



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

AVANCES EN ENFERMERÍA

Dolly Montoya Castaño
RECTOR GENERAL

Pablo Enrique Abril Contreras
VICERRECTOR GENERAL

Carlos Augusto Hernández
VICERRECTOR ACADÉMICO

Juan Camilo Restrepo Gutiérrez
VICERRECTOR SEDE BOGOTÁ

Carmen Alicia Cardozo
SECRETARÍA 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

Carolina Lucero Enríquez Guerrero
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

Virginia Inés Soto Lesmes
DIRECTORA DE LA DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN

Lorena Chaparro Díaz
SECRETARÍA 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

Virginia Inés Soto Lesmes, 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

Roberto Silva Fhon, Ph.D.
Universidade de São Paulo

Dirce Stein Backes, Ph.D.
Universidade Franciscana

Olga Marina Vega Angarita, Ph.D.
Universidad Francisco de Paula
Santander

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

Angélica María García Pedraza

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 (PUBINDEX), categoría C.

Fuente Académica de EBSCO

Plataforma REDIB

Scientific Electronic Library Online (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)

Ulrich's Periodicals Directory

**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. PRICILA ORLANDI BARTH Universidade Federal de Santa Catarina	MG. VIRGÍNIA DOS SANTOS SOUZA Universidade Federal da Bahia
DRA. DOLORES SILVESTRE CASTELLO Universidad de Valencia	DRA. REJANE MARIE DAVIM Universidade Federal do Rio Grande do Norte
DOC. MARCELO MEDEIROS Universidade de São Paulo	DRA. SILVANA ROSSI KISSULA SOUZA POSSUI Universidade Estadual do Oeste do Paraná
MG. LILIA BUITRAGO MALAVER Universidad Nacional de Colombia	DRA. MARIA MESSIAS Faculdade São Camilo
MG. CLAUDIA BONILLA IBAÑEZ Universidad Nacional de Colombia	MG. CHRIS TIBES-CHERMAN Universidade de São Paulo
DR. JORGE LUIZ LIMA DA SILVA Universidade Federal Fluminense	DRA. ROSA ORIHUELA ESPINOZA Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
DR. GELSON AGUIAR MOSER Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS	MG. AMPARO MONTALVO PRIETO Universidad de Cartagena
DRA. FABIANA JOAQUIM Universidade Federal Fluminense	DRA. IVETE PALMIRA ZAGONEL Faculdades Pequeno Príncipe
DRA. ELIANE RAMOS PEREIRA Universidade do Estado do Rio de Janeiro	DRA. DÉBORA VIEIRA DE ALMEIDA Prefeitura Municipal de São José dos Campos
DRA. IEDA CARNEIRO Hospital Universitário da Unifesp	DRA. ERIKA PALACIOS ROSAS Universidad de las Américas Puebla
DRA. DULCINÉIA GHIZONI SCHNEIDER Universidade Federal de Santa Catarina	DRA. FÁTIMA HELENA DO ESPÍRITO SANTO Universidade Federal Fluminense

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 2 mayo-agosto 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

141 **Emprendimiento en enfermería: estrategia proponente de un nuevo pensar y actuar**

Dirce Stein Backes

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

143 **Adesão farmacológica e conhecimento de pacientes anticoagulados**

La adhesión farmacológica y el conocimiento de los pacientes anticoagulados

Pharmacological adherence and knowledge of anticoagulated patients

Thaísa Remigio Figueirêdo, Christefany Régia Braz Costa, Maria Mariana Barros Melo da Silveira, Hirla Vanessa Soares de Araújo, Tâmara Silva, Simone Maria Muniz da Silva Bezerra

153 **Las semanas de gestación como factor asociado a la práctica de la lactancia materna inmediata**

As semanas de gestação como fator associado à prática da amamentação materna imediata

Gestation weeks as an associated factor to the practice of immediate breastfeeding

Jeyma Talía Patiño Suárez, Yolanda Campos-Uscanga

161 **Agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas con cardiopatías isquémicas**

Agência de auto-cuidado e auto-eficácia em pessoas com doença isquêmica do coração

Self-care agency and perceived self-efficacy in persons with ischemic heart disease

Reinaldo Gutiérrez Barreiro, Ana Maritza Gómez Ochoa

170 **Perfil epidemiológico dos detentos: patologias notificáveis**

Perfil epidemiológico de los detenidos: patologías notificables

Prisoners' epidemiological profile: notifiable pathologies

Eliana Lessa Cordeiro, Tânia Maria da Silva, Liniker Scolfid Rodrigues da Silva, Carlos Eduardo de Araújo Pereira, Fernanda de Barros Patricio, Camila Mendes da Silva

179 **Associação entre cognição e habilitação para direção veicular em idosos**

Asociación entre cognición y habilitación para conducir en adultos mayores

Association between cognition and habilitation for vehicular driving in the elderly

Maria Helena Lenardt, Maria Angélica Binotto, Nathalia Hammerschmidt Kolb Carneiro, Tânia Maria Lourenço, Clovis Cechinel

188 **Comodidad del paciente en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular**

O conforto do paciente em uma unidade de terapia intensiva cardiovascular

Patient comfort at an intensive cardiovascular care unit

María Isabel Ruiz Góngora, Luz Patricia Díaz Heredia

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

197 **Parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar do bebê no nascimento**

Parâmetros utilizados en la evaluación del bienestar del bebé al nacimiento

Parameters used in the evaluation of the baby's welfare at birth

Juliana Machado ScharDOSim, Nayara Lauane de Araújo Rodrigues, Daphne Rattner

209 **Relación entre la violencia contra la mujer y el Índice de Masa Corporal: revisión integradora**

Relação entre violência contra mulheres e Índice de Massa Corporal: revisão integrativa

Relation between violence against women and Body Mass Index: integrative review

Lucía Caudillo Ortega, Carolina Valdez Montero, María Luisa Flores Arias, Jessica Guadalupe Ahumada Cortez, Mario Enrique Gámez Medina, Víctor Manuel Ramos Frausto

ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN NO DERIVADO
DE INVESTIGACIÓN

220 **Reflexões sobre a complexidade de um
estilo de vida saudável**

Reflexiones sobre la complejidad de un estilo de
vida saludable

Reflections on the complexity of a healthy
lifestyle

Claudio Bispo de Almeida, Cezar Augusto Casotti, Edite Lago da
Silva Sena

230 **Pesquisa em enfermagem sustentada no
referencial fenomenológico de Martin
Heidegger: subsídios para o cuidado**

Investigación en enfermería sostenida en el
referencial fenomenológico de Martin Heidegger

Nursing research supported by the
phenomenological framework of Martin
Heidegger

Marcela Astolphí de Souza, Luciana Palacio Fernandes Cabeça,
Luciana de Lione Melo

Emprendimiento en enfermería: estrategia proponente de un nuevo pensar y actuar

• Dirce Stein Backes¹ •

•1• Doctora en Enfermería. Coordinadora del Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde Materno Infantil y Líder del Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem/Saúde, Universidade Franciscana, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Becaria de Productividad en Pesquisa de CNPq. E-mail: backesdirce@unifra.br

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n2.75934

Entre los abordajes de inducción profesional en el mercado de trabajo autónomo se destaca, de forma creciente, el emprendimiento, como herramienta estratégica y proponente de un nuevo pensar y actuar profesional. El emprendimiento no se constituye propiamente en una disciplina académica, sino en estrategia inductora de la autonomía profesional y el aprovechamiento integral de las habilidades racionales e intuitivas, o sea, una herramienta capaz de inducir a nuevas oportunidades y posibilidades de trabajo y renta (1, 2).

El concepto de emprendimiento fue discutido, inicialmente, en el ámbito económico y, en poco tiempo, se expandió hacia las diferentes áreas del conocimiento, como la social, la política, la institucional y más recientemente en el área de la salud. El emprendimiento para los economistas, por ejemplo, está asociado al desarrollo económico, en el cual el emprendedor prospecta el desarrollo tecnológico y de innovación. Ya, para los comportamentalistas, el emprendimiento está asociado a las actitudes emprendedoras (2, 3).

En el área de la salud, el emprendimiento viene destacándose y abriendo posibilidades en la generación de nuevos espacios de inserción en el mercado y, principalmente, como imperativo para el despertar

de nuevos abordajes de concepción y de acción en la perspectiva de la promoción, de la protección y de la educación en salud. En la enfermería, la visión emprendedora ha asumido una connotación tanto empresarial, relacionada con la creación o perfeccionamiento de algo para generar beneficios de mercado, como social, asociada a la habilidad de promover procesos interactivos y asociativos con miras a la emancipación de individuos, familias y comunidades, como protagonistas de su propia historia (4).

Para acompañar el escenario local y global, motivado por cambios continuos, el enfermero necesita estar apto para reconocer que, aun con múltiples competencias, debe ser osado, en el sentido de explorar las oportunidades y visualizar nuevos espacios de inserción social, considerando que ser emprendedor es ser capaz de protagonizar nuevos campos y prácticas de actuación profesional (5). Un estudio demuestra que aunque el emprendimiento sea poco incentivado en el pregrado de enfermería, el mismo puede ser activado a partir de influencias familiares y sociales, así como por medio de ambientes agregadores y potencializadores de nuevas ideas (6).

Otro estudio demuestra que las iniciativas emprendedoras de negocio del profesional en Enfermería,

aún se concentran en su mayoría, en regiones de gran concentración poblacional y de polos comerciales, industriales y de prestación de servicios (7). Con base en estas y otras constataciones es primordial ampliar las iniciativas emprendedoras de enfermería, en el sentido de trascender espacios tradicionales de cuidado en salud, incrementar la producción tecnológica e impactar con productos académico-científicos de calidad, aplicables y generadores de cambios en la sociedad del conocimiento.

La enfermería es, por tanto, una de las áreas donde podría haber una gran explosión emprendedora, por su carácter interactivo e integrador en el equipo de salud. Para esto, es imprescindible que se trasciendan barreras culturales, de las cuales se destacan: la autoconfianza; la credibilidad entre los propios profesionales de enfermería; la necesidad de desarrollar abordajes teórico-metodológicos propios, que correspondan a las características profesionales; a la disciplina proactiva, condición para la superación de las tres primeras barreras; a la necesidad de compartir y de cooperación interprofesional, además de la superación de esquemas profesionales asistencialistas.

La academia tiene, por lo tanto, un papel fundamental en el apalancamiento de procesos formativos emprendedores. Es necesario, de forma progresiva, valorar y potencializar las iniciativas de los estudiantes; señalar que en el área de enfermería existen otras oportunidades de actuación profesional que van más allá del trabajo formal en hospitales y unidades de salud y demostrar que el enfermero tiene potencial para ampliar las posibilidades de intervención en el mercado de trabajo por la conducción de su propio emprendimiento. Enfermeros emprendedores, en síntesis, hacen que suceda y buscan transformar su sueño en realidad.

Referencias

- (1) Lisetchi M, Brancu L. The entrepreneurship concept as a subject of social innovation. *Procedia-social Behav Sci* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Dec 28]; 124(5):87-92. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.02.463>
- (2) Drucker PF. *Inovação e espírito empreendedor: prática e princípios*. 14ª reimpressão da 1ª ed. São Paulo: Cengage Learning; 2012. 960 p.
- (3) Almeida J, Santos E, Ferreira J, Albuquerque C. Desemprego e empreendedorismo: da ambiguidade da relação conceitual à eficácia das práticas de intervenção social. *Plural, Rev Ciênc Soc* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 24 out 2018]; 20(1):31-56. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-8099.pcsoc.2013.69562>
- (4) Backes DS, Marchiori MCT, Dalcin CB, Dutra L, Toson M, Dal Ben LW. Entrepreneurial Learning in Nursing a Propulsive Strategy of New Spaces for Professional Performance. *J Entrepren Organiz Manag* [serial on the Internet]. 2018 [access: 24 out 2018]; 7(3):248-54. Available from: DOI: [DOI: 10.4172/2169-026X.1000248](https://doi.org/10.4172/2169-026X.1000248)
- (5) Andrade AC, Ben LWD, Sanna MC. Entrepreneurship in Nursing: overview of companies in the State of São Paulo. *Rev Bras Enferm* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Dec 31]; 68(1):40-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680106p>
- (6) Black BP. *Professional Nursing: Concepts and challenges*. 7th ed. St. Louis: Saunders, Elsevier; 2014. p. 10.
- (7) Villarinho PRL. *Features and skills of Nurses entrepreneurs acquired by learning in the middle of training and professional practice* [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2016.

Adesão farmacológica e conhecimento de pacientes anticoagulados*

La adhesión farmacológica y el conocimiento de los pacientes anticoagulados

Pharmacological adherence and knowledge of anticoagulated patients

• Thaisa Remigio Figueirêdo¹ • Christefany Régia Braz Costa² • Maria Mariana Barros Melo da Silveira³ • Hirla Vanessa Soares de Araujo⁴ • Tâmara Silva⁵ • Simone Maria Muniz da Silva Bezerra⁶ •

* Estudo vinculado ao projeto principal intitulado "Qualidade de vida, autocuidado e adesão farmacológica de pacientes em uso de anti-coagulantes orais", desenvolvido no ambulatório de um hospital de ensino de referência na área de cardiologia em Recife, Pernambuco, no período de março a junho de 2015.

•1• Doutoranda do Programa de Pós-graduação Associado-UPE/UEPB da Universidade de Pernambuco, Recife-PE, Brasil. E-mail: tharemigio@gmail.com

•2• Mestra em Ciências. Maceió-AL, Brasil. E-mail: christefany.enf@hotmail.com

•3• Mestra em Ciências da Saúde. Recife-PE, Brasil. E-mail: marianabms@gmail.com

•4• Doutoranda do Programa de Pós-graduação Associado-UPE/UEPB da Universidade de Pernambuco, Recife-PE, Brasil. E-mail: hirlavs.araujo@gmail.com

•5• Doutoranda do Programa de Pós-graduação Associado-UPE/UEPB da Universidade de Pernambuco, Recife-PE, Brasil. E-mail: tamarasilvaf@hotmail.com

•6• Doutora em Ciências. Professora associada da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco. Recife-PE, Brasil. E-mail: simonemunizm2@gmail.com

Recibido: 14/02/2017 Aprobado: 02/05/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n2.62641



Resumo

Objetivo: investigar a adesão farmacológica e o conhecimento de pacientes sob terapia de anticoagulação oral acompanhados ambulatorialmente.

Método: estudo transversal, com abordagem quantitativa.

Resultados: 222 pacientes foram avaliados; destes, 60,8 % foram classificados como não aderentes, e 63,1 % possuíam conhecimento não adequado em relação ao anticoagulante oral. A não adesão foi relacionada ao maior tempo de tratamento ($p < 0,001$) e aos pacientes com valores da Razão Normalizada Internacional (RNI) fora da faixa terapêutica ($p = 0,022$). O conhecimento não adequado foi associado à baixa escolaridade ($p < 0,001$), ao sedentarismo ($p = 0,027$), ao menor tempo de acompanhamento ambulatorial ($p < 0,001$) e aos pacientes com valores da RNI fora da faixa terapêutica ($p = 0,012$).

Conclusões: diante dos resultados, evidencia-se a necessidade de estratégias de educação em saúde que atendam a esse público e que considerem a compreensão individual e a adesão farmacológica como algo crucial na terapia.

Descritores: Adesão à Medicação; Anticoagulantes; Conhecimento do Paciente sobre a Medicação; Enfermagem (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: investigar la adherencia farmacológica y el conocimiento de pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales con acompañamiento en ambulatorio.

Método: estudio transversal con enfoque cuantitativo.

Resultados: se evaluaron 222 pacientes; de ellos el 60,8 % se clasificaron como no adherentes, y el 63,1 % poseían conocimiento inadecuado sobre la anticoagulación oral. La no adhesión estaba relacionada con un tratamiento más prolongado ($p < 0,001$) y con los pacientes con valores de International Normalized Ratio (INR) fuera del rango terapéutico ($p = 0,022$). El conocimiento no adecuado se asoció al menor nivel educativo ($p < 0,001$), al sedentarismo ($p = 0,027$), al menor tiempo de acompañamiento en ambulatorio ($p < 0,001$) y a los pacientes con valores de INR fuera del rango terapéutico ($p = 0,012$).

Conclusión: con base en los resultados se evidencia la necesidad de estrategias de educación en salud que atiendan a ese público, teniendo en cuenta la comprensión individual y la adhesión farmacológica como algo crucial en la terapia.

Descriptores: Anticoagulantes; Cumplimiento de la Medicación; Conocimiento de la Medicación por el Paciente; Enfermería (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to investigate the pharmacological adherence and the knowledge of patients undergoing oral anticoagulation therapy with outpatients follow-up.

Method: cross-sectional study with quantitative approach.

Results: 222 patients were evaluated, of which 60.8 % were classified as non-adherents and 63.1 % had inadequate knowledge regarding oral anticoagulant. Non-adherence was related to longer treatment time ($p < 0.001$) and to patients with INR values outside the therapeutic range ($p = 0.022$). Inadequate knowledge was associated with low educational level ($p < 0.001$), sedentary lifestyle ($p = 0.027$), shorter outpatient follow-up ($p < 0.001$), and patients with INR values outside the therapeutic range ($p = 0.012$).

Conclusion: in view of the results, it is evident the need for health education strategies that address this public, considering individual understanding and pharmacological adherence as crucial in therapy.

Descriptors: Patient Medication Knowledge; Medication Adherence; Anticoagulants; Nursing (source: DeCS, BIREME).

Introdução

Os medicamentos representam uma das principais modalidades terapêuticas nas práticas em saúde. Com o aumento expressivo da prevalência de doenças crônicas nas últimas décadas, o uso de medicações para o controle dessas enfermidades e para a prevenção de complicações a médio e longo prazos vem acompanhando esse perfil epidemiológico (1).

No escopo das doenças crônicas, estão presentes as doenças cardiovasculares e, dentre estas, encontram-se as que necessitam de terapia permanente com Anticoagulantes Orais (ACOS). Os ACOS são fármacos cada vez mais utilizados que possuem eficácia e segurança comprovadas, além de inúmeras indicações na prevenção e gerenciamento de eventos tromboembólicos, decorrentes de cardiopatias diversas e coagulopatias (2, 3).

Embora reconhecidos pela eficácia e pela segurança, o uso dos ACOS exige dos pacientes uma série de cuidados. Para usufruir dos benefícios protetores da anticoagulação oral e tornar seguro o tratamento, é indispensável o controle rigoroso das taxas de coagulação (2). Para este controle, são utilizados testes laboratoriais, como o Tempo de Tromboplastina Parcial (TTP) e o Tempo de Protrombina (TP), expressos pela Razão Normalizada Internacional (RNI), cuja determinação melhorou substancialmente a qualidade da monitorização dos pacientes anticoagulados (2, 4).

