contemp Nurse [serial on the Internet]*. 2015 [access: 2016 May 28];51(1):1-4. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10376178.2015.1130360>
- (15) Zeng N, Pope J, Lee G. A systematic review of active video games on rehabilitative outcomes among older patients. *J Sport Health Sci [serial on the Internet]*. 2017 [access: 2018 Mar 22];1(6):33-43. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2017.04.006>
- (16) Johnston B, Boyle L, MacArthur E, Manion BF. The role of technology and digital gaming in nurse education. *Nurs Stand [serial on the Internet]*. 2013 [access: 2016 May 28];27(28):35-8. Available from: DOI: <https://doi.org/10.7748/ns2013.03.27.28.35.s9612>
- (17) Kopp W, Hanson MA. High-Fidelity and Gaming Simulations Enhance Nursing Education in End-of-Life Care. *Clin Simul Nurs [serial on the Internet]*. 2012 [access: 2016 May 28];8(3):e97-e102. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2010.07.005>
- (18) Marques R, Gregório J, Mira da Silva M, Lapão L. Using gamification for improving nurses' productivity in a hospital ward. *CEUR Workshop Proceedings*; 2015.
- (19) Sardone N, Devlin-Scherer R. Let the (Board) Games Begin: Creative Ways to Enhance Teaching and Learning. *Clearing House [serial on the Internet]*. 2016 [access: 2018 Mar 22];89(6):215-22. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00098655.2016.1214473>
- (20) Stanley D, Latimer K. "The Ward": A simulation game for nursing students. *Nurse Educ Pract [serial on the Internet]*. 2011 [access: 2016 May 28];11(1):20-5. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2010.05.010>
- (21) Stuckless P, Hogan M, Kapralos B. Virtual simulations and serious games in community health nursing education: A review of the literature. *Intelligent Systems Reference Library [serial on the Internet]*. 2014 [access: 2016 May 28];68:145-58. Available from: DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-642-54816-1_8
- (22) Laufer Y, Dar G, Kodesh E. Does a Wii-based exercise program enhance balance control of independently functioning older adults? A systematic review. *Clin Interv Aging [serial on the Internet]*. 2014 [access: 2018 Mar 22];9:1803-13. Available from: DOI: <http://doi.org/10.2147/CIA.S69673>
- (23) Zielke M, Houston S, Mancini ME, Hardee G, Cole L, Zakhidov D, et al. A serious-game framework to improve physician/nurse communication. *Lecture*

Notes in Computer Science [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 May 28];9179:337-48. Available from: DOI: http://doi.org/10.1007/978-3-319-21067-4_35

(24) Momen K, Fernie GR. Nursing activity recognition using an inexpensive game controller: An application to infection control. *Technol Health Care* [serial on the Internet]. 2010 [access: 2016 May 28];18(6):393-408. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1010.3233/THC-2010-0600>

(25) Hailey T, Westera W, Connolly T, Boyle L, Baxter G, Soflano M, et al. Students' attitudes toward playing games and using games in education: Comparing Scotland and the Netherlands. *Comput Educ* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2018 Mar 22];69:474-84. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.compedu.2013.07.023>

(26) Pater P, Shattell M, Kagan P. Video games as nursing interventions. *Issues Ment Health Nurs* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 May 28];36(2):156-60. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1010.3109/01612840.2014.978961>

(27) Peddle M. Simulation gaming in nurse education: entertainment or learning? *Nurse Educ Today* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2016 May 28];31(7):647-49. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.12.009>

(28) Petit dit Dariel OJ, Raby T, Ravaut F, Rothan-Tondeur M. Developing the Serious Games potential in nursing education. *Nurse Educ Today* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 May 28];33(12):1569-75. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.12.014>

(29) Popil I, Dillard-Thompson D. A game-based strategy for the staff development of home health care nurses. *J Contin Educ Nurs* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 May 28];46(5):205-7. Available from: DOI: <http://doi.org/10.3928/00220124-20150420-14>

(30) Staiano A, Flynn R. Therapeutic Uses of Active Videogames: A Systematic Review. *Games Health J* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2018 Mar 22];3(6):351-65. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1089/g4h.2013.0100>

(31) Lau H, Smit J, Fleming M, Riper H. Serious Games for Mental Health: Are They Accessible, Feasible, and Effective? A Systematic Review and Meta-analysis. *Front Psychiatry* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2018 Mar 22];7:209. Available from: DOI: <http://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00209>

(32) Foss B, Løkken A, Leland A, Stordalen J, Mordt P, Oftedal BF. Digital game-based learning: A supplement for medication calculation drills in nurse education. *E-Learning and Digital Media* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 May 28];11(4):342-349. Available from: <https://www.learnlib.org/p/153352/>

(33) Souza V, Gazzinelli F, Soares N, Fernandes M, Oliveira R, Fonseca R. The game as strategy for approach to sexuality with adolescents: theoretical-methodological reflections. *Rev Bras Enferm* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2018 Mar 22];70(2):376-83. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0043>

(34) Zheng J, Chen X, Yu P. Game-based interventions and their impact on dementia: a narrative review. *Australas Psychiatry* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2018 Mar 22];25(6):562-5. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1177/1039856217726686>

(35) Hogan M, Kapralos B, Cristancho S, Finney K, Dubrowski A. Bringing community health nursing education to life with serious games. *Int J Nurs Educ Scholarsh* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2016 May 28];8(1):1-13. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.2202/1548-923X.2072>

(36) Fonseca M, Scochi C, Bis C, Serra S. Utilizando a criatividade na educação em saúde em alojamento conjunto neonatal: opinião de puérperas sobre o uso de um jogo educativo. *Rev bras enferm* [periódico na internet]. 2000 [acesso: 28 mar 2018];53(2):301-10. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672000000200016>

(37) Lynch-Sauer J, Vandenbosch TM, Kron F, Gjerde CL, Arato N, Sen A, et al. Nursing students' attitudes toward video games and related new media technologies. *J Nurs Educ* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2016 May 28];50(9):513-23. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20110531-04>

(38) Coscrato G, Coelho Pina J, Falleiros de Mello D. Use of recreational activities in health education: integrative review of literature. *Acta paul enferm* [serial on the Internet]. 2010 [access: 2016 May 27];23(2):257-63. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200017>

(39) Jaffe L. Games are Multidimensional in Educational situations. In: Bradshaw M., Lowenstein A, editores. *Innovative teaching strategies in nursing and related health professions*. 5ª ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2011. p. 175-87.