A manutenção da RNI desejável aos pacientes que fazem uso de ACOS depende de fatores que agem influenciando na eficácia da droga e ocasionam instabilidade do tratamento (2, 4). Esses fatores estão relacionados a aspectos individuais, alimentares e a interações medicamentosas. Em relação aos aspectos individuais, a intencionalidade do paciente à adesão farmacológica ganha destaque na literatura e tem sido incluída na lista de preocupações dos profissionais de saúde (5).

O conceito de adesão terapêutica varia entre diversos autores, entretanto pode ser compreendido como a medida de comportamento dos pacientes correspondente às orientações dos profissionais de saúde (6). A não adesão farmacológica, por sua vez, pode caracterizar-se de várias formas, incluindo a ingestão do medicamento na dose ou

horários incorretos, o esquecimento e, até mesmo, a interrupção do tratamento antes do previsto (7).

Por assim ser, a adesão a qualquer tratamento proposto envolve adaptações do paciente por meio de participação ativa na mudança de estilo de vida que vai além do seguimento a rigor da terapia medicamentosa (8), estando associada à educação, ao conhecimento sobre a terapia e a diversos fatores sociodemográficos e clínicos intervenientes (9). As ações educativas e a avaliação do grau de conhecimento dos pacientes sobre a doença são fatores que colaboram na adesão ao tratamento com uso de ACOS, promovendo saúde e prevenindo complicações que podem representar problemas para a saúde pública (9).

Nesse contexto, os ambulatórios especializados de anticoagulação oral têm como objetivos acompanhar os pacientes e orientá-los sobre os cuidados necessários com a medicação, bem como sobre os fatores que podem interferir no tratamento (4). A atuação do profissional enfermeiro tem sido um diferencial nesse cenário, apesar de a sua participação em clínicas especializadas de anticoagulação oral ainda constituir prática incipiente no Brasil (4). Nessa perspectiva, é importante ressaltar que o conhecimento do paciente em relação ao seu tratamento reforçado por meio de ações educativas pode contribuir para adesão à medicação e que os serviços especializados para o acompanhamento desses pacientes favorecem o desenvolvimento dessas ações, permitindo maior aproximação entre profissional e paciente.

Com base no exposto, a complexidade do seguimento desses pacientes à terapia com ACOS demonstra a importância da realização do presente estudo uma vez que diversos fatores podem interferir no conhecimento relacionado ao tratamento e na adesão farmacológica, o que repercute em episódios indesejáveis como eventos hemorrágicos e/ou tromboembólicos. Além disso, a identificação do perfil dos pacientes atendidos nesses serviços especializados permite uma avaliação integralizada, o que constitui requisito fundamental para garantia de melhor planejamento da assistência à saúde, sucesso terapêutico e promoção da saúde.

Nesse sentido, considerando a hipótese de que variáveis sociodemográficas e clínicas influenciam diretamente o conhecimento sobre a terapia e a adesão farmacológica, o objetivo deste estudo foi investigar os fatores que influenciam a adesão farmacológica e o conhecimento de pacientes anticoagulados em acompanhamento ambulatorial.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, vinculado ao projeto principal intitulado “Qualidade de vida, autocuidado e adesão farmacológica de pacientes em uso de anticoagulantes orais”, desenvolvido no ambulatório de um hospital de ensino de referência na área de cardiologia em Recife, Pernambuco (Brasil), no período de março a junho de 2015.

A amostra do estudo foi formada por 222 pacientes, em acompanhamento ambulatorial, obtida de forma aleatória simples mediante sorteio. Foram incluídos no estudo os pacientes com idade igual ou acima de 18 anos, cujo anticoagulante em uso era a Varfarina, em seguimento ambulatorial e que demonstraram capacidade cognitiva para responder à entrevista.

A avaliação da adesão foi obtida mediante a utilização do Teste de Morisky (10), adaptado e validado para uso no Brasil, em uma população de hipertensos (11) e aplicada no contexto de tratamentos para doenças crônicas, no qual se pode incluir a terapia de anticoagulação oral (2, 12). O instrumento é composto por quatro questões que permitem respostas do tipo “sim” e “não” e que avaliam como os pacientes se comportam ante o uso crônico de determinadas medicações, de acordo com sua condição clínica. A classificação da adesão farmacológica é realizada considerando-se que todas as respostas negativas representam a adesão ao tratamento medicamentoso, enquanto, se houver pelo menos uma das respostas positivas, o paciente é classificado como não aderente.

A utilização desse instrumento permite, ainda, outra classificação relacionada às questões que são respondidas positivamente. Se a questão 1 ou a questão 2 são respondidas de forma positiva, a não adesão é considerada como não intencional, enquanto se as questões 3 ou 4 são respondidas de forma positiva, então, a não adesão é considerada intencional (13).

Para a avaliação do conhecimento, foi utilizado um instrumento adaptado e validado para uso no Brasil (14), composto de 11 questões. As opções de resposta aos questionamentos são “sabe”, “sabe parcialmente” ou “não sabe”, sendo atribuídos os seguintes valores para fins estatísticos: zero para resposta “não sabe”; meio ponto para a “sabe parcialmente” e um ponto para a resposta “sabe”.

Assim, são questionados ao paciente: 1) o nome do anticoagulante que está tomando; 2) para que serve o medicamento; 3) o motivo de estar toman-

do o medicamento; 4) os efeitos colaterais do anticoagulante (ao menos 1); 5) se sabe a dose do ACO que está tomando; 6) há quanto tempo faz uso do ACO; 7) o que pode acontecer se não tomar o ACO; 8) qual o valor-alvo da RNI; 9) os fatores que podem interferir nos níveis da RNI (ao menos 1); 10) se sabe que cuidados tem que ter por estar usando o ACO (ao menos 2), e 11) se ficou satisfeito com as orientações sobre a terapia com ACO, recebidas no início do tratamento. O conhecimento, avaliado a partir da soma das respostas, obedece à seguinte classificação: até quatro pontos, conhecimento insuficiente; acima de quatro e até oito pontos, conhecimento regular; acima de oito pontos, conhecimento adequado (15).

Os dados foram armazenados e analisados através de recursos da estatística descritiva e inferencial, com o *software* IBM SPSS 20.0. Para a comparação das proporções, foi utilizado o teste do qui-quadrado, adotando $p < 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o estudo foi realizado, sob protocolo de n.º 983.937 e Caae n.º 40372214.0.0000.5192.

Resultados

Caracterização sociodemográfica e clínica

A amostra caracterizou-se por maioria do sexo feminino (64,4 %), cor parda (57,2 %), estado civil casado(a)/união consensual (54,5 %), de aposentados/pensionistas (57,2 %) e com média de idade de $54,7 \pm 13,8$ anos, variando de 18 a 87 anos. A escolaridade foi considerada baixa, já que 43,7 % apresentavam Ensino Fundamental Incompleto, e 14 % eram analfabetos.

Em relação às principais indicações para a terapia com ACOS, destacaram-se Fibrilação Atrial (50,4 %) e Valvopatias (50,4 %), podendo estar associadas. A avaliação dos antecedentes pessoais demonstrou que 91 % eram hipertensos, 53,6 % sedentários, 15,8 % tinham hábito de ingerir bebida alcoólica e 6,8 % eram tabagistas.

A Tabela 1 traz os dados relativos ao acompanhamento ambulatorial dos participantes do estudo. Dos 222 entrevistados, 200 pacientes apresentaram valores anteriores da RNI, obtidos mediante avaliação clínica, e 22 pacientes encontravam-se no primeiro dia de acompanhamento ambulatorial, não apresentando, portanto, valores prévios do exame.

Tabela 1. Dados de acompanhamento ambulatorial dos pacientes sob terapia de anticoagulação oral (N = 222) (Recife-PE, Brasil, 2015)

Variáveis	N	%
Faixa da RNI — última avaliação anterior à consulta		
Abaixo da faixa indicada	75	37,5
Normal*	87	43,5
Acima da faixa indicada	38	19
Faixa da RNI ajustada na consulta**		
Abaixo da faixa indicada	81	36,5
Normal* — ajuste da dose não necessária	95	42,8
Acima da faixa indicada	46	20,7
Tempo de tratamento (anticoagulação)		
≤ 6 meses	76	34,2
> 6 meses	146	65,8
Tempo de acompanhamento ambulatorial		
≤ 6 meses	144	64,9
> 6 meses	78	35,1
Complicações durante o tratamento		
Hemorrágica	47	21,2
Tromboembólica	26	11,7
Sem complicações	149	67,1

Fonte: dados da pesquisa.

*Adotou-se RNI normal para portadores de valvas mecânicas 2,5 a 3,5 e para as demais indicações 2,0 a 3,0.

** Incluídos os pacientes que se encontravam no primeiro dia de acompanhamento ambulatorial.

Observando-se os resultados de avaliações anteriores da RNI, obtidos no dia da entrevista e durante a consulta ambulatorial, percebeu-se que 56,5 % dos pacientes apresentaram valores da RNI fora da faixa terapêutica. Já em relação aos valores da RNI atuais, incluindo-se os pacientes que iam pela primeira vez à consulta ambulatorial, 57,2 % apresentaram valores não ideais e, portanto, com a dose do anticoagulante inadequada para suas necessidades.

Quanto ao tempo de uso do anticoagulante oral, observou-se que 65,8 % dos pacientes estavam em tratamento há mais de seis meses, entretanto 35,1 %, no momento da entrevista, encontravam-se em acompanhamento ambulatorial há pelo menos seis meses. O tempo de acompanhamento ambulatorial ficou entre 4,2 e 4,7 meses, variando desde pacientes no primeiro dia de acompanhamento até aqueles acompanhados há mais de um ano.

Quando questionados acerca de possíveis complicações relacionadas ao uso de ACOS, 21,2 % referiram ter apresentado episódios hemorrágicos e 11,7 % tromboembólicos.

Adesão farmacológica e conhecimento sobre o tratamento

Na avaliação da adesão farmacológica, mediante a aplicação do Teste de Morisky (10), foi encontrado um percentual de não adesão de 60,8 %. Considerando, ainda, a classificação da não adesão segundo a intencionalidade do paciente, houve predominância do tipo não intencional (115/51,8 %) conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2. Avaliação da adesão farmacológica de pacientes em uso de anticoagulantes orais (N = 222) (Recife-PE, 2015)

Adesão farmacológica (Teste de Morisky)	N	%
Aderente	87	39,2
Não aderente intencional	7	3,2
Não aderente não intencional	115	51,8
Não aderente intencional e não intencional	13	5,9

Fonte: dados da pesquisa.

Foi avaliada, também, a relação das variáveis sociodemográficas e clínicas como fatores de risco e proteção para a não adesão farmacológica. Nesta análise, de forma estatisticamente significativa, figuram o risco aumentado para a não adesão entre pacientes sem ajuste adequado da RNI (OR: 1,279; IC 95 %: 1,039-1,574; $p = 0,02$) e o tempo de tratamento de até seis meses como fator de proteção para adesão (OR: 0,672; IC 95 %: 0,515-0,878; $p = 0,001$) (Tabela 3).

Na avaliação do conhecimento dos pacientes relacionado ao uso de ACOS, em apenas 36,9 % foram considerados adequados, ou seja, foram obtidas pontuações maiores ou iguais a 8 pontos após a aplicação do instrumento. Ao analisar a associação entre o conhecimento adequado e as variáveis sociodemográficas e clínicas, observou-se significância estatística com a idade menor que 60 anos (75,6 %; $p = 0,004$) e com o maior tempo de tratamento (75,6 %; $p = 0,018$) (Tabela 4). Já, ao verificar a associação do conhecimento inadequado com as mesmas variáveis, foi possível observar dados significativos com o menor tempo de estudo (77,9 %; $p < 0,001$), sedentarismo (59,3 %; $p = 0,027$), menor tempo de acompanhamento ambulatorial (75,0 %; $p < 0,001$) e RNI sem ajuste adequado da dose (63,6 %; $p = 0,012$) (Tabela 4). Não houve associação significativa entre a adesão farmacológica e o conhecimento ($p = 0,746$).

Tabela 3. Avaliação da relação das variáveis socio-demográficas e clínicas como fatores de risco e proteção para a não adesão farmacológica. (N = 222) (Recife-PE, Brasil, 2015)

Variáveis	Não aderentes (n / %)	OR*	IC 95 %**	p***
Idade < 60 anos	90 / 66,7	1,149	0,912-1,448	0,224
Idade ≥ 60 anos	45 / 33,3			
Feminino	87 / 64,4	1,001	0,803-1,249	0,991
Masculino	48 / 35,6			
Com companheiro	68 / 50,4	0,847	0,687-1,045	0,123
Sem companheiro	67 / 49,6			
Recife e Região Metropolitana	101 / 74,8	1,126	0,874-1,450	0,341
Interior	34 / 25,2			
Até 9 anos de estudo	90 / 66,7	0,94	0,755-1,172	0,591
Mais que 9 anos de estudo	45 / 33,3			
Até 1 salário-mínimo	91 / 67,4	1,013	0,808-1,270	0,909
Maior que 1 salário-mínimo	44 / 32,6			
Em atividade laboral	36 / 26,7	1,219	0,980-1,517	0,103
Sem atividade laboral	99 / 73,3			
Hipertensos	126 / 93,3	1,386	0,844-2,277	0,129
Não hipertensos	9 / 6,7			
Diabéticos	22 / 16,3	0,886	0,655-1,199	0,406
Não diabéticos	113 / 83,7			
Sedentários	71 / 52,6	0,96	0,778-1,186	0,707
Não sedentários	64 / 47,4			
Tabagista	8 / 5,9	0,869	0,535-1,413	0,539
Não tabagista	127 / 94,1			
Etilista	17 / 12,6	0,77	0,538-1,101	0,106
Não etilista	118 / 87,4			
Até 6 meses de tratamento	35 / 25,9	0,672	0,515-0,878	0,001
Mais de 6 meses de tratamento	100 / 74,1			
Até 6 meses de acompanhamento	83 / 61,5	0,865	0,701-1,067	0,188
Mais de 6 meses de acompanhamento	52 / 38,5			
RNI com ajuste adequado	66 / 48,9	1,279	1,039-1,574	0,022
RNI sem ajuste adequado	69 / 51,1			
Gasto com a medicação	125 / 92,6	1,238	0,788-1,944	0,299
Sem gasto com a medicação	10 / 7,4			
TOTAL	135 / 60,8			

Fonte: dados da pesquisa.

*Odds ratio.

**Intervalo de confiança (95 %).

*** Teste de qui-quadrado.

Tabela 4. Associação entre conhecimento e variáveis sociodemográficas e de saúde (N = 222) (Recife-PE, Brasil, 2015)

Variáveis	Conhecimento inadequado**		Conhecimento adequado**		Valor de p*
	N	%	N	%	
Idade < 60 anos	79	56,4	62	75,6	0,004
Idade ≥ 60 anos	61	43,6	20	24,4	
Feminino	84	60,0	59	72,0	0,073
Masculino	56	40,0	23	28,0	
Com companheiro	74	52,9	47	57,3	0,52
Sem companheiro	66	47,1	35	42,7	
Recife e Região Metropolitana	99	70,7	62	75,6	0,43
Interior	41	29,3	20	24,4	
≤ 9 anos de estudo	109	77,9	42	51,2	<0,001
> 9 anos de estudo	31	22,1	40	48,8	
Até 1 salário-mínimo	97	69,3	52	63,4	0,369
Maior que 1 salário-mínimo	43	30,7	30	36,6	
Em atividade laboral	31	22,1	20	24,4	0,701
Sem atividade laboral	109	77,9	62	75,6	
Hipertensos	127	90,7	75	91,5	0,851
Não hipertensos	13	9,3	7	8,5	
Diabéticos	22	15,7	18	22,0	0,243
Não diabéticos	118	84,3	64	78,0	
Sedentários	83	59,3	36	43,9	0,027
Não sedentários	57	40,7	46	56,1	
Tabagista	11	7,9	4	4,9	0,393
Não tabagista	129	92,1	78	95,1	
Etilista	21	15,0	14	17,1	0,682
Não etilista	119	85,0	68	82,9	
≤ 6 meses de tratamento	56	40,0	20	24,4	0,018
> 6 meses de tratamento	84	60,0	62	75,6	
≤ 6 meses de acompanhamento	105	75,0	39	47,6	<0,001
> 6 meses de acompanhamento	35	25,0	43	52,4	
RNI com ajuste adequado	51	36,4	44	53,7	0,012
RNI sem ajuste adequado	89	63,6	38	46,3	
Total	140	100	82	100	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste do qui-quadrado

**O conhecimento foi considerado "inadequado" quando obtidas pontuações até oito pontos e "adequado" quando atingido escore acima de oito pontos, mediante a aplicação do instrumento, conforme descrição anterior.

Discussão

A não adesão farmacológica pode ser caracterizada tanto como a utilização dos medicamentos prescritos de forma diferente do proposto pelo profissional de saúde quanto pela interrupção do tratamento (16, 17). Tem sido evidenciada mundialmente como um desafio para melhora das condições de saúde à medida que implica a diminuição das taxas de mortalidade e reduz custos hospitalares (17).

No presente estudo, foi evidenciado, a partir da aplicação do Teste de Morisky (10) para a avaliação da adesão farmacológica, que apenas 39,2 % dos pacientes aderiam bem ao uso do anticoagulante. Resultado bastante semelhante foi encontrado em estudo sobre a adesão farmacológica ao anticoagulante oral (2), em relação ao percentual de pacientes aderentes à terapia de anticoagulação oral (39,1 %). Em contrapartida, o elevado percentual de não adesão identificado, considerado como um problema importante de saúde pública no contexto das doenças crônicas (5), ressalta a real necessidade de desenvolvimento de estratégias apropriadas de enfrentamento.

Outro aspecto importante observado na avaliação da adesão farmacológica dos participantes do presente estudo foi o predomínio da não adesão classificada como não intencional (51,8 %), corroborando com os achados de pesquisa realizada em pacientes com doenças gastrointestinais crônicas sobre a adesão ao tratamento medicamentoso (12), (78,1 % de não adesão não intencional) e demonstrando que, na maioria das vezes, a não adesão se deve ao esquecimento e ao descuido em relação ao horário de tomar o medicamento. Esse achado também pode indicar uma certa despreocupação por parte dos pacientes em utilizar o medicamento de forma correta (12).

Ressalta-se que a não utilização do ACO da maneira adequada, seja por esquecimento, seja, até mesmo, por interrupção do tratamento, pode gerar repercussões importantes na vida do paciente, levando ao desajuste da intensidade da anticoagulação, mensurada pela RNI, à inadequação das doses ideais de acordo com cada condição clínica e, conseqüentemente, a um maior risco de complicações relacionadas ao tratamento.