(40) Henderson D. Games: making learning fun. In: Oermann MH, Heinrich K., editores. *Annual review of nursing education*. Nova York: Springer Publishing Company; 2005. p. 165-83.

(41) Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J adv nurs* [serial on the Internet]. 2005 [access: 2016 Apr 24];52(5):546-53. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

(42) Mclafferty E, Dingwall L, Halkett A. Using gaming workshops to prepare nursing students for caring for older people in clinical practice. *Int J Older People Nurs* [serial on the Internet]. 2010 [access: 2016 May 28];5(1):51-60. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2009.00176.x>

(43) Chia P. Using a virtual game to enhance simulation based learning in nursing education. *Nurs J Singapore Nursing Journal* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 May 28];40(3):21-6. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=139&sid=5386de9e-d077-40f1-a843-c2fe5f2d5468%40sessionmgr4007>

- (44) Fernandes C, Martins M, Takase L. Another way to teach family: family nursing game. *Acta sci. Health sci.* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 May 28];36(2):195-200. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v36i2.20373>
- (45) Foss B, Mordt Ba P, Oftedal BF, Løkken A. Medication calculation: The potential role of digital game-based learning in nurse education. *Comput inform nurs* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 May 28];31(12):589-93. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NCN.0000432130.84397.7e>
- (46) Koivisto J, Niemi H, Multisilta J, Eriksson E. Nursing students' experiential learning processes using an online 3D simulation game. *Educ Inf Technol* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 May 28];22(1):383-98. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10639-015-9453-x>
- (47) Chen AMH, Kiersma ME, Yehle KS, Plake KS. Impact of the Geriatric Medication Game® on nursing students' empathy and attitudes toward older adults. *Nurse Educ Today* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Apr 24];35(1):38-43. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.05.005>
- (48) Boada I, Rodriguez-Benitez A, Garcia-Gonzalez JM, Olivet J, Carreras V, Sbert M. Using a serious game to complement CPR instruction in a nurse faculty. *Comput Methods Programs Biomed* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Apr 24];122(2):282-91. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmpb.2015.08.006>
- (49) Aljezawi M, Albashtawy M. Quiz game teaching format versus didactic lectures. *Br J Nurs* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 May 28];24(2):86-92. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2015.24.2.86>
- (50) Koivisto J, Multisilta J, Niemi H, Katajisto J, Eriksson E. Learning by playing: A cross-sectional descriptive study of nursing students' experiences of learning clinical reasoning. *Nurse Educ Today* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 May 28];45:22-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.009>
- (51) Galvão CM. Editorial: Níveis de evidência. *Acta paul enferm* [periódico na internet]. 2006 [acesso: 20 out. 2017];19(2):VII. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-36162009000600001>
- (52) Soares CB, Hoga L, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva D. Integrative review: Concepts and methods used in nursing. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2016 May 28];48(2):335-45. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>
- (53) Deyoung S. *Teaching Strategies for nurse Educators*. New Jersey (EUA): Pearson Prentice Hall; 2009.
- (54) Johnson-Russell K. Innovations in Facilitating Learning Using Simulation. In Bradshaw M, Lowenstein A, editores. *Innovative teaching strategies in nursing and related health professions*. 5ª ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2011. p. 239-64.
- (55) Blakely G, Skirton H, Cooper S, Allum P, Nelmes P. Educational gaming in the health sciences: systematic review. *J Adv Nurs* [serial on the Internet]. 2009 [access: 2016 May 28];65(2):259-69. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04843.x>
- (56) Moura E, Mesquita L. Estratégias de ensino-aprendizagem na percepção de graduandos de enfermagem. *Rev bras enferm* [periódico na internet]. 2010 [acesso: 28 maio 2016];63(5):793-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500016>
- (57) Alves C, Souza-Junior V, Ferreira F, Jonny L, Maria J, Costa I. Serious games in virtual environments for health teaching and learning. *Rev RENE* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2018 Mar 28];18(5):702-9. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000500019>
- (58) Day-Black C. Gamification: An Innovative Teaching-Learning Strategy for the Digital Nursing Students in a Community Health Nursing Course. *ABNF J* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 May 28];26(4):90-4. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=152&sid=5386de9e-d077-40f1-a843-c2fef5f2d5468%40sessionmgr4007>
- (59) Holanda V, Pinheiro A. Comparison of learning strategies in face-to-face and online courses on sexually transmitted diseases. *Texto & Contexto Enferm* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 May 28];24(2):530-38. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002402014>
- (60) Silveira M, Cogo A. Contribuições das tecnologias educacionais digitais no ensino de habilidades de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm* [periódico na internet]. 2017 [acesso: 21 mar 2018];38(2):e66204. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.66204>

Uma reflexão spinozista entre servidão e liberdade vividas por cuidadores

Una reflexión spinozista entre la esclavitud y la libertad vivida por los cuidadores

A reflection on the attitudes of caregivers from the standpoint of Spinoza's notion of bondage and freedom

• Jaine Karenny Da Silva¹ • Luana Machado Andrade² • André Souza dos Santos³ • Edite Lago da Silva Sena⁴ • Rita Narriman Silva de Oliveira Boery⁵ • Alba Benemérita Alves Vilela⁶ •

•1• Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Professora assistente na Universidade do Estado da Bahia, Guanambi-BA, Brasil.
E-mail: jainekareny@yahoo.com.br

•2• Doutoranda em Enfermagem e Saúde Pública pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Professora auxiliar na Universidade do Estado da Bahia, Guanambi-BA, Brasil.
E-mail: luanamachado87@hotmail.com

•3• Doutor em Educação. Professor adjunto na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA, Brasil.
E-mail: andrecamamu@bol.com.br

•4• Doutora em Enfermagem. Professora titular na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA, Brasil.
E-mail: editelago@hotmail.com

•5• Doutora em Enfermagem. Professora pleno na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA, Brasil.
E-mail: rboery@gmail.com

•6• Doutora em Enfermagem. Professora pleno na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA, Brasil.
E-mail: albavilela@gmail.com

Recibido: 07/12/2016 Aprobado: 03/02/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n1.61440



Resumo

Objetivo: refletir acerca do significado do cuidado para cuidadores familiares de idosos com base nas conotações dos afetos, presente na obra de Baruch Spinoza, que impulsiona à liberdade ou à servidão nessa relação interpessoal.

Síntese de conteúdo: o ato de cuidar dos cuidadores familiares de pessoas idosas, apesar de constituir-se parte da essência natural e cultural do ser humano, desvela outros significados atribuídos a essa experiência; aponta irrefletidamente sentimentos que emanam dessa atividade diária e ininterrupta, e expressa a vivência dos aspectos de liberdade e servidão a partir do diálogo com os afetos produzidos por Baruch Spinoza. Esse desvelo se dá a partir do encontro entre o cuidador familiar e a pessoa idosa, tornando-se servil à medida que é projetado pelas condutas sociais, e livre quando busca o caminho do autoconhecimento.

Conclusões: quando o cuidado desenvolvido possui influência externa, os cuidadores familiares tendem ao afeto paixão-tristeza que causa ideias inadequadas, diminui sua potência de agir, tornando-o desanimado, servo e prisioneiro das condutas morais da sociedade. O afeto ação-alegria produz ideias adequadas, favorece a potência de ação do trabalho criativo e desperta o sentimento de gratidão pela reciprocidade do cuidado. O desejo possibilita a libertação ao permitir uma condução racional das atitudes que promovem a potência de ação presente na essência humana. Compreender esse dilema possibilita formular atitudes que impulsionem os afetos ações e refreiem os afetos paixões, regulando-os e conduzindo-os à liberdade.

Descritores: Afeto; Cuidadores; Envelhecimento; Filosofia; Liberdade (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: reflexionar sobre el significado de la atención para cuidadores familiares de ancianos, con base en las connotaciones afectivas de Baruch Spinoza, que impulsa la libertad o la servidumbre en esta relación interpersonal.

Síntesis del contenido: el acto de cuidar entre los cuidadores familiares de ancianos, aunque inherente a la esencia natural y cultural de los seres humanos, revela otros significados asignados a tal experiencia. Señala sentimientos que emanan de esta actividad diaria e ininterrumpida y expresa la praxis relacionada con aspectos de la libertad y la servidumbre, mediante el diálogo con los afectos en las obras de Baruch Spinoza. Esta atención resulta del encuentro entre el cuidador familiar y el anciano, volviéndose servil cuando está proyectado por las conductas sociales, y libre cuando busca el autoconocimiento.

Conclusiones: cuando la atención está bajo influencia externa, los cuidadores familiares tienden al afecto pasión-tristeza, lo que provoca ideas inapropiadas y disminuye el poder de actuar, haciéndole desanimado, siervo y prisionero de las conductas morales aceptadas por la sociedad. El afecto acción-alegría produce ideas apropiadas, favorece el poder de actuar a través del trabajo creativo y despierta la gratitud mediante la reciprocidad a la atención. El deseo conduce a la liberación, al permitir un patrón racional de las actitudes que promueven el poder para actuar en la esencia humana. Comprender este dilema hace posible formular actitudes que impulsan tales afectos acciones y refrenan los afectos pasiones, regulándolos y conduciéndolos a la libertad.

Descriptor: Afecto; Cuidadores; Envejecimiento; Filosofía; Libertad (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to analyze the meaning care has for people who care for their elderly relatives from the standpoint of Baruch Spinoza's affective ethics with regard to freedom from the bondage of passions in such interpersonal relationships.

Content synthesis: although a family's care for its elderly members is inherent to the natural and cultural essence of human beings, other meanings may be assigned to such an experience. This study throws light on feelings which emanate from this constant daily activity and the praxis related to aspects of freedom and bondage, in terms of the interplay of affects discussed by Baruch Spinoza. This care is shaped by the encounter between the elderly person and the relative or relatives who care for him or her: it may become servile when it is influenced by social conducts or free when it seeks self-knowledge.

Conclusions: when the care provided to elderly members of the family is shaped by external influences, the caregivers in the family tend to an affect of passion which causes inappropriate ideas and diminishes their power to act, making them feel discouraged, servile, and prisoners of the moral codes imposed by society. When the affect is one of joyful action, it produces appropriate ideas, favors the power to act through creative work, and awakens gratitude through the reciprocal acknowledgment of the value of the care which is provided. The wish to provide care frees the caregiver by allowing for a rational pattern in the attitudes, which awakens the power to act which lies in essence of humans. Grasping this dilemma makes it possible to formulate attitudes that drive affects of actions and restrain affects of anger, regulating and liberating them.

Descriptors: Affect; Caregivers; Aging; Philosophy; Freedom (source: DeCS, BIREME).