No presente estudo, 21,2 % dos pacientes referiram ter apresentado, em algum momento do tratamento, episódios hemorrágicos, corroborando com resultados de estudos prévios (2, 18), e 11,7 % relataram a ocorrência de eventos tromboembólicos. Também foi possível observar que, ao analisar os últimos registros da RNI dos entrevistados, a maioria encon-

trava-se fora da faixa terapêutica preconizada, de forma semelhante a outros estudos que avaliaram a RNI em pacientes acompanhados ambulatorialmente, de instituições públicas e privadas (19, 20).

Ao avaliar a adesão farmacológica em função das variáveis sociodemográficas e clínicas, foi possível observar um maior percentual de não adesão entre os pacientes sem ajuste adequado da RNI e com tempo de tratamento superior a seis meses. Foram avaliados, também, quais fatores configuravam risco e proteção para não adesão e adesão, respectivamente, ao uso de anticoagulantes orais, em que, de forma estatisticamente significativa, identificou-se o risco aumentado para não adesão entre pacientes sem ajuste adequado da RNI ($p = 0,02$) e o tempo de tratamento de até seis meses como fator de proteção para adesão ($p = 0,001$).

O maior risco para a não adesão farmacológica entre pacientes sem ajuste adequado da RNI, ou seja, que não apresentavam estabilidade da dose do medicamento, corrobora com estudo desenvolvido (21) cujos resultados evidenciaram que indivíduos não aderentes demandam de mais tempo para atingir essa estabilidade. Em estudo sobre a adesão farmacológica ao anticoagulante oral (2), por sua vez, não foram observadas associações significativas entre a estabilidade da dose e dos valores da RNI com a adesão à medicação.

Em relação ao achado de que o tempo de tratamento de até seis meses constitui fator de proteção para adesão, embora não tenham sido identificadas evidências semelhantes nas diversas pesquisas analisadas, esse fato pode justificar-se pelo maior comprometimento e determinação dos pacientes em seguir as orientações e recomendações fornecidas pelos profissionais que integram as equipes multidisciplinares, no início da terapia de anticoagulação oral.

Em estudo sobre conhecimento do paciente e adesão à anticoagulação oral (19), os autores afirmam que ações educativas bem estruturadas devem ser utilizadas para melhorar tanto a adesão à terapia de anticoagulação oral quanto o nível de conhecimento do paciente sobre o tratamento proposto, e que os enfermeiros têm um papel fundamental na implementação dessas estratégias. Intervenções educativas constituem, ainda, medidas relativamente simples e de baixo custo (22), garantindo uma redução substancial do risco de complicações e internamentos relacionados ao tratamento e, conseqüentemente, do custo para o sistema de saúde.

Com base no exposto, fica claro que, além da adesão farmacológica, o sucesso da terapia com ACOS depende, também, da compreensão do paciente relacionada ao uso do medicamento (19). Nesse contexto, em relação aos entrevistados do presente estudo, a maioria apresentou conhecimento inadequado sobre os ACOS, dado que corrobora com pesquisas nacionais e internacionais, em que importantes lacunas do conhecimento são encontradas (19, 23).

Foi constatada relação estatisticamente significativa entre o conhecimento adequado e a idade menor que 60 anos, assim como com o maior tempo de tratamento, corroborando com a literatura, na qual as evidências demonstram que pacientes com idade menor que 60 anos têm melhor conhecimento sobre a medicação (23). Estima-se, ainda, que o tratamento prolongado estreita a relação do paciente com o medicamento prescrito, fornecendo maior tempo de experiência e promovendo uma maior compreensão acerca de todos os aspectos relacionados à terapia de forma a favorecer o conhecimento mais adequado.

Houve associação estatisticamente significativa entre o conhecimento inadequado e a baixa escolaridade, o sedentarismo, o menor tempo de acompanhamento ambulatorial e o ajuste inadequado dos valores da RNI de acordo com a indicação clínica do uso de ACOS. Estudo realizado em ambulatório privado de anticoagulação, no qual resultados apontam pacientes com alto grau de escolaridade, evidenciou número significativo de participantes fora da faixa terapêutica, indicando que a escolaridade não os isenta de dificuldades em compreender e conhecer o seu tratamento, de aderir ao medicamento e/ou de possíveis complicações decorrentes do uso dos ACOS (20).

No que diz respeito ao sedentarismo, um recente estudo, que objetivou avaliar a prevalência do diagnóstico de enfermagem “Estilo de vida sedentário” em indivíduos com hipertensão arterial e sua associação com os indicadores clínicos e fatores relacionados, constatou que um dos fatores mais frequentemente encontrados foi o conhecimento deficiente sobre os benefícios da atividade física (24). É possível que pacientes não atribuam à atividade física o seu verdadeiro valor na manutenção dos valores adequados da RNI, em que a sua prática minimiza riscos de complicações relacionadas ao uso da medicação. Portanto, pode-se inferir que o conhecimento inadequado represen-

ta um dos fatores que prejudicam o entendimento necessário para a sensibilização e o cumprimento de atividade física (24).

Os resultados do presente estudo também demonstraram a relação do conhecimento inadequado com o menor tempo de acompanhamento ambulatorial e com o ajuste inadequado dos valores da RNI. Isso chama a atenção para a importância da valorização do início da terapia com os ACOS e do seguimento ambulatorial, a fim de estimular a participação efetiva do paciente em seu tratamento e buscar garantir um conhecimento adequado sobre a terapia, o controle dos valores da RNI e a melhor adesão ao medicamento (25).

Nessa perspectiva, é fundamental o desenvolvimento de estratégias educativas que favoreçam a compreensão de aspectos como o motivo pelo qual o tratamento é necessário, a importância do controle laboratorial, os valores ideais da RNI de acordo com cada condição clínica, as possíveis complicações (risco de sangramentos e fenômenos tromboembólicos), as restrições na dieta, as interações medicamentosas, assim como as mudanças necessárias do estilo de vida.

O enfermeiro, como integrante das equipes multidisciplinares que prestam assistência aos pacientes em uso de ACOS, deve atuar desenvolvendo ações educativas que permitam a otimização do processo de orientação desses indivíduos. A atuação desse profissional deve, também, buscar a integralidade do cuidado (26), em que serão investigadas as necessidades individuais e na qual o paciente deverá ser estimulado a expor suas dificuldades acerca uso dos medicamentos, de forma a permitir o desenvolvimento de estratégias ideais de enfrentamento.

Por fim, embora exista evidência de que o tratamento com ACOS requer conhecimento adequado e adesão às recomendações, por parte dos pacientes (23), no presente estudo, não foi constatada associação estatisticamente significativa entre a adesão farmacológica e o conhecimento, o que sugere que ter conhecimento em relação ao tratamento com ACOS, por si só, não implica, necessariamente, uma boa adesão à terapia farmacológica, corroborando o fato de a adesão ser um fenômeno multidimensional (27) e flutuante (21), influenciado por diversos outros fatores.

Por se tratar de um estudo primário na região nordeste do Brasil, não foi possível tecer compa-

rações com outras realidades nessa região.

Conclusão

O estudo levanta a problemática e a complexidade que envolve o uso crônico de ACOS, e busca conhecer a população acompanhada pelo ambulatório de anticoagulação oral, bem como os fatores associados à adesão farmacológica e o conhecimento dos pacientes sobre sua terapia. Nesse contexto, foi possível evidenciar as influências de determinadas variáveis sociodemográficas e clínicas tanto sobre o conhecimento como na adesão farmacológica, o que comprova a hipótese anteriormente estabelecida. Além disso, também foi possível suscitar incrementos na prática clínica, sobretudo no que diz respeito à assistência do profissional enfermeiro, no desenvolvimento de estratégias de educação em saúde e na melhora da qualidade do atendimento ambulatorial.

Considerando a complexidade que envolve o tratamento com ACOS e os fatores que se associam a esse tratamento, o planejamento do cuidado se faz essencial. O desafio está em adotar medidas necessárias que melhorem a adesão e o fornecimento de informações aos pacientes, de forma a garantir uma assistência que minimize riscos, com atenção às necessidades individuais e direcionada, sobretudo, por parte dos enfermeiros, na busca da melhor estratégia educativa.

Agradecimentos

Esta pesquisa obteve apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) na modalidade de Bolsa de Mestrado.

Referências

- (1) Tavares NUL, Costa KS, Mengue SS, Vieira MLFP, Malta DC, Silva Júnior JB. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde. *Epidemiol Serv Saúde* [periódico na internet]. 2015 [acesso: 2 fev. 2018];24(2):315-23. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200014>
- (2) Avila CW, Aliti GB, Feijo MKF, Rabelo ER. Pharmacological Adherence to Oral Anticoagulant and Factors that Influence the International Normalized Ratio Stability. *Rev Latino-Am Enfermagem* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2018 Feb 2];19(1):18-25. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100004>
- (3) Simonetti SH, Mancussi e Faro AC, Bianchi ERF. Adherence to therapy with oral anticoagulants: an integrative review. *J Nurs UFPE on line* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2018 May 1]; 8(8):2851-63. Available from: DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i8a9994p2854-2863-2014>
- (4) Carvalho ARS, Ciol MA, Tiu Felice, Rossi LA, Dantas RAS. Oral Anticoagulation: the impact of the therapy in health-related quality of life at six-month follow-up. *Rev Latino-Am Enfermagem* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2018 Feb 2]; 21(Spec):105-12. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700014>
- (5) Remondi FA, Oda S, Cabrera MAS. Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria à prática clínica. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* [periódico na internet]. 2014 [acesso: 2 fev. 2018]; 35(2):177-85. Disponível em: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2836/2836
- (6) Ribeiro, MJCMO. Avaliação da adesão à terapêutica com rivaroxabano versus enoxaparina [dissertação na internet]. Universidade da Beira Interior; Covilhã; 2013 [acesso: 2 fev. 2018]. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/3121>
- (7) Aslam F, Haque, A, Foody JM. Medication non-adherence: the other drug problem. *Hot Topics Cardiology* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2018 Feb 16]; 28:7-10. Available from: https://www.researchgate.net/publication/271109451_Medication_non-adherence_The_other_drug_problem
- (8) Gusmão JL, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento: Conceitos. *Rev Bras Hipertens* [periódico na internet]. 2006 [acesso: 2 fev. 2018]; 13(1):23-5. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>
- (9) Faria NV, Teixeira CMS, Nunes SFL. Users knowledge about the HIPERDIA program and chronic kidney disease. *J Manag Prim Health Care* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2018 Feb 16]; 5(1):4-9. Available from: <http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/190>
- (10) Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. *Med Care* [serial on the Internet]. 1986 [access: 2018 Feb 2]; 24(1):67-74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945130>
- (11) Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. The Brief Medication Questionnaire and Morisky Green Test to evaluate medication adherence. *Rev Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2018 Feb 2]; 46(2):279-89. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>
- (12) Dewulf NLS, Monteiro RA, Passos ADC, Vieira EM, Troncon LEA. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrointestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. *Rev Bras Ciênc Farm* [periódico na internet]. 2006 [acesso: 2 fev. 2018]; 42(4):575-84. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322006000400013>

- (13) Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Burkun A, Bitton A, Wild GE, Cohen A et al. Patient nonadherence to medication in inflammatory Bowel disease. *Am J Gastroenterol* [serial on the Internet]. 2003 [access: 2018 Feb 2]; 98(7):1535-44. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2003.07522.x>
- (14) Rocha HT, Rabelo ER, Aliti G, Souza EN. Knowledge of Patients with Mechanical Valve Prostheses Concerning Chronic Oral Anticoagulant Therapy. *Rev Latino-Am Enfermagem* [serial on the Internet]. 2010 [access: 2018 Feb 2]; 18(4):696-702. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000400006>
- (15) Henn CB, Rabelo ER, Boaz M, Souza EN. Conhecimento dos pacientes sobre anticoagulação oral crônica acompanhados em ambulatório especializado. *Rev Gaúcha Enferm* [periódico na internet]. 2008 [acesso: 2 fev. 2018]; 29(2):207-13. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5582/3193>
- (16) Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Factors associated with adherence to pharmacological treatment among elderly persons using antihypertensive drugs. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2018 May 1]; 20(1):111-22. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160098>
- (17) Ewen S, Retting-Ewen V, Mahfoud F, Bohm M, Laufs U. Drug adherence in patients taking oral anticoagulation therapy. *Clin Res Cardiol* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2018 Feb 2]; 103(3):173-82. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1007/s00392-013-0616-8>
- (18) Moran SM, Fitzgerald N, Pope M, Madden M, Vaughan CJ. Warfarin anticoagulation: a survey of patients' knowledge of their treatment. *Ir J Med Sci* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2018 Feb 2]; 180(4):819-22. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1007/s11845-011-0726-0>
- (19) Van Damme S, Van Deyk K, Budts W, Verhamme P, Moons P. Patient knowledge of and adherence to oral anticoagulation therapy after mechanical heart-valve replacement for congenital or acquired valve defects. *Heart Lung* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2018 Feb 2]; 40(2):139-46. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.11.005>
- (20) Kitahara ST, Silva EA, Fagundes DJ, Costa LMA, Ferraz RF, Costa FAA. Avaliação da Variação de Razão Normalizada Internacional em Pacientes Anticoagulados através de Metodologia Diferenciada. *Rev Bras Cardiol* [periódico na internet]. 2014 [acesso: 2 fev. 2018]; 27(5):342-8. Disponível em: http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/Art_244_Silvia_Costa_Artigo_Original.pdf
- (21) Jorgensen AL, Hughes DA, Hanson A, van Eker D, Toh CH, Pirmohamed M et al. Adherence and variability in warfarin dose requirements: assessment in a prospective cohort. *Pharmacogenomics* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2018 Feb 2]; 14(2):151-63. Available from: DOI: <https://doi.org/10.2217/pgs.12.199>
- (22) Sá LO, Vasconcelos MMVB. A importância da educação em saúde bucal nas escolas de ensino fundamental: revisão de literatura. *Odontol Clin-Cient* [periódico na internet]. 2009 [acesso: 2 fev. 2018]; 8(4):299-303. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/59181301/A-importancia-da-educacao-em-saude-bucal-nas-escolas>
- (23) Chenot J, Hua TD, Abed MA, Schneider-Rudt H, Friede T, Schneider S, et al. Safety relevant knowledge of orally anticoagulated patients without self-monitoring: a baseline survey in primary care. *BMC Fam Pract* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2018 Feb 2]; 15:104. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-104>
- (24) Moreira RP, Guedes NG, Lopes MVO, Cavalcante TF, Araújo TL. Nursing diagnosis of sedentary lifestyle: expert validation. *Texto Contexto-Enferm* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2018 Feb 2]; 23(3):547-54. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000590013>
- (25) Winans AR, Rudd KM, Triller D. Assessing anticoagulation knowledge in patients new to warfarin therapy. *Ann Pharmacother* [serial on the Internet]. 2010 [access: 2018 Feb 2]; 44(7-8):1152-7. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1345/aph.1P092>
- (26) Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2013 [acesso: 2 fev. 2018]; 18(6):1763-72. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600027>
- (27) Ferguson C, Inglis SC, Newton PJ, Middleton S, Macdonald PS, Davidson PM. Atrial fibrillation and thromboprophylaxis in heart failure: the need for patient-centered approaches to address adherence. *Vasc Health Risk Manag* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2018 Feb 2]; 9:3-11. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/VHRM.S39571>

Las semanas de gestación como factor asociado a la práctica de la lactancia materna inmediata

As semanas de gestação como fator associado à prática da amamentação materna imediata

Gestation weeks as an associated factor to the practice of immediate breastfeeding

• Jeyma Talía Patiño Suárez¹ • Yolanda Campos-Uscanga² •

•1• Maestra en Salud Pública. Docente de la Licenciatura de Nutrición Clínica del Complejo Regional Nororiental de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México. E-mail: talisuarez@hotmail.com

•2• Doctora en Psicología. Investigadora titular de tiempo completo del Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Veracruz, México. E-mail: ycampos@uv.mx

Recibido: 08/08/2017 Aceptado: 22/05/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n2.66822



Resumen

Introducción: iniciar la lactancia tempranamente es crucial para aprovechar el periodo sensitivo del recién nacido y la cascada hormonal materna inmediata al parto, que en conjunto favorecen la continuidad de la lactancia durante el desarrollo del niño. Sin embargo, existen factores que pueden afectar la realización de la lactancia materna inmediata (LMI) con consecuencias que afectan la salud.

Objetivo: determinar si existe relación entre la LMI y las características del control prenatal, del parto y de tipo socioeconómico.

Método: estudio de casos y controles. Se aplicaron encuestas a mujeres con hijos entre 6 y 24 meses de edad. El muestreo fue no probabilístico. Se compararon las medias a través de la *t* de Student, se buscaron asociaciones a través de correlación de Spearman y Odds ratio.

Resultados: las semanas de gestación (SDG) tuvieron una media inferior en el grupo de mujeres que realizaron LMI ($p = 0,023$). Las mujeres con mayores ingresos económicos tuvieron menor realización de LMI [$Rho = -0,28$ ($p < 0,05$)] y a menos SDG aumenta la práctica de LMI [$Rho = -0,35$ ($p < 0,05$)]. Nacer con más de 38 SDG se relaciona con menor realización de LMI [OR = 0,16 (IC 0,04-0,064)].

Conclusión: mientras que el menor ingreso económico y escolaridad de la madre se relacionan con menor práctica de LMI, cuando el parto se da antes de las 38 SDG la probabilidad aumenta.

Descriptor: Recién Nacido Prematuro; Lactancia Materna; Atención Prenatal; Enfermeras Obstétricas (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Introdução: iniciar o aleitamento materno precocemente é crucial para aproveitar o período sensitivo do recém-nascido e a cascata hormonal materna imediata após o parto, que juntos favorecem a continuidade do aleitamento materno durante o desenvolvimento da criança. No entanto, existem fatores que podem afetar o desempenho do aleitamento materno imediato (AMI) com consequências negativas para a saúde.

Objetivo: determinar se existe uma relação entre AMI, fatores natais, controle pré-natal e características socioeconômicas.

Método: estudo de caso e controle. Foram aplicados questionários a mulheres com filhos entre 6 e 24 meses de idade. A amostragem foi por conveniência. Estimaram-se as médias através de *t* de Student e os coeficientes de correlação de Spearman e Odds ratio.

Resultados: as semanas de gestação (SDG) tiveram uma média inferior no grupo de mulheres que fizeram AMI $p = 0,023$. Mulheres com rendimentos mais elevados tiveram menor propensão a AMI [$Rho = -0,28$ ($p < 0,05$)]; a menos SDG aumenta a probabilidade de AMI [$Rho = -0,35$ ($p < 0,05$)]. Nascimento antes de 38 SDG promove a AMI [OR = 0,16 (IC 0,04-0,064)].