Introdução

O cuidado é a prática mais antiga da humanidade e possui a função de assegurar a continuidade da vida (1). Embora possa ser realizado o autocuidado, geralmente o ato de cuidar perceptível e valorizado socialmente é aquele proporcionado a outras pessoas. Quando o outro tenta, junto ao doente, restaurar a conexão entre um mundo que é afetado e afeta, torna-se possível o movimento rítmico entre se cuidar e se envolver ativamente no seu bem-estar (2).

Portanto, o cuidado refere-se a uma atenção que provém da relação de empatia. O cuidador busca imaginar-se no lugar do outro e, dessa forma, dispõe-se a realizar as ações cuidativas de modo a promover bem-estar, conforto e auxiliar em sua autonomia. Entretanto, apesar de o cuidado se constituir na essência natural e cultural do ser humano, existem elementos, como grau de envolvimento nas relações interpessoais, que podem influenciar na maneira como cuidadores se percebem no ato de cuidar, bem como, os sentimentos emanados desse ato.

Historicamente, o cuidado domiciliar à pessoa idosa tem sido atribuído às mulheres, especialmente àquelas que, no seio familiar, possuem maior proximidade afetiva pela relação conjugal ou parental (3). Essa configuração cultural pode repercutir na maneira como o cuidador familiar principal observa, compreende e atribui o significado de seu papel e as repercussões dele em sua vida pessoal.

Nessa relação, o cuidador familiar e o idoso irão retomar lembranças e compartilhar novas formas de interagir. É nesses encontros entre os corpos que ambos são, inevitavelmente, afetados e apresentam como resultado as afecções, representadas por sentimentos primários essenciais como tristeza, alegria e desejo.

Nesse sentido, ocorreram-nos os seguintes questionamentos: quais são os possíveis significados atribuídos à experiência de cuidar? Quais os sentimentos que emanam dessa atividade diária e ininterrupta? De que maneira o cuidador familiar do idoso vivencia os aspectos de liberdade e servidão?

Para pensar sobre essas questões, foi importante compreender que os afetos podem ser produzi-

dos por forças externas ou internas, que alteram a nossa subjetividade, aumentando ou diminuindo nossa potência de ação ante determinadas situações, tornando-nos homens livres ou presos à servidão. Assim, neste estudo, atemo-nos a produzir uma reflexão teórico-filosófica, cujo objetivo foi refletir acerca do significado do cuidado para cuidadores familiares de idosos com base nas conotações dos afetos, presente na obra de Baruch Spinoza, que impulsiona à liberdade ou à servidão nessa relação interpessoal.

O encontro entre cuidador familiar e pessoa idosa

A reflexão que faremos neste item refere-se ao encontro para um cuidado que se torna latente no instante em que a pessoa idosa requer a participação e ajuda de familiares e/ou de cuidadores para acompanhá-la em todas as fases seguintes de sua vida. Esse encontro ocorre sempre como relação dialógica e envolve o cuidado do outro e o cuidado de si.

No cuidado, há sempre um desejo que parte do “eu” em direção ao outro, pois, enquanto o cuidar de um objeto significa uma ação laboral, o cuidar de alguém parte do sentir e desvela-se em preocupação, interesse, solicitude, medo, tristeza, alegria e satisfação (4).

Os sentimentos que emergem desse processo podem ser compreendidos a partir da Teoria da Afetividade, de Baruch Spinoza, cujo princípio fundamental é a doutrina do conatus, segundo a qual “cada coisa esforça-se, tanto quanto está em si, por perseverar em seu ser” (5). Esse esforço necessário de autoafirmação, envolvido nas ideias que constituem a mente, chama-se vontade; quando a mente refere-se ao corpo, chama-se apetite; por fim, quando acompanhado de consciência de si, chama-se desejo (6).

Assim, ao refletir sobre a essência do cuidado, compreendemos que se trata do desejo de realizar atos que nos levam à conservação, encontrando na convivência a expressão intersubjetiva, por meio dos afetos, do toque, do sorriso, do respeito e de outros desdobramentos para a realização do desejo.

Na lógica spinozista, somos movidos por duas afecções primordiais: a de alegria e a de tristeza (7). A primeira produz em nós ideias adequadas,

favorecendo a nossa potência de agir, e é, portanto, chamada de afeto-ação. A segunda, por sua vez, reduz a nossa base de energia vital, designando os afetos-paixões. O equilíbrio, nesse sentido, consiste em ter a capacidade de refrear os nossos afetos-paixões que está no próprio encontro com o outro e nos efeitos produzidos a partir deste.

Assim, para além da tentativa de descrição dos motivos que levariam familiares a tornarem-se cuidadores, está a compreensão dos sentimentos que os movem em direção ao cuidado e dos atos singulares e únicos, que são produzidos nesse campo, que abrem possibilidades para ações não esperadas ou não previstas, emergidas do processo de ressignificação do cuidador familiar e do idoso.

Os sentimentos que emanam da experiência de cuidar

O ser humano enquanto modo, expresso em corpo e mente, pode ser afetado de maneiras diferentes por um ou vários corpos exteriores em momentos distintos; além disso, pode deflagrar sentimentos que, embora pareçam ambíguos, não necessariamente se contradizem (8).

Nesse ínterim, compreendendo o cuidado como um fenômeno que não está fora da realidade humana, mas que, na sua dimensão ontológica, faz parte da constituição do ser humano, percebemos a porosidade que nos envolve e nos leva a sofrer física e emocionalmente nesse processo (9).

O inadequado suporte formal proveniente de instituições e profissionais de saúde ou a insuficiência do apoio informal que advém dos demais familiares (10) contribuem para o aumento das sobrecargas de cuidado física, financeira, social, emocional e psicológica do cuidador familiar, o que agrava sua qualidade de vida (11, 12) e favorece o aparecimento de sentimentos negativos, que expressam quão solitário pode ser o cuidado ao idoso, especialmente àqueles com a capacidade funcional reduzida ou em processo demencial.

Na terceira parte do livro *Ética*, Spinoza precisamente busca compreender e definir os afetos, demonstrando que o homem está sujeito aos afetos, à paixão e à ação, e a maneira como somos afetados pode nos conduzir à servidão ou à liberdade (13). Para uma melhor compreensão de como os cuidadores familiares vivenciam de maneira

cíclica e simultânea essa gama de sentimentos, apresentamos sequencialmente os afetos primários com suas respectivas projeções.

A tristeza é o primeiro afeto nocivo que surge no homem, e dela provém os demais afetos-paixões dessa natureza, sendo definida como “uma paixão pela qual a mente passa a uma perfeição menor” (5). Ser afetado por tristeza implica ser conduzido por paixões negativas, que induzem a comportamentos inadequados e, por conseguinte, diminui a nossa potência em agir. Assim, quando os cuidadores familiares são afetados por essas afecções eles podem se sentir desanimados e cansados para permanecer na função (14). Os principais sentimentos descritos pelos cuidadores familiares, pautados na tristeza, são: medo (15), estresse, raiva (16), culpa, perda e frustrações (17).

Na dor, por exemplo, uma das partes que nos compõe (corpo e mente) é mais afetada que a outra, e, quando a afecção é simultânea, vai além e torna-se melancolia (5). Portanto, quando os cuidadores estão sujeitos às sobrecargas, que envolvem desgaste físico e/ou mental, associadas à ausência de apoio social, eles podem vivenciar uma dessas afecções.

O ódio é definido como “a tristeza acompanhada da ideia de uma causa exterior” (5), sendo representado nas falas dos cuidadores familiares como um sentimento de raiva, advindo da não aceitação da dependência funcional ou cognitiva do idoso, que os aprisiona ao abdicarem de si em função do outro (15). A raiva é um sentimento pontual, portanto passageiro (16, 18).

Simultaneamente à raiva, surge a impaciência, porque os cuidadores não se sentem preparados, estão sobrecarregados (19) ou estressados, pois não pretendiam a princípio serem os cuidadores principais (15), mas ocuparam essa função porque outros familiares desvencilharam-se e por outras razões que serão pensadas adiante.

O medo, por sua vez, é caracterizado como “uma tristeza instável, surgida da ideia de uma coisa futura ou passada, de cuja realização nós temos alguma dúvida” (5). Esse afeto pode estar associado à preocupação em deixar o idoso sozinho por temer que ele caia, ao medo de se perceber no futuro na mesma condição de dependência (15), medo de um novo episódio da doença (20) ou, até mesmo, medo da morte do outro que reflete em si, pois ainda não somos preparados para a perda.

Esses cuidadores podem se sentir, mesmo que momentaneamente, arrependidos por ocupar a função. Isso porque a impotência, que, na versão spinozista, recebe a conotação de humildade, é representada por uma tristeza percebida pelo homem quando contempla sua fraqueza diante de algo (5).

É evidente que a experiência ante a demanda de cuidados no cuidador familiar do idoso, potencialmente, gera sensações de cansaço, perda de liberdade e realização de uma atividade solitária. No entanto, existe algo que os move em direção ao cuidado, que os fazem imergir na relação numa condição de servidão, ou até mesmo de libertação. Nessa perspectiva, fomos incitados ao seguinte questionamento: o que motiva os cuidadores familiares de idosos a tornarem-se cuidadores diante de tantas adversidades?

O cuidado como conduta social que leva à servidão

O homem que está submetido aos afetos-paixões não consegue regulá-los, pois é impotente para freá-los, sendo, portanto, exposto à servidão. As paixões podem ser nocivas ou úteis à condução de nossa liberdade, conforme fazemos uso delas. Assim, quando são nocivas, reduzem a nossa potência e, quando são úteis, favorecem a nossa capacidade de agir (8), tornando-nos livres.

A servidão humana caracteriza-se por um fazer sempre o que é pior para si, mesmo tendo consciência sobre o que é melhor para si: “Pois o homem submetido aos afetos não está sob seu próprio comando, mas sob o do acaso, a cujo poder está a tal ponto sujeitado que é, muitas vezes, forçado, ainda que perceba o que é melhor para si, a fazer, entretanto, o pior” (5).

Em nossa sociedade, tornar-se servo é, muitas vezes, sinônimo de preservação de valores morais, matrimoniais e familiares. Existe aí uma relação ambígua entre o desejo e a obrigação, que é reforçada pelas leis e pela cultura de um país, que podem nos levar à compreensão de ser “eleito” cuidador familiar, dos sentimentos que emergem dessa relação e da servidão resultante desta.

Do ponto de vista legal, a Constituição Federal do Brasil de 1988, dispõe, em seu artigo 230, “sobre o dever da família, da sociedade e do Estado em amparar as pessoas idosas, assegurando sua parti-

cipação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (21).

Esse dispositivo legal subsidia a formulação de políticas posteriores que adotaram o mesmo entendimento como a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/1994), cujo capítulo II, artigo 3º, determina “que a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania” e, também, o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), título I, artigo 3º, reitera “a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público em assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida” (22, 23).

Em estudo realizado com cuidador familiar de idosos, pode-se observar mais um movimento que os leva a tornar-se cuidador, pois eles relatam que começam a sentir amor e pena, e, em alguns momentos, desentendem-se com o idoso, mas, ao recobrar a consciência, arrependem-se. Sentem que é sua obrigação cuidar de alguém que fez por eles, como uma dívida, e assim, com o auxílio da fé, acalmam-se e permanecem na missão (9).

Muitas vezes, o conflito entre o dever fazer, movido pelas paixões, e o não querer fazer, estabelecido pela capacidade de refrear essas paixões, produz afecções de compaixão (pena) e amor; a primeira é má e inútil, porque envolve uma tristeza com a infelicidade do outro; a segunda é uma alegria acompanhada do desejo de conservar o objeto amado e favorece, em si mesmo, a sua potência.