Conclusões: enquanto o menor nível econômico e escolaridade da mãe estão relacionados à menor prática de AMI, quando o parto ocorre antes de 38 SDG, essa probabilidade aumenta.

Descritores: Aleitamento Materno; Cuidado Pré-natal; Enfermeiras Obstétricas; Recém-Nascido Prematuro (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Introduction: early initiation of breastfeeding is crucial to take advantage of the sensitive period of the newborn and the maternal hormonal cascade immediately after birth, which together stimulate the continuity of breastfeeding during the child's development. However, there are factors that may affect the practice of immediate breastfeeding (IB) with negative consequences for health.

Objective: to establish whether there is a relationship between IB, birth, prenatal care and socio-demographic factors.

Method: a case-control study was conducted. Surveys were applied to women with children aged 6 to 24 months. Convenience sampling was used. The averages were calculated under *t* Student's test, the Spearman correlation coefficients and odds ratio.

Results: the gestation weeks (GW) had a lower average in the group of women who practiced IB ($p = 0,023$). Women with higher incomes were less likely to IB [$Rho = -0,28$ ($p < 0,05$)]; unless GW increases the likelihood of IB [$Rho = -0,35$ ($p < 0,05$)]. It was found that birth before 38 GW favors the practice of IB [OR = 0,16 (CI 0,04 to 0,64)].

Conclusion: even considering that mothers' low economic and educational level by mothers are related to less IB practice, when the birth occurs before 38 GW this probability increases.

Descriptors: Infant Premature; Breastfeeding; Prenatal Care; Nurse Midwives (source: DeCS, BIREME).

Introducción

A través de la historia de la humanidad, en diferentes grupos étnicos, el parto se ha caracterizado por ser un evento privado en el que la mujer se ha alejado o aislado de su medio para parir, dando oportunidad para que las funciones fisiológicas del parto fluyan naturalmente, así como para que la intimidad y la cercanía entre ella y el recién nacido se procure en las primeras horas de vida (1).

Un par de minutos después del parto, el recién nacido comienza un estado instintivo de alerta tranquila receptiva y activa que durará alrededor de 60 minutos; al término de este, se presentará un sueño profundo que durará horas. Dicho periodo de alerta se ha denominado *periodo sensitivo* y se considera que es el más prolongado durante el primer mes de edad (1-3). Esta fase es muy significativa, debido a que aquí comienza una etapa muy importante del apego que se seguirá desarrollando potencialmente día a día hasta establecer el fuerte lazo afectivo, resultado del intercambio de caricias, miradas, sonidos, olores y temperaturas entre madre e hijo (1-3).

Otro de los resultados trascendentales de dicho apego es que a este le acompaña la producción de hormonas que estimularán la lactancia, de tal manera que posibilitará que el recién nacido busque el pecho de su madre. Sin embargo, si se retira al niño de su madre, como suele hacerse en el ámbito hospitalario, se priva a ambos de esta experiencia, provocando que la calidad e intensidad del apego disminuya y, en consecuencia, no se obtengan los beneficios que brinda para la continuidad de la lactancia materna y para la salud integral (1-3).

El momento del nacimiento es de suma transformación, puesto que el recién nacido cambia totalmente su hábitat. De un medio con predominio acuático, con temperatura estable y estímulos ópticos, acústicos y táctiles menores, pasa a un medio aéreo-terrestre en el cual debe usar los pulmones para oxigenarse, con variaciones de temperaturas y múltiples y fuertes estímulos sensoriales. Por ello es necesario que se encuentre en compañía de la madre, para que la adaptación sea saludable. Aunado a esto, numerosos estudios han mostrado que, tras el parto, el contacto precoz, ininterrumpido y prolongado piel con

piel provocan que el metabolismo y la termorregulación mejoren, que se favorezca el inicio de la succión al seno materno y que el cuerpo del recién nacido (estéril) se colonice por microorganismos que estimulen al sistema inmunológico (1-3).

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en busca de que los servicios de salud donde se atienden los partos lleven a cabo prácticas que estimulen la lactancia materna exclusiva (LME) desde el nacimiento. Dentro de esta iniciativa, se considera brindar las facilidades para que se instaure la lactancia dentro de los 30 minutos posteriores al parto, para lo cual es indispensable el contacto piel con piel de la madre y el neonato de tal forma que se dé un apego precoz (4). Los servicios de salud deben acompañar a las madres en este proceso brindando apoyo cuando lo requieran (4). Aunque la estimulación para la lactancia materna deba hacerse durante la media hora posterior al nacimiento, se considera como lactancia materna inmediata (LMI) si se realiza durante la primera hora después del mismo (5).

La importancia de la LMI recae en los beneficios que brinda a la salud del binomio madre/hijo, pues los recién nacidos son altamente vulnerables a enfermedades infecciosas durante las primeras horas/días de edad, la primera leche de la madre (calostro) posee elevadas cantidades de anticuerpos y nutrimentos que protegen al niño durante esta etapa crítica (5-8). Por su parte, los beneficios de la LME para la salud infantil se extienden por mucho más tiempo, protegiendo de múltiples infecciones (9-11).

La LMI beneficia la práctica de la LME debido a la influencia en la instauración satisfactoria de la misma (12-14). Del apego precoz depende que la estimulación y consecuentemente la producción de leche sea pronta y la madre se sienta satisfecha y segura física y psicológicamente para comenzar a lactar y continuar haciéndolo (12-14). De lo contrario, si la estimulación y producción de leche se retardan, la madre o el personal de salud introducen en la alimentación del niño, otras bebidas y alimentos diferentes a la leche materna con el objetivo de "satisfacer" las necesidades alimentarias de los recién nacidos, se provoca que el niño pueda rechazar el pecho cuando la madre lo vuelva a ofrecer y, en consecuencia, que no se instaure la lactancia materna.

Las prácticas de lactancia son influenciadas por diversos determinantes, dentro de los cuales el entorno social en el que las mujeres y los recién nacidos se desenvuelven es trascendental (15-23). En relación con el inicio de la lactancia, los servicios de salud constituyen un elemento de gran influencia, ya que son el espacio donde generalmente se atienden partos. Existe evidencia de que las mujeres perciben necesidades de formación no cubiertas en la atención prenatal pese a asistir a cursos. Varias de las lagunas de información que señalan son razones comúnmente citadas para abandonar la lactancia, como es su frecuencia, las posiciones para su realización y el uso de fórmulas (23).

En los últimos tiempos, se han observado mejoras en el inicio y duración de la lactancia en bebés muy prematuros cuyo nacimiento se dio antes de las 32 semanas de gestación (SDG) (24). Sin embargo, no se han realizado estudios en busca de asociación entre las SDG y la LMI. Lo que sí es evidente es que las prácticas hospitalarias de soporte influyen positivamente en la LME; sin embargo, estas prácticas son observadas con menor frecuencia en los bebés prematuros tardíos (34-36 semanas) y, en consecuencia, tienen una menor propensión a lactar exclusivamente en comparación con los bebés a término (25).

Como puede verse, mucha de la investigación se ha enfocado en la LME; no obstante, se carece de trabajos que exploren los factores relacionados a la LMI, el paso clave para favorecer la LME. Por lo antes descrito, el objetivo de esta investigación fue determinar si existe relación entre la lactancia materna inmediata y las características del control prenatal, del parto y de tipo socioeconómico.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio analítico de casos y controles. Los casos fueron las madres que realizaron LMI (a más tardar 60 minutos después del nacimiento) y los controles las que no dieron lactancia materna, o que la llevaron a cabo después de los 60 minutos del nacimiento. La aplicación de encuestas se realizó de diciembre del 2012 a abril del 2013.

Participantes

El universo se integró por mujeres con hijos entre 6 y 24 meses de edad. El muestreo fue no proba-

bilístico, invitando a las madres que llevaron a sus hijos a algún servicio a un Centro de Salud urbano en Xalapa, Veracruz, México, en los turnos matutino o vespertino. Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el *software* estadístico Epidat. Se tomó como referencia un estudio previo que encontró que la asistencia a cursos de preparación para el parto tuvo una proporción en los casos del 48 % y una proporción en los controles del 14 % (26); el nivel de confianza para el cálculo fue del 90 % y la potencia estadística del 80 %; el tamaño de muestra fue de 22 casos y 22 controles. Finalmente, para este estudio, se incluyeron 22 casos y 33 controles.

Variables

Las variables independientes se agruparon en tres categorías: *características del control prenatal, del parto y de tipo socioeconómico*. Dentro de las características del control prenatal se consideró la asistencia de la madre a consultas prenatales, el número de consultas a las que asistió y la asistencia a cursos prenatales. Las características del parto incluidas fueron el tipo de parto y el número de SDG en que sucedió. Finalmente, como parte de las características socioeconómicas, se estudiaron los ingresos económicos, la escolaridad y la edad de la madre.

Instrumentos

A través del método encuesta, se aplicaron los cuestionarios que indagaban sobre las variables antes señaladas. El cuestionario fue diseñado de forma expresa para esta investigación incluyendo preguntas como: ¿cuál es su edad?, ¿cuál es la edad de su hijo o hija?, ¿a cuánto asciende el ingreso económico familiar mensual?, ¿cuál es su nivel educativo?, ¿cuántas semanas de gestación tenía su hijo o hija cuando nació?, ¿a cuántas consultas prenatales asistió durante el embarazo?, ¿qué tipo de parto tuvo?, entre otras.

El cuestionario fue revisado en contenido por cuatro expertos en atención prenatal, lactancia, promoción de la salud y nutrición. Antes de ser aplicado para la investigación fue piloteado con 20 madres de niños entre 6 y 24 meses de otro Centro de Salud Urbano de Xalapa. Esto permitió revisar y ajustar las preguntas para garantizar su comprensión por parte de las madres, así como para validar su utilidad para fines del estudio.

Análisis estadísticos

Los análisis se realizaron con el *software* estadístico SPSS, versión 18. Se aplicó la prueba *t* de Student para comparar las medias entre los casos y los controles. Se estimaron coeficientes de correlación de Spearman entre las variables, debido a que la LMI es una variable categórica. Finalmente, se calcularon Odds ratio, en busca de identificar factores asociados con la LMI.

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigaciones de los Servicios de Salud de Veracruz y registrada en el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana (documento ISP-UV1104/2012). Además, todas las participantes fueron invitadas de forma libre; quienes aceptaron firmaron el consentimiento informado, con el acuerdo de manejo ético de los datos que proporcionaron.

Resultados

Las SDG tuvieron una media inferior en el grupo de mujeres que realizaron LMI con respecto al grupo de los controles. En el resto de las variables no se encontraron diferencias (Tabla 1).

Se encontró que a mayor ingreso económico familiar y mayores SDG al momento del parto, había menor realización de LMI. La menor escolaridad de la madre se relacionó con menores ingresos familiares y menores SDG al momento del parto (Tabla 2).

Se encontró asociación entre la práctica de la LMI y las SDG: el que los niños nazcan antes de las 38 SDG favorece la práctica de la LMI (Tabla 3).

Tabla 1. Comparación de medias entre el grupo de los casos y los controles.

VARIABLES	GRUPO	N	Media	DE	P
Edad de la madre	Controles	33	25,64	6,009	0,384
	Casos	22	24,23	5,546	
Número de consultas prenatales	Controles	31	7,19	2,301	0,670
	Casos	20	6,90	2,511	
Semanas de gestación	Controles	31	38,58	1,996	0,023*
	Casos	20	36,75	3,024	

Fuente: elaboración propia con datos del cuestionario aplicado a las mujeres.

**p* < 0,05; se realizó a través de *t* de Student para muestras independientes; DE = desviación estándar.

Tabla 2. Coeficientes de correlación entre LMI y características del control prenatal, del parto y de tipo socioeconómico.

	LMI	Edad de la madre	Escolaridad de la madre	Ingreso económico	Número de consultas prenatales	Semanas gestación
LMI	-					
Edad de la madre	-0,12	-				
Escolaridad de la madre	-0,21	0,01	-			
Ingreso económico	-0,28*	0,04	0,49*	-		
Número de consultas prenatales	-0,06	-0,08	0,18	0,25	-	
Semanas de gestación	-0,35*	0,01	0,37*	0,28*	-0,10	-

Fuente: elaboración propia con datos del cuestionario aplicado a las mujeres.

**p* < 0,05; para LMI se usó 1 para su presencia y 0 para su ausencia.

Tabla 3. Determinación de factores de riesgo y protectores para la práctica de la LMI.

VARIABLES	OR	IC 95 %
Partos ≥38 semanas de gestación	0,16	0,04-0,64*
Parto vaginal	1,85	0,54-6,38
Asistencia a consultas prenatales	0,65	0,06-7,14
Asistencia a cursos prenatales	0,94	0,27-3,25

Fuente: elaboración propia con datos del cuestionario aplicado a las mujeres.

**p* < 0,05; OR = Odds ratio.

Discusión

Los resultados anteriormente presentados permiten dar respuesta al objetivo general que buscó determinar algunos factores asociados a la práctica de la LMI. En tal sentido, los hallazgos apuntan a una relación entre esta práctica y el nacimiento antes de las 38 SDG.

Este hallazgo cobra relevancia dado que la LMI representa un evento clave para la instauración de la LME. En este evento se da paso a un fuerte lazo afectivo entre madre e hijo, se da la seguridad a la madre sobre su capacidad para cubrir las necesidades alimentarias y emocionales de su bebé, a la par que se aprovechan los beneficios fisiológicos de la lactancia. Por lo anterior, la evidencia científica destaca una y otra vez la importancia del apego precoz y el reconocimiento de que el recién nacido debe estar inmediatamente con la madre; debido a

ello, se ha dado paso a investigaciones que buscan explicar los mecanismos que favorecen la LMI (6).

En la presente investigación, las mujeres de ambos grupos (casos y controles) recibieron cursos de atención prenatal y acudieron a consultas prenatales de forma similar, sin que impactaran en la práctica de la LMI. Parece ser que la decisión de la LMI recae en mayor medida en el personal de salud que atiende el parto, quien decide en qué momento se da la convivencia entre la madre y el recién nacido. Sin embargo, en este estudio no se incluyó al personal de salud, por lo que se requieren investigaciones posteriores que permitan valorar el rol del personal de salud y su relación con el apego precoz e inicio de la LMI.

La relación identificada entre menos SDG al momento del parto y la LMI resulta especialmente interesante porque todos estos partos sucedieron en el segundo nivel de atención. Esto posiblemente se deba a que el personal de salud perciba mayor vulnerabilidad de los recién nacidos que tuvieron menos SDG por presentar ciertas características que comprometen su estado de salud, y por ello protejan más el apego precoz.

Estos resultados, sin embargo, son contradictorios con los reportados por Sharp et al., quienes encontraron que los niños prematuros tenían menor probabilidad de recibir soporte del personal de salud a la madre para favorecer la LME (24). Aunque el que haya LME no necesariamente implica que esta también haya sido inmediata.

Sin embargo, el punto a discutir al respecto recae en que el personal de salud está ignorando que lo mejor para los recién nacidos es estar cerca de la madre, que los beneficios del apego precoz y la LMI son imprescindibles para todos los recién nacidos sanos, sin importar el tiempo de gestación, dejando de cumplir con las responsabilidades de los servicios de salud para favorecer la lactancia materna (4). Lo anterior invita a especular que el apego precoz y el inicio temprano de la LMI se están medicalizando y que, de similar manera, se ignora que el apego precoz y la LMI son fundamentales para el éxito de la misma práctica de la LME. Al parecer la fragmentación de los servicios de salud lleva a que la formación de quienes brindan la atención prenatal sea distinta a la que reciben quienes la brindan en el posparto. La relevancia de la LMI puede no estar muy clara para este último grupo.

Considerando que el personal de enfermería tiene como una de sus principales responsabilidades la promoción de la lactancia materna desde la atención prenatal y el acompañamiento en el nacimiento y la instauración de esta práctica (27), tiene en sus manos la posibilidad de vencer algunas de las barreras que en el ámbito hospitalario pudieran darse para la LMI.

Existe evidencia de que en casos de infantes pretérmino se observan barreras institucionales y sociales que limitan la instauración de la LMI. En el personal de enfermería se ha detectado inconsistencias en los conocimientos y el soporte que brindan como profesionales de la salud a las madres y neonatos para la práctica de la LMI (28). Lo anterior implica un reto para que el personal de enfermería se profesionalice en busca de la uniformidad en los conocimientos y el acompañamiento a las madres y lactantes.

Por tal motivo, es necesario que existan estrategias de intervención en los servicios de salud que propicien los medios para proteger el apego precoz y la LMI en todos los recién nacidos sanos, tales como programas de educación, capacitación y sensibilización permanente dirigidos a los profesionales de la salud en relación con la importancia de dichas prácticas por su trascendencia en la salud individual y social (4).

En cuanto a la formación prenatal, también es importante valorar los cursos que reciben las madres y sus parejas sobre la importancia y necesidad del apego precoz como un derecho, de cómo influirá este en el éxito de la lactancia y demás beneficios al binomio madre-hijo. Por lo que el personal de salud que se desenvuelve en el primer nivel de atención debe sensibilizarse y capacitarse al respecto.

Al buscar entender las variables asociadas a la LMI los ingresos económicos familiares emergen como una de las principalmente relacionadas, haciendo patente que las mujeres con nivel económico más alto tienen menores probabilidades de su realización; estas características han sido señaladas en investigaciones previas, en algunos casos en sentido positivo y en otros tantos en sentido negativo (15-23). No resulta extraño que, a su vez, un ingreso económico familiar alto se relacione con mayor escolaridad de la madre, algo que puede vincularse con situaciones laborales que representan barreras para la lactancia materna.

El punto que se debe reflexionar está relacionado con el hecho de que las mujeres con mayores

ingresos económicos familiares son quienes en su mayoría atienden su parto en clínicas privadas, las cuales ofrecen servicios de parto y maternidad que no propician el apego precoz ni la LMI, tales como cesáreas, cuneros, incubadoras, etc. El gran problema recae en que dichos servicios han vendido la idea de que este tipo de intervenciones son necesarias para la salud de la madre y el recién nacido, lo cual obedece a la cultura monetaria y medicalizada que sobrevalora dichas prácticas.