Na servidão, os afetos causam efeitos sobre o nosso corpo; fazem-nos produzir ideias inadequadas e reagir negativamente, a exemplo de situações em que um cuidador “pune” um idoso com demência, muitas vezes de maneira inconsciente, pelo simples fato de ter retomado lembranças da história e das relações vividas com esse familiar idoso que influenciaram negativamente sua vida. Deixá-lo sem comer, agredir, gritar ou até mesmo negligenciar cuidados são manifestações de violência que acontecem porque o cuidador familiar acaba penalizando o idoso por tudo que já viveu.

O cuidador, ao se deparar com situações que não estão de acordo com seus ideais, sente sua vida desorganizada pelo outro e reage de maneira intransigente às diferenças com a finalidade de organizar a vida daqueles que estão sob sua tutela (24). Em outro encontro entre cuidador e idoso, lemos desabafos que reforçam o que temos dito, quando alguns deles relatam pedir ao Senhor que os

ajude e que lhes dê paciência, para não agredir fisicamente e não gritar, até o momento em que tudo passa, e o costume com a doença se instala, acabando o pesadelo e tornando calma (9).

Quando, por exemplo, a alegria e a tristeza estão relacionadas a uma causa interior imaginária, é produzido um desejo para nos adaptar (acostumar) àquilo que os homens veem como útil e correto, mesmo que esteja nos fazendo mal. A alegria que experimentamos pela aprovação de nossas ações faz com que o nosso desejo seja cada vez maior para permanecermos sob um julgamento moral. De tal forma, através da ilusão do livre-arbítrio, desejamos sempre ser elogiados.

Mas o desejo de receber elogios é sempre um desejo pela própria servidão, pois, ao necessitarmos adaptar a nossa vida à sentença dos outros, estamos afligidos pela honra, a saber, buscando o que os homens vulgarmente procuram e fugindo daquilo que os afligem (8). Os cuidadores estão, nesse momento, sob o efeito do afeto-paixão da soberba, que depende dos elogios de suas ações pela sociedade. Quando essa valorização não aparece, causa dor e adoecimento conjunto. A necessidade é, portanto, de que o cuidador encontre no cuidado o caminho para sua liberdade.

Até agora, apontamos possíveis explicações diante das razões que os tornam cuidadores familiares, ou os fazem ser eleitos, ou se elegerem para o cuidado, mas ainda nos falta responder a uma segunda questão: o que faz o cuidador familiar permanecer e suportar essa função, apesar das adversidades?

O cuidado a partir do conhecimento de si e o caminho para liberdade

Nossa potência é transformada em ação quando somos preenchidos pelo afeto alegria (5). É por meio desse afeto que passamos do primeiro gênero, conhecimento mediado por percepções sensíveis, para o segundo gênero, conhecimento racional, no qual a razão apreende as ideias adequadas (8). A partir desse momento, a mente passa a compreender as nossas ações, e encontramos aí possíveis “explicações”. Apesar de vivenciarmos esses sentimentos negativos, os cuidadores familiares permanecem no papel, porque algumas situações os fazem recordar dos principais motivos que não os permitem se desvencilhar da função.

A alegria possui como principais variações oriundas de causas externas: esperança ou fé, gratidão ou reconhecimento, que provém do amor. A esperança “é uma alegria instável, surgida da ideia de uma coisa futura ou passada, de cuja realização temos alguma dúvida” (5). Dessa forma, alguns cuidadores familiares acreditam que, em algum momento, a saúde do idoso será restabelecida ou amenizada, mesmo que parcialmente. Essa esperança geralmente é professada pela fé em Deus, pois os cuidadores familiares descrevem que essa crença melhora a capacidade de enfrentamento diante das adversidades do cuidado (25).

O desejo de gratidão, afeto mais forte que destrói outro afeto, surge quando, a respeito daquele que odiamos, passamos a imaginá-lo como causa de nossa alegria (porque houve um novo encontro que favoreceu a nossa potência); imaginamos que ele agora nos ama e passamos a agradá-lo, pelo afeto de agradecimento ou gratidão: “o esforço por fazer o bem àquele que nos ama e que se esforça por nos fazer o bem” (5).

O amor, por sua vez, é o sentimento essencial para o reconhecimento de todas as ações que os cuidadores familiares desempenham, quando, portanto, inevitavelmente, eles acreditam ser este sentimento a potência externa que os permite manterem-se firmes no cuidado. Assim, o reconhecimento é o amor a quem fez o bem àquilo que amamos, e é oposto à necessidade de valorização. Portanto, quando nós nos amamos, inevitavelmente, amamos aqueles que nos fizeram bem de alguma forma, como, por exemplo, nossos familiares ou cônjuges.

Ora, se, por um lado, essa história pode nos tornar servos da boa conduta, por outro, também, pode nos libertar, tendo em vista que o grande motivador das ações de cuidado é o sentimento de gratidão por toda atenção e cuidado recebidos ao longo da sua vida pelo familiar idoso (16). Ter a possibilidade de retribuir o cuidado promove um sentimento de felicidade por proporcionar o bem-estar àqueles que amamos e admiramos (15). Essa felicidade que provém do ato criativo (8) passa a guiar os cuidadores familiares de idosos cada vez mais em direção ao cuidado exequível com alegria.

Por fim, o cuidador caminha para a glória e a satisfação consigo mesmo, quando tenta alcançar um estado de liberdade que rompe com os signos da moral, como agenciadores de sua subjetividade e

modeladores de sua prática (24). Para Spinoza (5), “a glória não contraria a razão; em vez disso, pode dela surgir” e “a satisfação consigo mesmo é, na realidade, a maior coisa que podemos esperar” (5).