Por los motivos discutidos, es necesario que dentro de los contenidos educativos de las estrategias dirigidas a los prestadores de los servicios de salud y a los usuarios, se rescate la corriente médica histórica y antropológica sobre el reconocimiento de nuestra naturaleza mamífera. Es urgente comenzar a cambiar la concepción cultural médica que se tiene sobre el embarazo, el nacimiento, la lactancia, el posparto y la crianza, para, a su vez, reconocer la trascendencia de los beneficios a la salud que perduran toda la vida y que se logran al respetar las necesidades, los reflejos e instintos natos de los seres humanos en las primeras etapas de la vida (1-3).

La presente investigación abre paso a más interrogantes que pudieran abordarse en futuros estudios, con el fin de esclarecer las causas por las cuales las menores SDG llevan a la práctica de la LMI. De igual manera, es preciso estudiar a más profundidad y, posiblemente, de forma directa con el personal de salud, en especial con enfermería, las percepciones y creencias que tienen sobre la lactancia y la manera en que estas influyen en el apoyo que brindan a las madres y sus hijos.

Conclusiones

La conclusión principal de este trabajo es la asociación encontrada entre las SDG al momento del parto y la LMI. Los hallazgos muestran que si el parto sucede antes de las 38 SDG, se asocia con la práctica de la LMI; este resultado es interesante, dado que propiamente no se puede clasificar a estos neonatos como prematuros y tampoco hay relación con el número de consultas prenatales. Sin embargo, cuando se reflexiona entorno a la organización del sistema de salud mexicano, donde en el primer nivel de atención se brindan las consultas prenatales, pero los partos se atienden en el segundo nivel, se observa que, mientras que en el primero se ha impulsado con mucha frecuencia la lactancia, en el segundo el tema puede ser un tanto descuidado.

Referencias

- (1) Odent M. Nacimiento y la evolución del homo sapiens: La liebre de marzo. Barcelona: España; 2014.
- (2) Herrera A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index Enferm [revista en Internet]*. 2013 [acceso: 8 oct 2014]; 22(1-2):79-82. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100017>
- (3) Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev [web internet]*. 2012 [acceso: 9 Oct 2014]; (5):CD003519. Epub 2012/05/18. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- (4) Sanchez M, Pallas CR, Botet F, Echaniz I, Castro JR, Narbona E, et al. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr [revista en internet]*. 2009 [acceso: 9 oct 2014]; 71(4):349-61. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.07.012>
- (5) Khanal V, Scott JA, Lee AH, Karkee R, Binns CW. Factors associated with Early Initiation of Breastfeeding in Western Nepal. *Int J Environ Res Public Health [revista en internet]*. 2015 [acceso: 17 nov 2015]; 12(8):9562-74. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph120809562>
- (6) Debes AK, Kohli A, Walker N, Edmond K, Mullany LC. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. *Bmc Public Health [serial on the internet]*. 2013 [acceso: 12 Oct 2014]; 13(Suppl 3):S19. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S1>
- (7) Adhikari M, Khanal V, Karkee R, Gavidia T. Factors associated with early initiation of breastfeeding among Nepalese mothers: further analysis of Nepal Demographic and Health Survey, 2011. *Int Breastfeed J [serial on the internet]*. 2014 [acceso: 13 Oct 2014]; 9(1):21. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1186/s13006-014-0021-6>
- (8) Muhwava LS, Morojele N, London L. Psychosocial factors associated with early initiation and frequency of antenatal care (ANC) visits in a rural and urban setting in South Africa: a cross-sectional survey. *Bmc Pregnancy Childbirth [serial on the internet]*. 2016 [acceso: 29 May 2016]; 16:18. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0807-1>
- (9) WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet [serial on the internet]*. 2000 [acceso: 4 Nov 2014]; 355(9202):451-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10841125>
- (10) Alvarez-Uria G, Midde M, Pakam R, Bachu L, Naik PK. Effect of Formula Feeding and Breastfeeding on Child Growth, Infant Mortality, and HIV Transmission in

Children Born to HIV-Infected Pregnant Women Who Received Triple Antiretroviral Therapy in a Resource-Limited Setting: Data from an HIV Cohort Study in India. *Isrn Pediatr* [serial on the internet]. 2012 [access: 10 Nov 2014]; 2012:763591. Epub 2012/06/16. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.5402/2012/763591>

(11) Lamberti LM, Fischer Walker CL, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health* [serial on the internet]. 2011 [access: 12 Nov 2014]; 11(Suppl 3):S15. Epub 2011/04/29. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-S3-S15>

(12) Otal-Lospaus S, Morera-Liáñez L, Bernal-Montañés M, Tabueña-Acin J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Profesión* [revista en internet]. 2012 [access: 20 nov 2014]; 13(1):3-8. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/819/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/57d/fd/1/filename/art-original-otal-13-1.pdf>

(13) Espinoza C, Zamorano C, Graham S, Orozco A. Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida. *An Méd Asoc Méd Cen Méd Abc* [revista en internet]. 2014 [access: 25 nov 2015]; 59(2):120-6. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=50253>

(14) Laviña A. Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna. *Duazary* [revista en internet]. 2014 [access: 30 nov 2015]; 11(2):115-25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4949413>

(15) Roig A, Martínez M, Cabrero J, Pérez S, Lagun J, Calatayud M, et al. Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. *Rev Latino-Am Enfermagem* [revista en Internet]. 2010 [access: 30 nov 2015]; 18(3):[9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_12.pdf

(16) Sallam SA, Babrs GM, Sadek RR, Mostafa AM. Knowledge, attitude, and practices regarding early start of breastfeeding among pregnant, lactating women and healthcare workers in El-Minia University Hospital. *Breastfeed Med* [serial on the internet]. 2013 [access: 30 Nov 2014]; 8(3):312-6. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2012.0040>

(17) Ortega-García J, Cárceles-Álvarez A, Cotton-Caballero A, Pastor-Torres E, Cánovas-Conesa C, Martínez-Cayuelas E, et al. Factores ambientales relacionados con la duración de la lactancia: estudio de seguimiento a 1 año. *Acta Pediatr Esp* [revista en internet]. 2015 [access: 8 dic 2015]; 73(4):97-104. Disponible en: http://pehsu.org/wp/wp-content/uploads/Nutricion_Factores_ambientales_lactancia.pdf

(18) Rius JM, Rivas C, Ortuño J, Maravall M, Aguar M, Calzado M, et al. Factores asociados al inicio de la lactancia materna y razones de la madre para la toma de su decisión. *Acta Pediatr Esp* [revista en internet]. 2015 [access: 8 dic 2015]; 73(3):65-72. Disponible en: <http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/nutricion-infantil/1085-factores-asociados-al-inicio-de-la-lactancia-materna-y-razones-de-la-madre-para-la-toma-de-su-decision>

de-la-lactancia-materna-y-razones-de-la-madre-para-la-toma-de-su-decision

(19) Martínez J, Delgado M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Rev Assoc Med Bras* [revista en internet]. 2013 [access: 10 dic 2015]; 59(3):254-7. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2012.12.001>

(20) Caballero V, Caballero I, Ruiz M, Caballero A, Muchuli Y. Factores contribuyentes al abandono de la lactancia materna exclusiva en un área de salud. *MEDISAN* [revista en internet]. 2013 [access: 12 dic 2014]; 17(3):455-61. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_17_3_13/san05313.htm

(21) Osorio J, Botero B. Factors associated to the duration of exclusive breastfeeding. *Invest Educ Enferm* [serial on the internet]. 2012 [access: 12 Dec 2014]; 30(3):390-7. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000300012

(22) Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Chil Pediatr* [revista en internet]. 2012 [access: 16 dic 2015]; 83(2):161-9. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000200007>

(23) Dietrich Leurer M, Misskey E. "Be positive as well as realistic": a qualitative description analysis of information gaps experienced by breastfeeding mothers. *Int Breastfeed J* [serial on the internet]. 2015 [access: 20 dic 2015]; 10:10. Epub 2015/03/20. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1186/s13006-015-0036-7>

(24) Sharp M, Campbell C, Chiffings D, Simmer K, French N. Improvement in long-term breastfeeding for very preterm infants. *Breastfeed Med* [serial on the internet]. 2015 [access: 20 Dec 2015]; 10(3):145-9. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2014.0117>

(25) Goyal NK, Attanasio LB, Kozhimannil KB. Hospital care and early breastfeeding outcomes among late preterm, early-term, and term infants. *Birth* [serial on the internet]. 2014 [access: 21 Dec 2014]; 41(4):330-8. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12135>

(26) Cuno R, Quispecondori J. Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal: noviembre 2011-enero 2012 [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3015>

(27) Ramos AR, Herdy V, De Mattos R, Pereira D, Riker MBL, Fernandes do Nascimento A. Clinical management of breastfeeding: knowledge of nurses. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [serial on the internet]. 2015 [access: 22 Dec 2017]; 19(3):439-45. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150058>

(28) Smith RL, Lucas R. Evaluation of nursing knowledge or early initiation of breastfeeding in preterm infants in a hospital setting. *J Neonatal Nurs* [serial on the internet]. 2015 [access: 22 Dec 2017]; 22(3):138-45. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.07.009>

Agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas con cardiopatías isquémicas*

Agência de auto-cuidado e auto-eficácia em pessoas com doença isquêmica do coração

Self-care agency and perceived self-efficacy in persons with ischemic heart disease

• Reinaldo Gutiérrez Barreiro¹ • Ana Maritza Gómez Ochoa² •

* Artículo derivado de la tesis "Asociación entre una agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca".

•1• Magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Doctorando en Enfermería, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil. E-mail: rgutierrezb@unal.edu.co

•2• Doctora en Educación. Profesora Asociada, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. E-mail: amgomez@unal.edu.co

Recibido: 14/06/2017 Aceptado: 01/06/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n2.65674



Resumen

Objetivo: determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida en personas con cardiopatía isquémica que asisten al programa de rehabilitación cardíaca, en una clínica privada de la ciudad de Neiva.

Metodología: estudio correlacional, de corte transversal, con abordaje cuantitativo, basado en la teoría de déficit de autocuidados de Orem y la teoría de mediano rango de enfermería de autoeficacia de Resnick. La muestra estuvo constituida por 61 personas, a quienes se les aplicó la escala de apreciación de agencia de autocuidado, segunda versión en español, y la escala de autoeficacia general.

Resultados: la mayoría de los participantes reportaron niveles altos de capacidad de agencia de autocuidado y de autoeficacia percibida; respecto a la asociación entre estas dos variables, a través de un análisis de correlación canónica se halló un resultado de $rc=0,879$, $p<0,05$, demostrando un grado fuerte de relación entre las variables agencia de autocuidado y autoeficacia percibida.

Conclusiones: la capacidad de agencia de autocuidado y autoeficacia percibida son fenómenos que se presentan de manera positiva en las personas con cardiopatías isquémicas que asisten al programa de rehabilitación cardíaca. Se confirmó la relación entre estas dos variables, demostrando que la autoeficacia percibida tiene influencia y posee efecto predictor sobre la capacidad de agencia de autocuidado.

Descriptores: Autocuidado; Autoeficacia; Isquemia Miocárdica; Rehabilitación cardíaca (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Objetivo: determinar a relação entre a capacidade de agência de autocuidado e autoeficácia percebida em pessoas com doença cardíaca isquêmica que frequentam programa de reabilitação cardíaca em uma clínica particular na cidade de Neiva.

Metodologia: estudo correlacional, transversal, com abordagem quantitativa com base na teoria de déficit do Orem autocuidado e teoria de enfermagem de médio alcance de autoeficácia de Resnick. A amostra foi composta por 61 pessoas, que responderam à escala de avaliação da agência autocuidado (segunda versão em espanhol) e à escala de autoeficácia geral.

Resultados: a maioria dos participantes relatou altos níveis de capacidade de agência de autocuidado e autoeficácia percebida. Em relação à associação entre estas duas variáveis, através de uma análise de correlação canônica obteve-se um resultado de $rc = 0,879$, $p < 0,05$, demonstrando um elevado grau de relação entre as variáveis agência de autocuidado e autoeficácia percebida.

Conclusões: a capacidade de agência de autocuidado e autoeficácia percebida são fenômenos que ocorrem de maneira positiva em pessoas com doença cardíaca isquêmica que frequentam programa de reabilitação cardíaca. A relação entre estas duas variáveis foi confirmada, demonstrando que a autoeficácia percebida tem influência e possui efeito predictor sobre a capacidade de agência de autocuidado.

Descritores: Autocuidado; Autoeficácia; Isquemia Miocárdica; Reabilitação Cardíaca (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to determine the relation between self-care agency capacity and perceived self-efficacy in persons with ischemic heart disease who attend the cardiac rehabilitation program, at a private clinic in the city of Neiva.

Methodology: correlational study, cross-sectional, with quantitative approach, based on Orem's Self-Care Deficit Theory and Resnick's Middle-Level Theory of Self-Efficacy Nursing. The sample consisted of 61 persons to whom the Self-Care Agency Appreciation scale (second version in Spanish) and the General Self-Efficacy scale were applied.

Results: most participants reported high levels of self-care agency capacity and perceived self-efficacy. With respect to the association between these two variables, through a canonical correlation analysis, a result of $rc = 0.879$, $p < 0.05$ was observed, demonstrating a strong degree of relation between the variables self-care agency and perceived self-efficacy.

Conclusions: self-care agency capacity and perceived self-efficacy are phenomena that are presented positively in persons with ischemic heart disease who attend the cardiac rehabilitation program. The relation between these two variables was confirmed, showing that perceived self-efficacy has an influence and a predictive effect over self-care agency capacity.

Descriptors: Cardiac Rehabilitation, Myocardial Ischemia, Self-Care, Self-Efficacy (source: DeCS, BIREME).

Introducción

Las cardiopatías isquémicas (CI), según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) fueron la principal causa de mortalidad en el mundo para el 2015. A nivel nacional, el comportamiento de la mortalidad es similar a las estadísticas mundiales, para el 2013 constituyó la primera causa de muerte (2); en el contexto del departamento del Huila, las CI fueron la principal causa de mortalidad para el 2014 (3). Además de lo anterior, también es la principal causa de años de vida potencialmente perdidos, según refiere la OMS (1) y la principal generadora de gastos de los servicios sanitarios; de modo individual, los pacientes que padecen una CI deben afrontar la sintomatología y el deterioro de su calidad de vida (4).

Aparte de las repercusiones que implica el padecimiento de una CI, los pacientes deben enfrentar el sometimiento a regímenes terapéuticos, en los cuales juegan un papel importante los programas de rehabilitación cardíaca (RC) (4). Estos programas ofrecen a los pacientes herramientas educativas para responder a las necesidades de adquirir conocimientos y habilidades para llevar a cabo acciones que le ayuden a restablecer el estado de salud, que según Cano et al. (5) permiten optimizar el bienestar psicológico y la calidad de vida. Cabe destacar que se presenta una disminución significativa de hasta el 25 % en las tasas de morbilidad y mortalidad en los pacientes con CI que asisten a programas de RC; sin embargo, algunos pacientes desertan de manera prematura, concordando con lo descrito por Sánchez et al. (6).

En cuanto al abordaje de esta problemática, la disciplina de enfermería ha desarrollado un importante soporte conceptual y teórico, dentro del cual se destacan los conceptos de agencia de autocuidado del modelo de déficit de autocuidado, descrito por Orem, y la autoeficacia percibida, postulado en la teoría social cognitiva de Bandura y la teoría de mediano rango de enfermería de autoeficacia de Resnick. Tales constructos influyen tanto en el adecuado manejo que dan las personas a su estado de salud, como a la adquisición de conocimientos, desarrollo de las actividades y seguimiento de recomendaciones para recuperar su estado de bienestar.

En el modelo de déficit de autocuidado de Orem (7), la persona ejerce sus capacidades de autocuidado (agencia de autocuidado) al responsabilizarse de su propio cuidado en la búsqueda de mantener y mejorar su estado de bienestar y su calidad de vida. Por consiguiente, el agente de autocuidado tiene el poder para comprometerse en un curso de acción y de realizar actividades para satisfacer los requerimientos continuos de autocuidado (8).

Con relación al concepto de autoeficacia percibida, es definida por Bandura (9, p. 45) como: los “juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, con base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” y se conceptualiza en la interacción de tres componentes: persona, conducta y ambiente. Según Resnick (10), la autoeficacia influye en cómo la persona piensa, siente, se motiva y se comporta; esto permite a los pacientes alcanzar las metas propuestas, a través de la capacidad de adquirir nuevos conocimientos y de controlar factores en su conducta y el ambiente.

La agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida son conceptos que han demostrado ser determinantes en la adquisición de conocimientos y habilidades, así como en el mantenimiento de las recomendaciones impartidas por el personal de enfermería y la implementación de cambios en los hábitos de vida necesarios que deben adoptar las personas al enfrentar un proceso patológico. Es preciso destacar que hasta el momento no se había reportado una asociación entre el autocuidado y la autoeficacia en pacientes con CI.

En consecuencia, el objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida en personas con CI que asisten al programa de RC en una clínica privada en la ciudad de Neiva.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio correlacional, con abordaje cuantitativo y de corte transversal, con el objetivo de determinar la relación entre agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida. La población estuvo conformada por personas que padecían una CI y que se encontraron en fase II del programa de RC en una clínica privada en Neiva, entre julio y agosto del 2016.

El tamaño de la muestra se calculó empleando la fórmula para establecer la significancia del coeficiente

de correlación entre dos variables, se aplicó una seguridad del 99 % y un poder estadístico del 96 %; se obtuvo una muestra de 61 participantes, los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo de tipo probabilístico, con selección aleatoria simple a través de Excel®, a partir del listado de pacientes inscritos a la fase II de RC (110 personas en promedio).

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de CI, que se encontraran en fase II de RC y que voluntariamente aceptaran participar en el estudio, además de la conservación de la esfera mental que les permitiera autodiligenciar los instrumentos. De igual forma, se excluyeron los pacientes con cardiopatías diferentes a CI.

Se tuvieron en cuenta los lineamientos éticos de la Resolución 008430 de 1993 (11), así como la dimensión ética de la Ley 911 de 2004 (12); también se contó tanto con el aval del Comité de Ética de la Universidad Nacional de Colombia y del Comité de Ética de la clínica en donde se desarrolló el estudio. Por otra parte, para salvaguardar la confidencialidad e intimidad de los participantes se reemplazó la identificación por un código; se respetó su capacidad de decisión, aplicando el consentimiento informado, donde se aclararon los objetivos del estudio, el procedimiento, los beneficios y los posibles riesgos, al igual que la participación voluntaria y que podían retirarse del estudio en cualquier momento.