Estes afetos-ações de alegria surgem quando o homem considera adequadamente a sua própria potência de agir, sem depender de uma aprovação exterior, resignificando suas ações, como em um combate às forças que o impõem à servidão. Acreditamos que assim se chega ao cuidado libertador. Para Spinoza, a liberdade não consiste na negação das paixões, mas, antes de tudo, na seleção daquelas que favorecem a conservação de nossa natureza ou da própria essência, que estimulam a nossa capacidade de modificação: “existem, pois, muitas coisas, fora de nós, que nos são úteis e que, por isso, devem ser apetecidas” (5). Assim, é importante sabermos quais são os afetos-paixões que são nocivos e úteis, tendo sempre em vista a liberdade como nosso escopo.

Quando, em nossas vivências com cuidadores familiares, encontramos a criatividade nos atos de cuidar da pessoa idosa, seja na hora do banho, seja para a manutenção da sua segurança, ou, até mesmo, para acalmá-lo no instante de desespero, percebemos que existe ali uma potência em agir que os permitiu resignificar a sua existência enquanto cuidadores, com vistas à sua vantagem na produção de si.

Nesse instante, deparamo-nos com a firmeza spinozista, mediante as ações que são úteis à natureza humana. Para Spinoza, “no homem livre, portanto, a firmeza em fugir a tempo é tão grande quanto a que o leva à luta; ou seja, o homem livre escolhe a fuga com a mesma firmeza ou com a mesma coragem com que escolhe o combate” (5).

Desse modo, a aproximação com pessoas da mesma natureza pode ser um grande promotor de conhecimento dos afetos e remédio para as paixões. Pensar em alternativas de cuidado que aproximem cuidadores familiares e tornem possível vivenciar sentimentos semelhantes pode ser a melhor estratégia para as políticas públicas voltadas para esse público em nosso país.

Considerações finais

Durante o curso de nossas vidas, o ato de cuidar e/ou ser cuidado está diretamente ligado com as relações que estabelecemos com o outro e serão

determinantes no processo de viver-envelhecer, produzindo em nós afecções que nos levam à servidão ou à liberdade.

A relação que se estabelece entre cuidador familiar e idoso nos mostra o quão ambíguo pode ser o processo de tornar-se cuidador e permanecer na função. Buscamos, nesta reflexão, discutir, com base na teoria dos afetos de Baruch Spinoza, os sentimentos/afetos que permeiam a vivência de cuidado e que movimentam o familiar a tornar-se servo e livre, ao mesmo tempo ou de maneira complementar, à medida que prende aos julgamentos e preceitos morais ou ao conhecimento de si, regulando as paixões inerentes a esse processo.

Se, por um lado, a servidão tem sido também o grande problema na condução de políticas de saúde em geral, aprisionando o cuidador familiar e restringendo sua potência em agir, por outro, ela se mostra como um caminho para a busca do remédio para refrear as paixões, pois só aprendemos a controlá-las quando as conhecemos de fato.

Assim, as linhas de força que compõem e organizam o processo de cuidado, quando são movidas por afetos/paixões, não evoluem e causam desgaste e sofrimento ao cuidador familiar. Mas, se afetos/ações movem a relação intersubjetiva, os atos de cuidar tornam-se criativos, menos desgastantes e libertam o cuidador.

Desse modo, compreendemos que, para evoluir na perspectiva do conhecimento acerca dos significados do cuidar para o cuidador familiar de idosos, é necessário que busquemos na filosofia a compreensão da essência dos sentimentos que estão envolvidos no dilema. Caso contrário, cairemos sempre nas explicações rotineiras que não traduzem, para nós, familiares, pesquisadores e profissionais de saúde, caminhos que se aproximam de maneira fiel dessa linha tênue entre a servidão e a liberdade, que nos impede de produzir ou nos move para agir, conforme nossa própria ideia de cuidado.

Referências

- (1) Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Printipo; 1989.
- (2) Dahlberg H, Ranheim A, Dahlberg K. Ecological caring — Revisiting the original ideas of caring Science. Int J Qual Stud Health Well-being [serial