En la recolección de la información se utilizaron dos instrumentos. Para determinar la capacidad de agencia de autocuidado se utilizó la escala ASA, segunda versión en español, adaptada por Reales, que mide cinco dimensiones: interacción social, bienestar personal, actividad y reposo, consumo adecuado de alimentos o alimentación, promoción del funcionamiento y desarrollo personal (13). La ASA consta de una escala Likert de cuatro apreciaciones (nunca 1, casi nunca 2, casi siempre 3 y siempre 4); las posibles puntuaciones tienen un rango de 24 a 96 puntos; posee una consistencia interna con alfa de Cronbach 0,744 (14). Para el presente estudio, se realizó el ajuste a los ítems 6, 11 y 20, los cuales son negativos.

Para valorar el nivel de autoeficacia, se utilizó la escala de autoeficacia general, diseñada por Baessler y Schwarzer, conformada por las dimensiones de motivación, confianza y capacidades. Está compuesta por 10 ítems; la forma de respuesta de

cada ítem se realiza en una escala de cuatro puntos: 1, incorrecto; 2, apenas correcto; 3, más bien correcto; 4, cierto (15). Por lo tanto, los resultados de la escala oscilan entre 10 y 40. La escala ha mostrado una consistencia interna con un alfa de Cronbach entre 0,79 y 0,93 (16).

Resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas en personas con CI

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	43	70,5 %
Femenino	18	29,5%
Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje
40-60 años	17	27,9 %
61-80 años	44	72,1 %
Diagnóstico Principal	Frecuencia	Porcentaje
Cardiopatía isquémica	1	1,6 %
Enfermedad coronaria	5	8,2 %
Infarto agudo de miocardio	55	90,2 %
Recidiva	Frecuencia	Porcentaje
No	51	83,6 %
Sí	10	16,4 %

Fuente: base de datos investigación (2016).

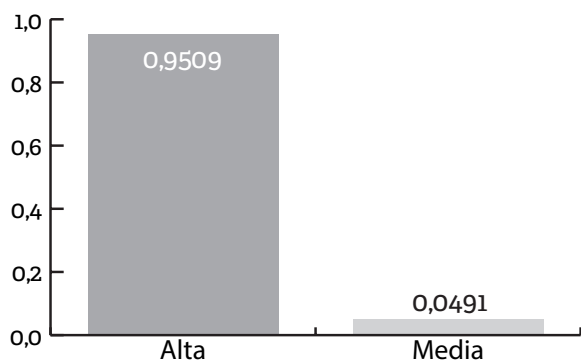
De acuerdo a los datos de la Tabla 1, las características demográficas presentadas por los sujetos del estudio podrían explicarse por la naturaleza crónica de la CI, por cuanto presentan mayor incidencia en la edad superior, relacionada con un mayor tiempo de exposición a factores de riesgo cardiovasculares (17), así como el avance en los tratamientos médico-quirúrgicos que inciden en el aumento de la sobrevivencia (18). La presentación de un mayor porcentaje de participantes de género masculino se relaciona con una mayor exposición a factores cardiovasculares en comparación con las mujeres; además, la sintomatología de la CI en la mujer se presenta de manera atípica, aunado a que esta tiende a restar importancia a sus síntomas, lo que condiciona su diagnóstico oportuno (17).

En lo que concierne al diagnóstico que se presentó en mayor proporción, este fue el infarto agudo de miocardio, que constituyó uno de los tipos más serios de CI (19), con la fuerte sintomatología que representa (20). Ante ello, se destaca que los participantes del estudio que han presentado una recidiva, según Clua et al. (21), presentan un mayor impacto en la capacidad física y el deterioro de su calidad de vida.

No obstante, en la mayoría de los participantes, la experiencia vivida de padecer la sintomatología, una CI y los sometimientos a los regímenes terapéuticos podrían influenciar en el desarrollo de su capacidad de agencia de autocuidado; de acuerdo con Taylor (8), depende de las experiencias previas de los pacientes. De igual manera, se convierte en sí misma en una fuente de autoeficacia, específicamente la retroalimentación fisiológica, según Resnick (10).

Respecto a los resultados de la capacidad de agencia de autocuidados, se encontró una media de 89,37, con una desviación estándar de 4,07. En el Gráfico 1 se aprecia que la mayor proporción de participantes reportaron un rango alto de capacidad de agencia de autocuidado y el restante de los participantes se ubicó en el rango medio; lo que significa que los pacientes con CI que asisten a RC cuentan con las capacidades y habilidades para llevar a cabo acciones de autocuidado para promover su estado de bienestar. Esto podría estar explicado a partir de la educación brindada en la RC a las personas con CI para que lleven a cabo acciones de autocuidado; por ejemplo, controlar factores de riesgo cardiovasculares (4).

Gráfico 1. Grado de capacidad de agencia de autocuidado en personas con CI



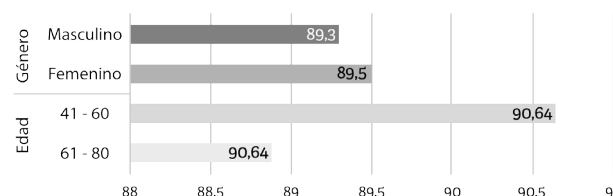
Fuente: base de datos investigación (2016).

En el Gráfico 2 se observa que el nivel de agencia de autocuidado, según la variable sexo, no presentó una diferencia importante. Con relación a la edad se presentó un puntaje ligeramente mayor en los participantes del grupo etario de 41 a 60 años. Se debe tener en cuenta que la variable edad es considerada por Orem como un factor condicionante de autocuidado; para Rodríguez et al. (22), un aumento en edad compromete el adecuado desarrollo del autocuidado.

A partir de los resultados de capacidad de agencia de autocuidado, se puede inferir que los pacientes

con CI que asisten al programa de RC han desarrollado habilidades y capacidades para enfrentar el estado de alteración de su salud, causado por una CI. Asimismo, desarrollan acciones necesarias para satisfacer sus requisitos de autocuidado, frente a los problemas de la salud que viven, confirmando los planteamientos teóricos de Orem.

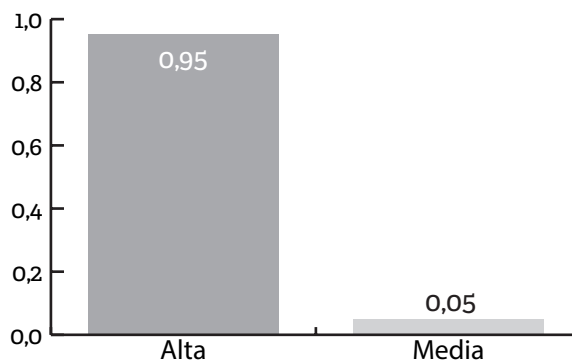
Gráfico 2. Capacidad de agencia de autocuidado según género y edad en personas con CI



Fuente: base de datos investigación (2016).

Respecto a los resultados obtenidos sobre el nivel de autoeficacia percibida, se encontró una media de 37, con una desviación estándar de 3,2. En el Gráfico 3 se puede observar que la mayor parte de los participantes reportaron un nivel alto de autoeficacia percibida y el resto se ubicó en el rango medio. Lo anterior significa que los participantes del estudio se perciben motivados, con la confianza que les permite emitir un juicio y determinar qué tan capaces se sienten de cumplir con acciones de autocuidado promovidas en el programa de RC.

Gráfico 3. Nivel de autoeficacia percibida en personas con CI

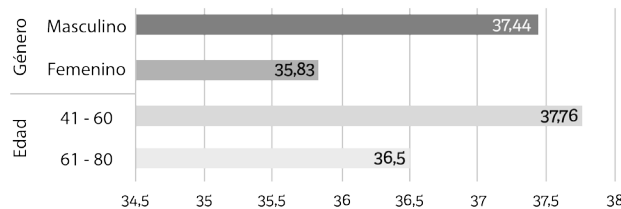


Fuente: base de datos investigación (2016).

En el Gráfico 4 se evidencia el nivel de autoeficacia percibida según género y edad; las mujeres y los participantes del grupo etario de 61 a 80 años presentaron un nivel ligeramente menor. Lo anterior concuerda con las apreciaciones de Resnick (10), quien advirtió que el nivel de autoeficacia no se presenta de igual manera en todas las situaciones,

sino que es influenciada por el comportamiento, factores personales y ambientales; para el caso de la presente investigación las mujeres y el grupo de mayor edad se notan menos eficaces.

Gráfico 4. Nivel de autoeficacia percibida según género y edad en personas con CI



Fuente: base de datos investigación (2016).

En la Tabla 2 se relaciona el análisis de correlación entre los ítems de cada instrumento como conjuntos de variables dependientes e independientes. A través de una correlación canónica, el resultado en la primera función canónica fue de $rc=0,879$, $p<0,05$, lo que demuestra un grado fuerte de relación entre las variables que conforman los respectivos instrumentos de agencia de autocuidado y autoeficacia percibida, aplicados a los pacientes con CI que asisten a programas de RC.

Tabla 2. Análisis de correlación canónica entre la agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida en personas con CI

Función canónica	Correlación	Estadístico de Wilks	Sig.
1	0,879	0,001	0,039

Fuente: base de datos investigación (2016).

Discusión

Las características sociodemográficas de los participantes del estudio son similares a las descritas por el Instituto Nacional de Salud (17), donde describen que las enfermedades cardiovasculares inciden principalmente en los hombres, grupos etarios de mayor edad y que el principal diagnóstico de CI es el infarto agudo de miocardio.

Los resultados de un nivel alto de capacidad de agencia de autocuidado reportados por los participantes del estudio son similares a los obtenidos en otras investigaciones. De acuerdo con los datos obtenidos por Bastidas (23), los pacientes con enfermedad coronaria presentan un alto nivel de agencia de autocuidado y esta variable se relaciona con la adherencia a los tratamientos farmacológicos

y no farmacológicos. Asimismo, Arredondo (24) documentó que los pacientes con falla cardíaca, en su mayoría, reportaban un nivel alto de agencia de autocuidado, dejando ver que estos pacientes tienen la capacidad de reflexionar acerca de la importancia de los requisitos de autocuidado.

Empero, el nivel alto de agencia de autocuidado reportado en este estudio difiere de otras investigaciones en las que documentaron un nivel medio de autocuidado en la mayoría de participantes; como afirmaron Olivella et al. (25) en pacientes hospitalizados con enfermedad coronaria y Achury et al. (26) en pacientes con hipertensión arterial. Lo anterior nos permite inferir que, en la población con enfermedad cardíaca, el desarrollo de la capacidad para llevar a cabo acciones de autocuidado se presenta de manera diferente según el contexto y diagnóstico cardiovascular.

Del mismo modo, Morales y Florez (27) encontraron un nivel medio de agencia de autocuidado en adolescentes, en un estudio que buscaba una relación entre la agencia de autocuidado y factores de riesgo cardiovasculares en estudiantes universitarios. Debe tenerse en cuenta que, a diferencia de los anteriores estudios, los participantes de la presente investigación han experimentado la sintomatología de la CI; esta experiencia vivida podría influenciar en el desarrollo de su capacidad de agencia de autocuidado (8). Además, se debe considerar que los pacientes en RC reciben educación y orientación para promover el autocuidado, por ejemplo, adopción de hábitos saludables y control de factores de riesgo cardiovasculares (4).

Por otra parte, con respecto a los resultados de la autoeficacia, los participantes del estudio se percibían con niveles altos de autoeficacia. Por consiguiente, las personas con CI que asisten al programa de RC se pueden considerar capaces de llevar a cabo acciones necesarias para alcanzar una meta, en este caso de seguir una línea de acción, al dar un manejo asertivo a su cuidado y alcanzar el objetivo de recuperar de su estado de bienestar.

Así, estos resultados concuerdan con los obtenidos por Medina (28) y Brink et al. (29), los cuales encontraron un nivel alto de autoeficacia en personas con posinfarto agudo de miocardio. Estos autores relacionaron dicho hallazgo positivamente; además, describieron un efecto predictor sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Se demuestra, entonces, que estos pacientes cuentan con habilidades y motivación para sentirse

capaces de realizar los cambios necesarios en su conducta y restablecer su salud.

El resultado de correlación canónica hallado en este estudio confirma que el concepto cognitivo de la autoeficacia se relaciona estadísticamente con el concepto conductual del autocuidado; reafirmando la asociación teórica que existe entre estos dos constructos, demostrando que la motivación y confianza en las propias capacidades de los pacientes son necesarias para promover a las personas en agentes capaces de ejecutar con éxito acciones de autocuidado.

Dado esto, los datos de correlación documentados en el presente estudio son similares a los obtenidos por Rowshanak et al. (30), quienes evaluaron las relaciones entre la autoeficacia, los comportamientos de autocuidado y el control glucémico en adultos en Canadá. Los autores evidenciaron relaciones positivas entre los ítems de autocuidado de actividad física y el puntaje total de autoeficacia. Resultados similares fueron obtenidos por Reisi et al. (31), demostrando el efecto positivo de un programa que promueve el nivel de autoeficacia sobre las conductas de autocuidado en pacientes con EPOC; en Irán, mediante un estudio cuasiexperimental se corroboró el efecto predictor que tiene la autoeficacia sobre los comportamientos de autocuidado para esta patología.

En ese sentido, datos similares obtuvieron Warren et al. (32), quienes determinaron la relación existente entre la autoeficacia y las conductas de autocuidado en pacientes afroamericanos con hipertensión arterial; los participantes que reportaron tener una buena autoeficacia mostraron sentir confianza para mejorar el control de la tensión arterial al informarse y llevar a cabo comportamientos de autocuidado. Los autores concluyeron que el personal de salud debe evaluar la autoeficacia al implementar las técnicas prácticas para ayudar a aumentar su confianza en el manejo de su presión arterial mediante acciones de autocuidado.

De igual manera, Bohanny et al. (33) evidenciaron una relación moderada pero estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia, conductas de autocuidados y la educación en salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en las islas Marshall y Taiwán. Estos autores recomendaron incluir en las estrategias educativas sobre manejo de la diabetes el concepto de autoeficacia, para promover conductas de autocuidado en los pacientes.

Conclusiones

Los pacientes con CI poseen la capacidad de tomar decisiones sobre su salud y de responsabilizarse por sus propios cuidados, desarrollando así las capacidades cognitivas, las motivaciones y la confianza necesaria para emitir un juicio y determinar qué tan capaces se sienten de alcanzar una meta propuesta. Todo esto, en el contexto del presente estudio sobre cumplir con acciones de autocuidado promovidas en la RC, que además son necesarias para alcanzar una adecuada recuperación de su estado de salud.

De tal modo, al lograr identificar una relación positiva entre el autocuidado y la autoeficacia se propicia un hallazgo significativo, por cuanto confirma estadísticamente la relación teórica y empírica que existe entre estos dos conceptos que han demostrado ser influyentes en el adecuado manejo que dan las personas hacia su propia salud. Este resultado permite comprender la influencia presente entre estas dos variables, lo que resulta en una herramienta útil para la disciplina de enfermería, afianzando la comprensión del manejo que dan las personas con CI a su propio bienestar, a partir de los juicios sobre las capacidades de cuidar de sí mismos respecto a su salud cardiovascular.

Entre tanto, este hallazgo sienta las bases para orientar la práctica, programas de educación y cuidados de enfermería en la atención de pacientes con CI basados en estos dos conceptos; especialmente resulta útil para realizar estudios experimentales con el objetivo de establecer el impacto de intervenciones basadas en la autoeficacia, para afianzar la confianza que tienen los pacientes sobre sus capacidades. Lo anterior puede influir sobre el autocuidado, sustentado en la relación evidenciada entre dos teorías en enfermería.

Por otra parte, una limitación del estudio se presentó en el número reducido de participantes; sin embargo, los resultados son estadísticamente válidos, ya que en el cálculo de tamaño muestral se aplicó una seguridad del 99 % y un poder estadístico del 96 %. Por consiguiente, se sugiere realizar más investigaciones que indaguen la relación de estos dos conceptos en otros contextos de salud.

Referencias

- (1) Organización Mundial de la Salud. Las 10 principales causas de defunción [internet]; 2016 [acceso: 24 jun 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index1.html>

- (2) Centro de Estudios e Investigaciones en Salud. Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón-Georeferenciado. Así vamos en salud [internet];2015 [acceso: 28 oct 2016]. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-enfermedades-isquemicas>
- (3) Gobernación del Huila. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud Huila 2016 [internet];2016 [acceso: 28 jun 2017]. Disponible en: <http://www.huila.gov.co/documentos/2017/saludpublica/ASIS/asis-departamental-2016-huila.pdf>
- (4) Hernández DY. Relación entre estados de salud y riesgos de no adherencia al tratamiento en pacientes en rehabilitación cardíaca. *Av Enferm* [revista en internet]. 2015 [acceso: 10 jun 2016]; 33(1):114-23. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.41825>
- (5) Cano CR, Alguacil IM, Alonso JJ, Molero A, Miangolarra JC. Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Esp Cardiol* [revista en internet]. 2012 [acceso: 8 abr 2016]; 65(1):72-9. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.07.016>
- (6) Sánchez JC, Angarita A, Jácome A, Malaver Y, Schmalbach E, Díaz C. Barreras para la participación en programas de rehabilitación cardíaca en pacientes sometidos a revascularización percutánea por enfermedad coronaria. *Rev Colomb Cardiol* [revista en internet]; 2016 [acceso: 9 dic 2016]; 23(2):141-47. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.rccar.2015.08.009>
- (7) Orem D. *Conceptos de enfermería en la práctica*. 4a ed. Barcelona: Masson; 1993.
- (8) Taylor S. Teoría del Déficit de Autocuidado. En Marriner A, Riale M, editores. *Modelos y Teorías de Enfermería*. 6a ed. Barcelona: Mac Graw Hill; 2008. p. 269-73.
- (9) Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Amer Psych* [serial on the internet]. 1982 [access: 10 may 2016] 37(2):122-47. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- (10) Resnick B. The theory of self-efficacy. In Smith M, Liehr P, editores. *Middle range theory for nursing*. New York: Springer publishing company; 2003. p. 49-68.
- (11) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santafé de Bogotá. 1993.
- (12) República de Colombia. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. 2004.
- (13) Rocha M, González C, Amaya C, Juárez E, Olvera A, Márquez P, et al. Agencia de autocuidado en alumnos de nuevo ingreso en la Unidad Académica Multidisciplinaria Zona Media. *Cien Enferm* [revista en internet]. 2015 [acceso: 11 nov 2015]; 21(1):103-13. Disponible en: DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-9532015000100010>
- (14) Velandia A, Rivera LN. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Rev Salud Pública* [revista en internet]. 2009 [acceso: 28 ene 2015]; 11(4):538-48. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400005&lng=en
- (15) Sanjuán P, Pérex AM, & Bértudez J. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema* [revista en internet]. 2000 [acceso: 14 sept 2015]; 12(2):509-513. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/615.pdf>
- (16) Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev Méd Chile* [revista en internet]. 2010 [acceso: 12 feb 2016]; 138(5):551-7. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000500004>
- (17) Observatorio Nacional de Salud. Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia, informe técnico 5ª ed. [internet]. 2015 [acceso: 5 feb 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informe-ons-5.pdf>
- (18) Loáisiga H, Benavides A, Bolaños M, Ortiz L, Vega R, Brenes T. Calidad de vida de los pacientes con enfermedad arterial coronaria incluidos en el programa de rehabilitación cardíaca del hospital San Vicente de Paúl en Heredia. *Rev Costarric Cardiol* [revista en internet]. 2008 [acceso: 8 mar 2016]; 10(1-2):9-13. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422008000100002&lng=en
- (19) Gutiérrez A, Druyet D, Oramas I, Véliz PL. Infarto de miocardio agudo en Cuba: Situación actual. *Rev Cub Med Int Emerg* [revista en internet]. 2010 [acceso: 18 oct 2015]; 9(1):1638-48. Disponible en: http://bvvs.sld.cu/revistas/mie/vol9_1_10/mie04110.pdf
- (20) Fácila L. Fundación española del corazón. Cardiopatía Isquémica [internet]. 2015 [acceso: 18 oct 2016]. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/cardiopatia-isquemica.html>
- (21) Clua JL, Piñol JL, Gil VF, Orozco D, Panisello A, Lucas J, et al. Resultados de prevención cardiovascular primaria y secundaria en pacientes con ictus: riesgo de recurrencia y supervivencia asociada (estudio Ebrictus). *Rev Neurol* [revista en internet]. 2012 [acceso: 10 oct 2015]; 54(2):81-92. Disponible en: <http://ictusandstroke.com/wp-content/uploads/2015/09/Resultados-prevencion-secundaria.-Neurologia-2011.pdf>
- (22) Rodríguez MA, Arredondo E, Salamanca YA. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). *Enferm Glob* [revista en internet]. 2013 [acceso: 5 oct 2015]; 12(30):183-95. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.12.2.147921>
- (23) Bastidas CV. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidados y la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. *Av Enferm* [revista en internet]. 2007 [acceso: 12 mar 2015]; 25(2):65-75. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12811>