- on the Internet]. 2016 [access: 2018 Feb 01];11(1):1-10. Available in: <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.33344>
- (3) Le Low LP, Lam LW, Fan KP. Decision-making experiences of family members of older adults with moderate dementia towards community and residential care home services: a grounded theory study protocol. *BMC Geriatr* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2018 Jan 31];17(1):1-5. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28583122>
- (4) Almeida DV, Ribeiro Júnior N. Ética, alteridade e saúde: o cuidado como paixão solidária. *Bioethikos* [periódico na internet]. 2010 [acesso: 13 set 2016];4(3):337-342. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art11.pdf>
- (5) Spinoza BB de. Ética. 3ª ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2016.
- (6) Gleizer MA. Os filósofos: clássicos da filosofia, de Sócrates a Rousseau. Petrópolis: Vozes; 2009.
- (7) Caldas FS, Freitas FL. A multidão enquanto possível apropriação do vínculo entre conatus e o estado de natureza na filosofia de Spinoza. *InterEspaço* [periódico na internet]. 2016 [acesso: 14 nov 2016];2(4):36-53. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/interespaco/article/view/4918>
- (8) Ferreira A. Introdução à filosofia de Spinoza. Silveira: Le Livros; 2009.
- (9) Gonçalves AS. A ecopedagogia do cuidado em Leonardo Boff. *Protestant Rev* [periódico na Internet]. 2015 [acesso: 31 jan. 2018];39(1):49-58. Disponível em: <http://periodicos.est.edu.br/index.php/nepp/article/view/2400/2504>
- (10) Paula SF de, Gehlen MH, Ventura J, Zamberlan C, Range RF, Siqueira HCH. Caregiver's perception about learning for home care. *Acta sci. Health sci* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2018 Feb 01]; 39(2): 149-156. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/33565/pdf>
- (11) Koenig HG, Nelson B, Shaw SF, Saxena S, Cohen HJ. Religious involvement and adaptation in female Family caregivers. *J Am Geriatr Soc* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2018 Feb 01]; 64:578-583. Available in: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13929/pdf>
- (12) Anjos KF, Boery RN, Pereira R, Pedreira LC, Vilela AB, Santos VC, et al. Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Sep 13]; 2(5):1321-1330. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26017935>
- (13) Strappazon AL, Maheirie K. "Bons encontros" como composições: experiências em um contexto comunitário. *Arq Bras Psicol* [periódico na Internet]. 2016 [acesso: 03 mar 2018];68(2):15-23. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000200010
- (14) Chafjiri RT, Navabi N, Shamsalinia A, Ghaffari F. The relationship between the spiritual attitude of the family caregivers of older patients with stroke and their burden. *Clin Interv Aging* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2018 Feb 01];12:453-458. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338849/>
- (15) Tseng C-N, Huang G-S, Yu P-J, Lou M-F. A qualitative study of family caregiver experiences of managing incontinence in stroke survivors. *PLoS One* [serial on the Internet]. 2015 [access: 01 Feb 2018];10(6):1-12. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26066345>
- (16) Gellert P, Häusler A, Suhr R, Gholami M, Rapp M, Kuhlmeier A, et al. Testing the stress-buffering hypothesis of social support in couples coping with early-stage dementia. *PLoS One* [serial on the Internet]. 2018 [access: 2018 Feb 01];13(1):1-14. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5754077/pdf/pone.0189849.pdf>
- (17) Czekanski K. The experience of transitioning to a caregiving role for a Family member with Alzheimer's disease or related dementia. *Am J Nurs* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2018 Feb 01]; 117(9):24-31. Available in: https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2017/09000/CE___Original_Research_The_Experience_of.25.aspx
- (18) Menon B, Salin P, Habeeba K, Conjeevaram J, Munisumitha K. Female caregivers and stroke severity determines caregiver stress in stroke patients. *Ann Indian Acad Neurol* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2018 Feb 01]; 20(4):418-424. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5682751/>
- (19) Coteló NV, Rodríguez NFA, Pérez JAF, Iglesias JCA, Lago MR. Burden and associated pathologies in family caregivers of Alzheimer's disease patients in Spain. *Pharm Pract (Granada)* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2018 Feb 01];13(2):521. Available in: <http://scielo.isciii.es/pdf/pharmacy/v13n2/original2.pdf>
- (20) Baumann M, Couffignal S, Le Bihan E, Chau N. Life satisfaction two-years after stroke onset: the effects of gender, sex occupational status, memory function and quality of life among stroke patients (Newsqol) and their family caregivers (Whoqol-bref) in Luxembourg. *BMC Neurol* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Sep 13];12(105):1-11. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23009364>
- (21) República Federativa do Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, dispõe sobre a seguridade do exercício dos direitos sociais e individuais da população brasileira; 1988 [acesso: 2 fev 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm
- (22) República Federativa do Brasil. Senado Federal. Lei 8.842, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 1994 [acesso: 2 fev 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm

(23) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Lei 10.741, dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2003 [acesso: 2 fev 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm

(24) Franco TB. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. Saúde Soc. [periódico na internet]. 2015 [acesso: 14 nov. 2016];24(supl. I):102-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500102

(25) Nance DC, May MIR, Padilla LF, Nava MM, Pantoja ALD. Faith, Work, and reciprocity: listening to Mexican men caregivers of elderly family members. Am J Mens Health [serial on the Internet]. 2016 [access: 2018 Feb 02]; pii: 1557988316657049:1-9. Available in: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1557988316657049>

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 ma-

nifestando 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: <https://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. En el caso de artículos de revisión, no deben exceder las 7 000 palabras ni las 30 páginas.
- 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 *Avances en Enfermería* 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 pagos por promotores comerciais—; autores *convidados*, que não fazem nenhuma contribuição discernível, mas que são nomeados para aumentar as possibilidades de publicação; e autorias *honorárias*, que se baseiam unicamente em uma afiliação tênue com um estudo.

Recomendações:

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

3. Mudanças na autoria

Critérios:

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

4. Conflito de interesses

Critérios:

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

Critério:

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

Bibliografia

- Black 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 integram 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 avaliação. 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 en 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: <https://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, deve estar escrito em letra Times New Roman tamanho 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, 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 IMRD)

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Artigo de revista:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título do artigo. Abreviatura internacional do título do periódico. Ano; volume(número);página inicial-final. Quando o artigo tiver mais de seis autores as palavras *et al.* serão escritas após o sexto autor.
- *Livros e monografias:* Sobrenome, duas iniciais dos nomes dos autores. Título. Edição. Local de publicação (cidade): editora; ano.
- *Capítulo de livro:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do capítulo. Título do capítulo. Palavra "Em":sobrenome e duas iniciais dos nomes do diretor/coordenador/editor/compilador do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação (cidade): editora; ano. Página inicial-final do capítulo.
- *Palestras:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do trabalho. Título da palestra. Palavra "Em": título oficial do congresso, simpósio ou seminário. Local de publicação (cidade): editora; ano. Página inicial-final da palestra.
- *Artigo de revista on-line:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do artigo. Título do artigo. Título abreviado do periódico [periódico na Internet]. Ano [dia mês (abreviado) ano de consulta];volume(número);página inicial-final. "Disponível em: (URL/DOI)"
- *Livro ou monografia on-line:* Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título [documento em Internet]. Edição. Local de publicação (cidade): editora; data de publicação [dia mês (abreviado) ano da última atualização; dia mês (abreviado) 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. Disponible en: 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. Disponible en: 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. Disponible en: 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: Manuscript 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: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/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, content synthesis 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 author's 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.