(24) Arredondo E. Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con falla cardíaca. *Av Enferm [revista en internet]*. 2010 [acceso: 12 feb 2016]; 23(1):21-30. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15624/16382>

(25) Olivella MC, Bastidas CV, Bonilla CP. Comportamientos de autocuidado y adherencia terapéutica en personas con enfermedad coronaria que reciben atención en una institución hospitalaria de Ibagué, Colombia. *Investig Enferm Imagen Desarr [revista en internet]*. 2016 [acceso: 23 jun 2017]; 18(2):13-29. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-2.caat>

(26) Achury LF, Achury DM, Rodríguez SM, Sepúlveda G, Padilla MP, Leuro JM, et al. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Investig Enferm Imagen Desarr [revista en internet]*. 2012 [acceso: 18 dic 2016] 14(2):61-83. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/4206/3195>

(27) Morales R, Florez ML. Agencia de autocuidado y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. *Av Enferm [revista en internet]*. 2016 [acceso: 28 ene 2017]; 34(2):125-36. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002016000200002&lng=en

(28) Medina M, Rubiano YL. La autoeficacia en pacientes post-infarto. *Rev Fac Med [revista en internet]*. 2017 [acceso: 5 may 2017]; 65(2):261-6. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.57893>

(29) Brink E, Alsén P, Herlitz J, Kjellgren K, Cliffordson C. General self-efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction. *Psychol Health Med [serial on the internet]*. 2012 [access: 23 ago 2015]; 17(3):346-55. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1080/13548506.2011.608807>

(30) Rowshanak A, Fardowsa Y, Tricia S. Self-Efficacy, Self-Care and Glycemic Control among Canadian South Asians with Type 2 Diabetes. *Can J Diabetes [serial on the internet]* 2016 [access: 16 dic 2016]; 40(5):S71. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjd.2016.08.207>

(31) Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, & Sharifirad G. Impact of health literacy, self-efficacy, and outcome expectations on adherence to self-care behaviors in iranians with type 2 diabetes. *Oman Med J [serial on the internet]*. 2016 [access: 11 Jan 2017]; 31(1):52-9. Available from: DOI: <http://doi.org/10.5001/omj.2016.10>

(32) Warren-Findlow J, Seymour RB, Brunner Huber LR. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *J Community Health [serial on the internet]*. 2012 [access: 12 Sep 2016]; 37(1):15-24. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1007/s10900-011-9410-6>

(33) Bohanny W, Wu SF, Liu CY, Yeh SH, Tsay SL, Wang TJ. Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Am Assoc Nurse Pract [serial on the internet]*. 2013 [access: 18 Jul 2015]; 25(9):495-502. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1111/1745-7599.12017>

Perfil epidemiológico dos detentos: patologias notificáveis

Perfil epidemiológico de los detenidos: patologías notificables

Prisoners' epidemiological profile: notifiable pathologies

• Eliana Lessa Cordeiro¹ • Tânia Maria da Silva² • Liniker Scolfild Rodrigues da Silva³ • Carlos Eduardo de Araújo Pereira⁴ • Fernanda de Barros Patricio⁵ • Camila Mendes da Silva⁶ •

•1• Mestre em Neurociências pelo Departamento de Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco. Gestora do Departamento de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira, campus Recife. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: elianalesa18@hotmail.com

•4• Enfermeiro. Universidade Salgado de Oliveira, campus Recife. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: cadu_clone13@hotmail.com

•2• Mestre em Educação pela Universidade Federal de Pernambuco. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira, campus Recife. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: taniamaria55@gmail.com

•5• Residente em Saúde da Mulher pela Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: fernanda10002009@hotmail.com

•3• Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas/Universidade de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: liniker_14@hotmail.com

•6• Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas/Universidade de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: camila_mendes@hotmail.com

Recibido: 05/11/2017 Aprobado: 03/07/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n2.68705



Resumo

Objetivo: analisar as principais patologias que acometem os detentos de um Complexo Prisional de Recife (estado de Pernambuco, Brasil), refletindo, à luz da literatura, sobre as concepções de enfermagem que permeiam tais agravos.

Metodologia: trata-se de um estudo documental, de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados em um Complexo Prisional localizado em Recife e analisados a partir dos critérios preestabelecidos por meio de um questionário fechado com 113 prontuários de detentos que se encontravam em regime fechado. Após o preenchimento dos formulários, o banco de dados foi formatado, e os dados analisados por meio do Programa Epi Info 2007.

Resultados: foi possível detectar que, em relação ao perfil epidemiológico dos detentos, verificou-se que 66,73 % têm de 18 a 31 anos, 8,85 % convivem com o vírus do HIV/Aids, e 13,27 % possuem transtorno mental.

Conclusões: o cenário do sistema prisional é de condições subumanas, que fere com os direitos humanos básicos de cidadania. Nessa situação, a vulnerabilidade aumenta, e a emergência para a atuação de políticas, estratégias e ações que intervenham nesses locais são evidentes. São necessárias intervenções educativas com os detentos, maior número de profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, capacitados e sensibilizados para atuar nessa realidade, a fim de garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Descritores: Enfermagem; Epidemiologia; Perfil de Saúde; Prisões (fonte: Decs Bireme).

Resumen

Objetivo: analizar las principales patologías que acometen los detenidos de un Complejo Carcelario de Recife (departamento de Pernambuco, Brasil), reflejando a la luz de la literatura las concepciones de enfermería que permean tales agravios.

Metodología: se trata de un estudio documental, de naturaleza exploratoria y descriptiva, con abordaje cualitativo. Se recogieron los datos en un complejo carcelario de Recife-Pernambuco y se analizaron por medio de los criterios preestablecidos de un cuestionario con 113 registros de detenidos en régimen cerrado. Después del diligenciamiento de los formularios, se formateó la base de datos y se analizaron los datos utilizando el Programa Epi Info 2007.

Resultados: fue posible detectar que, en relación con el perfil epidemiológico de los detenidos, se encuentra el 66,73 % con edad de 18 a 31 años, el 8,85 % conviven con el virus VIH/Sida y el 13,27 % tiene trastorno mental.

Conclusiones: el escenario del sistema penitenciario es de condiciones sobrehumanas, que hiere con los derechos humanos básicos de ciudadanía. En esta situación, la vulnerabilidad aumenta y la emergencia para la actuación de políticas, estrategias y acciones que intervienen en esos lugares son evidentes. Se necesitan intervenciones educativas con los detenidos, mayor número de profesionales de salud, principalmente enfermeros, capacitados y sensibilizados para actuar en esa realidad, con el fin de garantizar acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud.

Descritores: Enfermería; Epidemiología; Perfil de Salud; Prisiones (fuente: Decs Bireme).

Abstract

Objective: to analyze the main pathologies that affect the inmates of a Prison Complex of Recife-PE (Brazil), reflecting, in the light of the literature, about the nursing conceptions that permeate such diseases.

Methodology: this is a documentary study, of an exploratory and descriptive nature, with a qualitative approach. Data were collected in the Prison Complex located in Recife, Pernambuco State, and analyzed from preset criteria through a questionnaire with 113 records of prisoners in closed regime. After the completion of forms, the database was formatted, and data were analyzed using the Epi Info Program 2007.

Results: it was possible to note that, regarding the prisoners' epidemiological profile, it was found that 66.73% are aged between 18 to 31 years old, 8.85 % live with the HIV/AIDS virus and 13.27 % have mental disorder.

Conclusions: the scenario of the prison system consists of subhuman conditions, which violates the basic human rights regarding citizenship. In this situation, vulnerability increases, and the emergency for the implementation of policies, strategies and actions that intervene at these locations is evident. Educational interventions with inmates are needed, as well as a greater number of health professionals, especially nurses, trained and sensitized to act in these realities, ensuring actions for the promotion, prevention and recovery of health.

Descriptors: Epidemiology; Health Profile; Nursing; Prisons (source: Decs Bireme).

Introdução

Dados mais recentes do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (2017) evidenciam que o Brasil possui a quarta maior população carcerária por habitante do mundo, com 666 detentos para cada 100 mil habitantes, o que indica um aumento de 258 % em apenas 20 anos (1).

O cenário é preocupante, pois a população carcerária está submetida às condições que a deixam vulnerável à aquisição e transmissão de doenças, devido às estruturas inadequadas, como celas superlotadas com condições insalubres e precárias, à subnutrição, ao uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, à higiene insuficiente e à assistência médico-jurídica fragilizada (2, 3).

Legalmente, desde 1984, é assegurada ao detento uma assistência à saúde de caráter preventiva e curativa, que abrange o atendimento médico, farmacêutico e odontológico, através da Lei de Execução Penal 7.210, de 11 de julho, em seu artigo 14. Portanto, nos casos em que o estabelecimento penal não prover condições estruturais/instrumentais para uma assistência médica, esta deverá ser referenciada para outro serviço resolutivo (4).

Associado a isso, a Portaria Interministerial 1.777, de 9 de setembro de 2003, aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que ressalta o direito dos detentos a uma assistência à saúde de forma integral, de acordo com algumas diretrizes estratégicas, como: prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde; reduzir os agravos mais frequentes; definir e programar ações e serviços consonantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); implementar a intersetorialidade; democratizar o conhecimento do processo saúde/doença, dentre outras (2).

Nesse contexto, a enfermagem possui um papel bastante relevante, pois colabora para a recuperação de vida dos indivíduos reclusos, através de uma sistematização de enfermagem individual, integral e equânime, livre de qualquer tipo de preconceito e discriminação, obedecendo aos preceitos éticos inerentes de sua atividade profissional (5).

Considerando que a população carcerária está vulnerável a diversas situações que afetam a saúde,

o presente artigo tem como objetivo analisar as principais patologias que acometem os detentos de um Complexo Prisional de Recife (estado de Pernambuco, nordeste do Brasil), refletindo, à luz da literatura, sobre as concepções de enfermagem que permeiam tais agravos.

Materiais e método

Trata-se de um estudo documental, de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, realizado em um Complexo Prisional Estadual localizado em Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

Os documentos são importantes fontes de dados, pois armazenam informações que são relevantes para a caracterização de uma determinada situação. Considerar a pesquisa documental pelo cunho qualitativo é propor novos enfoques para uma problemática. Três aspectos principais delimitaram o estudo para se refletir nas concepções de enfermagem: a escolha dos documentos, o acesso a eles e a sua análise (6).

A população estudada foi de pessoas privadas de liberdade, atendidas no ambulatório do Complexo Prisional, durante o ano de 2015. Esse ano foi considerado turbulento, pois 15 tentativas de fuga foram registradas juntamente com diversas rebeliões que incluíram armas de fogo e morte de detentos e vizinhos da localidade. Tal fato justifica o interesse em investigar as condições de saúde dessa população, que se encontrava em alta vulnerabilidade.

A amostra foi composta por 113 prontuários. Os critérios de inclusão foram os diários dos detentos que receberam qualquer tipo de assistência à saúde no ambulatório durante o ano de 2015 e que estavam em regime fechado. Foram excluídos da pesquisa os prontuários dos detentos em liberdade condicional e os prontuários atendidos com anos maiores ou menores que 2015.

Foi elaborado um questionário semiestruturado padronizado para nortear o levantamento das informações dos prontuários. Ele foi composto por 32 questões objetivas, as quais corresponderam a: idade, tabagismo, realização de algum tratamento de emergência ou ambulatorial, doenças notificáveis pelo Ministério da Saúde, doenças prévias e medicações que fazem uso.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de setembro a outubro de 2016, após a assinatura da

carta de anuência e a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Salgado de Oliveira (Universo), sob o n.º de Cae: 59636916.1.0000.5289. Depois da coleta de dados, estes foram formatados e analisados utilizando o EpiInfo 2007; foi realizada análise descritiva para a caracterização das variáveis para, posteriormente, ser feita uma análise à luz da literatura científica.

Resultados e discussão

No presente estudo, foram investigados 113 prontuários de detentos atendidos no ambulatório em um Complexo Prisional Estadual da cidade do Recife-PE durante o ano de 2015. Na Tabela 1, observa-se o perfil social e da saúde levantado dos prontuários.

Com relação à faixa etária, verifica-se que 66,37 % têm 18 a 31 anos, o que corrobora com um estudo realizado na cidade de Belo Horizonte no ano de 2010, no qual 80 % das pessoas que foram privadas de liberdade novamente possuíam até 30 anos de idade (7).

Dados oficiais do Departamento Penitenciário Nacional (1) do Ministério da Justiça e Segurança Pública evidenciam que, em 2016, a população privada de liberdade do Brasil estava em torno de 726.712, distribuída em diferentes estabelecimentos penais que compõem o sistema penitenciário brasileiro. Ressalta-se ainda que 55 % dos detentos são formados por adultos jovens (idade até 29 anos). Realidade que pode ser evidenciada, inclusive, em estudo realizado nas penitenciárias femininas do estado da Paraíba (8).

Grande parte dos jovens ingressou na criminalidade ainda durante a adolescência, sendo eles os mais envolvidos em crimes violentos. Esses jovens são, em sua maioria, advindos de estratos sociais de populações pobres, comunidades marginalizadas e com baixo nível educacional (2, 7).

Com relação à variável tabagismo, pode-se notar que 70,80 % da população não faz uso de tabaco. Sobre o atendimento de emergência, verificou-se que 92,92 % receberam algum tipo de tratamento emergencial e 7,08 % não receberam. Dentre os detentos, 98,23 % deles não possuem doenças interrogadas.

A alta taxa de atendimentos emergenciais justifica-se pelas torturas e agressões físicas que os

detentos sofrem nas prisões. Tais práticas podem ocorrer tanto por parte dos agentes penitenciários que introduzem a “correção”, após uma tentativa de fuga ou rebelião, quanto por parte de outros detentos, principalmente atos violentos, como tentativas de homicídios, abusos sexuais, espancamentos e extorsões (9).

Tabela 1. Perfil social e de saúde da população privada de liberdade atendida no ambulatório em um Complexo Prisional de Recife-PE (2015)

Variáveis	N.º de prontuários	%
Idade (ano)		
18-31	75	66,37
32-45	29	25,66
46-59	08	7,08
60-73	01	0,89
Tabagismo		
Afirma	28	24,78
Nega	80	70,80
Não informou	05	4,42
Atendimento na emergência		
Possui	105	92,92
Não possui	08	7,08
Tratamento ambulatorial		
Possui	106	93,81
Não possui	07	6,19
Doenças		
Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	01	0,9
Hanseníase	01	0,9
Não possui	111	98,2

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

A violência se relaciona diretamente com a estrutura social, econômica e política, e agrava-se com as exclusões e desproteções sociais, ameaçando a integridade física e mental do sujeito. Os profissionais de enfermagem se sentem ameaçados em atuar em ambientes violentos e refletem a ansiedade, o medo e a insegurança sobre como agir diante de determinadas situações. No entanto, estudos evidenciam que os profissionais perpassam tais limitações e promovem o cuidado em saúde de acordo com as necessidades apresentadas, da forma mais efetiva e eficaz (10).

Outro aspecto que prejudica a atuação dos profissionais é a quantidade de enfermeiros inferior do que a real necessidade. As condições de trabalho devem ser analisadas, pois alguns incentivos podem ser ofertados para motivar tais profissionais, como o acesso informatizado à rede de pres-

tadores, segurança, contrarreferência e incentivos financeiros de trabalho (11).

De acordo com Oliveira (5), destacam-se alguns fatores que favorecem a contaminação e disseminação de doenças infectocontagiosas no sistema prisional, tanto para a população privada quanto para os funcionários do estabelecimento e a comunidade extramuros: demora na identificação dos portadores da doença; isolamento daqueles portadores da doença; alta rotatividade de detentos; celas pequenas e pouco ventiladas, e tempo de encarceramento.

Na Tabela 2, pode-se detectar as doenças prévias dos detentos atendidos no ambulatório do complexo prisional. Com relação à incidência de transtornos mentais, os detentos estão vulneráveis a fatores que contribuem para a ocorrência, principalmente, de ansiedade e depressão, como a privação da liberdade e a mudança do seu ambiente social. As situações adversas vivenciadas podem desencadear nos indivíduos respostas e reações distintas, adaptativas ou aquelas que submetem os detentos a riscos ainda maiores. Em um estudo (12) realizado com presidiários de Santa Catarina, foi relatado que os sintomas de depressão não têm relação direta com os transtornos mentais específicos, mas sim com condições insalubres, superlotação, celas mal iluminadas e ventiladas com odor fétido, má alimentação, sedentarismo e violência (13).

Tabela 2. Caracterização das doenças prévias dos detentos atendidos no ambulatório de um Complexo Prisional de Recife-PE (2015)

Variáveis	%
Asma	0,88
Cardiopatia	2,65
Dermatite atópica	12,39
DM	1,77
IST	0,88
HAS	5,31
HAS + DM	7,08
HAS + Transtorno mental	2,65
HAS + Doença renal	0,88
Hepatite	0,88
Transtorno mental	13,27
Transtorno mental + IST	0,88
Transtorno mental + Epilepsia	0,88
Sem patologias	49,56

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

Como a população estudada não pratica nenhum tipo de atividade física, os detentos possuem maiores chances de desenvolverem cardiopatias, aumentando de 20 a 30 % o risco de mortalidade (12). Em consonância, para reduzir a dermatite atópica, são necessárias duas práticas: melhorar a higiene e exposição ao sol, pois esta promove a síntese de vitamina D, que é responsável pela modulação de micronutrientes e diferenciação celular (14, 28).

Destaca-se também o fato de que quase metade da população privada de liberdade (49,56 %) não possuía doenças prévias quando atendida no ambulatório do Complexo. Esse fato se relaciona com as subnotificações, problemática que dificulta a análise da situação de saúde dessa população e, conseqüentemente, prejudica o planejamento de estratégias e ações para o controle de doenças. Para Barbosa (20), mesmo havendo legislação específica que orienta os sistemas prisionais a prestar assistência à população privada de liberdade, e apesar de grande parte dos estados brasileiros já estar recebendo o financiamento previsto pelo PNSSP, muitos estabelecimentos prisionais não estão aptos a desenvolver serviços referentes à saúde (15, 20).

Dessa forma, Alcantra et al. (16) e Mourão et al. (17) relatam que é relevante que haja melhoria no investimento de recursos humanos e financeiros, com o objetivo de ofertar aos milhares de indivíduos privados de liberdade o acesso à saúde, de modo que não seja visto como um privilégio ou compaixão, mas como um direito garantido pela Constituição. Assim, é necessário que o presídio ofereça uma assistência multiprofissional aos portadores de transtornos mentais, principalmente para a ansiedade e a depressão, com o objetivo de reduzir e prevenir sinais e sintomas (13).

A incidência de IST/Aids em detentos chega a ser o dobro da população que vive livre, pois o fato de estarem confinados favorece as relações homoafetivas sem o uso de preservativo, a violência sexual praticada por parte dos outros detentos, o compartilhamento de objetos perfurocortantes (agulhas usadas em tatuagens, *piercings*, lâminas de barbear), a restrição do espaço e da mobilidade, o que favorece a contaminação e disseminação de outras IST (18, 19).

O PNSSP reconhece as seguintes áreas como prioritárias: diabetes, hanseníase, tuberculose, hipertensão e IST/Aids. O controle das endemias é de responsabilidade do enfermeiro, o qual desen-

volve ações de promoção e prevenção da saúde. É preciso realizar a busca ativa, o diagnóstico precoce, a notificação compulsória, o tratamento supervisionado e a investigação dos comunicantes para a tuberculose e a hanseníase; atentar para a hipertensão e o diabetes, bem como realizar o tratamento adequado de tais casos. Para tanto, o acompanhamento clínico é fundamental. Em consonância, a presente revisão evidencia o alto índice de transtornos mentais registrados entre os detentos, agravo não considerado pela PNSSP (20).

A Tabela 3 evidencia as doenças notificadas nos detentos. Os dados estão em consonância com os evidenciados pelo Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, no qual em primeiro se tem o HIV/Aids, em seguida sífilis, hepatites e tuberculose (21).

Tabela 3. Doenças notificáveis na população privada de liberdade atendida no ambulatório de um Complexo Prisional de Recife-PE (2015)

Variáveis	%
Herpes	0,88
HIV	8,85
HIV + IST	1,77
Sífilis	3,31
Sífilis + Asma	0,88
Tuberculose	3,54
Tuberculose + Sífilis	0,88
Sem patologias	77,88

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

Um dos aspectos que justifica o alto índice de tais doenças e agravos são as condições precárias do encarceramento que a população privada de liberdade está sujeita: celas superlotadas, pouco ventiladas e iluminadas, associadas à má higienização, ao sedentarismo e ao uso de drogas (3, 22).

Outro aspecto é a dificuldade de adesão aos tratamentos, que favorece a sobrecarga nos serviços de urgência e emergência, assim como a assistência farmacêutica, colaborando para que o município se torne bastante vulnerável. Vale salientar que os detentos não recebem nenhum tipo de informação a respeito das doenças infectocontagiosas, o que leva a conceitos equivocados sobre transmissão, sintomas, tratamento e cura, principalmente da tuberculose. Atrelado a isso, é notório que medidas de educação e controle devam ser instituídas a essa população para reduzir a prevalência e o abandono ao tratamento, com a

finalidade de reduzir as altas taxas de transmissibilidade (23-25).

Observa-se que 77,88 % da população privada de liberdade não teve nenhuma patologia notificada, fato questionável, uma vez que as más condições de permanência nas celas favorecem a transmissão de doenças. Pode-se ratificar ainda a problemática da subnotificação e a falta de registro nos prontuários. Manter a qualidade no registro das informações é viabilizar o monitoramento local dos casos e auxiliar a vigilância e controle dos agravos (15).

Com relação aos tratamentos medicamentosos, observou-se que 51,33 % dos detentos não informaram o uso de medicamentos, 31,86 % informaram não utilizar e 16,81 % que utilizavam. Dentre os medicamentos prescritos utilizados por essa população, estão: 0,88 % albendazol, carbamazepina e clonazepan; 7,08 % antivirais e 4,42 % fluconazol. Carbamazepina e clonazepan são benzodiazepínicos utilizados para tratar pacientes depressivos.

A Organização Mundial da Saúde aponta que a depressão será a segunda maior causa de incapacidades em 2020 (27). Sua incidência entre a população privada de liberdade tem estreita relação com o ambiente recluso e isolado do sistema prisional que desencadeia sintomas como: ansiedade, depressão, agitação, insônia dentre outros transtornos psiquiátricos (28).

Devido ao ambiente insalubre, às baixas condições dos detentos e ao quantitativo de profissionais insuficiente para atender aos sistemas previdenciários, as infecções virais e o abandono ao tratamento tendem a aumentar. Evidencia-se que, quando os detentos são cuidados por profissionais, frequentemente, eles se sentem bem, tendo a percepção de que o tratamento é para a sua saúde e para a saúde dos outros que convivem com ele (24).

Estudo realizado por Damas (28), no estado de Santa Catarina, evidencia que, como o quantitativo de profissionais é reduzido, a dispensação ou administração de medicamentos se torna um entrave para a assistência à saúde, sendo essa atuação transferida para os agentes penitenciários ou até mesmo o medicamento é entregue ao próprio detento; uma ação perigosa que pode levar ao uso inadequado da medicação.

Conhecer as patologias da realidade que o enfermeiro está atuando orienta-o para a aplicação de um processo de enfermagem eficaz, planejando

oportunidades direcionadas às necessidades reais da população privada de liberdade (30).

Estudo de revisão evidencia que as ações realizadas pelos enfermeiros no sistema prisional podem ser classificadas em três categorias: assistência voltada para os cuidados primários de atenção à saúde, que se referem à vigilância, promoção e prevenção da saúde dos detentos, por meio de um acompanhamento assistencial; cuidado aos pacientes crônicos, com maior ênfase para os hipertensos e diabéticos, e, por fim, gestão administrativa, categoria que preenche grande parte da disponibilidade do profissional. Observa-se que a educação em saúde não é incluída, o que demonstra uma fragilidade no sistema prisional (31).

O enfermeiro é considerado um exímio educador, que tem a capacidade de promover a autonomia e empoderar os participantes. Evidencia-se que a utilização de metodologias ativas, como roda de conversas, proporciona maior reflexão e compreensão de assuntos que necessitam ser abordados pelos participantes (32).

O enfermeiro tem a capacidade de ampliar a sua perspectiva e reconhecer os fatores condicionantes e determinantes envolvidos no processo saúde-doença de cada realidade, o que fornece uma visão holística sobre o sujeito privado de liberdade, aspecto essencial para assisti-lo (31).

Conclusão

O cenário do sistema prisional é de condições subumanas, que fere com os direitos humanos básicos de cidadania. Nessa situação, a vulnerabilidade aumenta, e a emergência para a atuação de políticas, estratégias e ações que intervenham nesses locais é evidente. Para transformar essa realidade, são necessárias intervenções educativas com os detentos e um maior número de profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, capacitados e sensibilizados para atuar nessa realidade, o que garantiria ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Com relação às dificuldades encontradas durante a revisão documental, destaca-se a escassez de trabalhos relacionados à temática na literatura científica, principalmente na área da enfermagem. Mais estudos nessa área poderiam contribuir substancialmente para a melhoria da assistência aos detentos e, assim, alcançar as metas

propostas pelo PNSSP, bem como o desenvolvimento de uma assistência integral.

Portanto, é preciso potencializar as produções científicas relacionadas ao âmbito penitenciário e repensar a saúde do sistema prisional, buscando a garantia constitucional da saúde e as boas condições no ambiente dessa população, direitos assegurados pelo SUS.

Referências

- (1) Ministério da Justiça e Segurança Pública do Brasil. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias — Infopen. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2017.
- (2) Pinheiro MC, Araújo JL, Vasconcelos RB, Nascimento EGC. Health profile of freedom-deprived men in the prison system. Invest Educ Enferm [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Dec 27];33(2):269-79. Available from: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a09>
- (3) Oliveira TFF, Ferreira PJO, Rosa RKG. Perfil de saúde no sistema penitenciário brasileiro: uma revisão integrativa da literatura brasileira. Rev Express Católica Saúde [periódico na internet]. 2016 [acesso: 28 jun. 2017];1(1):121-5. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.fcrs.edu.br/index.php/recsaude/article/view/1384/1113>
- (4) Ministério da Saúde. [Web site]. Brasília-DF: Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde no sistema penitenciário (SAS/Dapes); 2010 [acesso: 15 mar. 2016]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_sistema_penitenciario.pdf
- (5) Oliveira ECSS, Marinelli NP, Santos FJJ, Gomes RNS, Neto NMG. Epidemiological profile of the inmates of a custody central of justice prisoners. Rev enferm UFPE on line [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Jul 17];10(9):3377-83. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11419/13206>
- (6) Godoy AS. Pesquisa qualitativa — tipos fundamentais. Rev Admint Empresas [periódico na internet]. 1995 [acesso: 8 maio 2018];35(3):20-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3>
- (7) Souza RL, Silveira AM, Silva, BFA. A influência de programas de apoio a egressos do sistema prisional na redução da reentrada prisional. Interseções: Rev de Est Interdisciplin [periódico na internet]. 2016 [acesso: 8 jul. 2017];18(2):408-30. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/view/26736/19246>

- (8) Santos MV, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Marchiori GRS, Guerra JVV. Mental health of incarcerated women in the state of Rio de Janeiro. *Texto Contexto Enferm* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Dec 26];26(2):e5980015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/0104-0707-tce-26-02-e5980015.pdf>
- (9) Assis RD. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. *Dir Processual Penal* [periódico na internet]. 2007 [acesso: 28 jun. 2017]; ano IX(39):74-8. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/espens/ARealidadeatualdoSistemaPenitencirioBrasileiro2008.pdf>
- (10) Santos MS, Silva JG, Branco JGO. O enfrentamento à violência no âmbito da estratégia saúde da família: desafios para a atenção em saúde. *Rev Bras Promoç Saúde* [periódico na internet]. 2017 [acesso: 8 maio 2018];30(2):229-38. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5895/pdf>
- (11) Fernandes LH, Alvarenga CW, Santos LL, Filho AP. The need to improve health care in prisons. *Rev Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Jul 6];48(2):275-83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/en_0034-8910-rsp-48-2-0275.pdf
- (12) Damas FB, Oliveira WF. A saúde mental nas prisões de Santa Catarina, Brasil. *Cad Bras Saúde Ment* [periódico na internet]. 2013 [acesso: 17 jul. 2018];5(12):1984-2147. Disponível em: <http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1758/3184>
- (13) Leo'n-Mayer E, Folino JO, Neumann C, Hare RD. The construct of psychopathy in a Chilean prison population. *Rev Bras Psiquiatria* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Dec 28];37:191-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v37n3/1516-4446-rbp-1516-4446-2014-1540.pdf>
- (14) Lima ACB, Nune s IFOC. O Papel da Vitamina D na Dermatite Atópica. *J Health Sci* [periódico na internet]. 2015 [acesso: 17 jul. 2017];17(4):279-85. Disponível em: <http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/3271/3002>
- (15) Pinheiro RS, Andrade VL, Oliveira GP. Subnotificação da tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): abandono primário de bacilíferos e captação de casos em outras fontes de informação usando linkage probabilístico. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2012 [acesso: 2 maio 2018];28(8):1559-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n8/14.pdf>
- (16) Alcantra LM, Alves RS, Oliveira RCC, Andrade SLE, Costa LS, Sá LD. Ações para controle da tuberculose no sistema penitenciário masculino. *Rev de Enf UFPE* [periódico na internet]. 2014 [acesso: 17 jul. 2017];8(11):3823-32. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10128/10620>
- (17) Mourão LF, Oliveira LB, Marques ADB, Branco JGO, Guimaraes MSO, Deus SRM. Promoção da Saúde de Mulheres Encarceradas: um Relato de Experiência. *Sanare, Rev Polit Públicas* [periódico na internet]. 2015 [acesso: 15 jul. 2017];14(1):52-7. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/608/325>
- (18) Yanes, IV, Ysla, MR, Echemendia, EB. Educative intervention about Aids in jail population of Ciego de Ávilan province. *Mediciego* [serial on the Internet]. 2007 [access: 2017 Dec 28]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_02_08/articulos/a4_v14_0208.htm
- (19) Brito JF. Sida y otras afecciones de transmisión sexual en presidiarias de la región central de Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venezuela* [revista en Internet]. 2003 [acesso: 2017 Dic 27]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322003000200005&lng=es&nr m=iso&lng=es
- (20) Barbosa ML, Celino SDM, Oliveira LV, Pedraza DF, Costa GMC. Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem. *Esc Anna Nery* [periódico na internet]. 2014 [acesso: 8 maio 2018];18(4):586-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0586.pdf>
- (21) Brasil. [Website]. Ministério da Justiça. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias — Infopen 2014. Brasília: Ministério da Justiça [acesso: 14 jul. 2017]. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/documentos/relatorio-depen-versao-web.pdf>
- (22) Macedo LR, Macedo CR, Maciel ELN. Epidemiologic surveillance of tuberculosis in prisons of Espírito Santo. *Rev Bras Promoc Saude* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 Dec 2017];26(2):216-22. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/408/40828920009.pdf>
- (23) Navarro PD, Almeida IN, Kritski AL. Prevalence of latent infection by Mycobacterium tuberculosis in people deprived of liberty. *J Bras Pneumol* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Dec 28];42(5):348-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v42n5/1806-3713-jbpneu-42-05-00348.pdf>
- (24) Santos MNA, Sá AMM. Living with tuberculosis in prison: the challenge to achieve cure. *Texto Contexto Enferm*. [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Dec 2017];23(4):854-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/0104-0707-tce-23-04-00854.pdf>
- (25) Catalan-Soares BC, Almeida RTP, Carneiro-Proietti ABF. Prevalence of HIV-1/2, HTLV-I/II, hepatitis B virus (HBV), hepatitis C virus (HCV), *Trypanosoma pallidum* and *Trypanosoma cruzi* among prison inmates at Manhuaçu, Minas Gerais State, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop* [serial on the Internet]. 2000 [access: 2017 Dec 27];33(1):27-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v33n1/v33n1a04.pdf>

(26) World Health Organization (WHO). Mental health of older adults [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Dec 27]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>

(27) Mygnon, S. Health issues of incarcerated women in the United States. *Ciênc Saúde Coletiva* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Dec 27];21(7):2051-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2051.pdf>

(28) Damas FB. Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. *Rev Saúde Publ Santa Cat* [periódico na internet]. 2012 [acesso: 8 maio 2018];5(3):6-22. Disponível em: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/148/177>

(29) Ferreira IF, Guedes TG, Morais SCR, Vieira JCM, Mello MG, Linhares FMP. Nursing diagnoses in women deprived of freedom. *Rev Rene* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2018 May 8];17(2):176-82. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324045343004.pdf>

(30) Baún HC. Prison nursing: legal framework and care reality. *Rev Esp Penit* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2018 May 8];19(1):3-12. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202017000100002&lng=es&nrn=iso&tlng=en

(31) Dias ESM, Rodrigues ILA, Miranda HR, Corrêa JA. Roda de conversa como estratégia em saúde para a enfermagem. *J Res: Fundam Care Online* [periódico na internet]. 2018 [acesso: 8 maio 2018];10(2):379-84. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.379-384>

Associação entre cognição e habilitação para direção veicular em idosos

Asociación entre cognición y habilitación para conducir en adultos mayores

Association between
cognition and
habilitation for
vehicular driving in
the elderly

• Maria Helena Lenardt¹ • Maria Angélica Binotto² • Nathalia Hammerschmidt Kolb Carneiro³ •
• Tânia Maria Lourenço⁴ • Clovis Cechinel⁵ •

•1• Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, Brasil. E-mail: curitiba.helena@gmail.com

•4• Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Enfermeira do Hospital de Clínicas, Setor de Ciências da Saúde. Curitiba, Brasil. E-mail: taniamarlou@bol.com.br

•2• Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professora do Departamento de Educação Física na Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro). Irati, Brasil. E-mail: manbinotto@yahoo.com.br

•5• Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Médico no Hospital do Idoso Zilda Arns. Curitiba, Brasil. E-mail: cechinelc@hotmail.com

•3• Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Enfermeira no Hospital Erasto Gaertner. Curitiba, Brasil. E-mail: nathalia.kolb@gmail.com

Recibido: 16/08/2017 Aprobado: 22/06/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n2.67080



Resumo

Objetivo: analisar a associação entre a cognição e os resultados dos exames de aptidão física e mental para habilitação veicular em idosos.

Metodologia: trata-se de estudo transversal realizado em clínicas de trânsito credenciadas para realizar exames de habilitação veicular. A amostra do tipo probabilística foi constituída por 421 idosos (≥ 60 anos). Os dados foram coletados, por meio do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e consulta no Registro Nacional de Condutores Habilitados. Para a análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva e aplicação dos testes Kruskal-Wallis e Qui-quadrado. Valores de $p \leq 0,05$ indicaram significância estatística.

Resultados: para o MEEM, o escore médio foi $27,13 \pm 2,53$ pontos; 92,2 % ($n = 388$) apresentaram cognição normal e 7,8 % ($n = 33$) comprometimento cognitivo. Quanto aos resultados dos testes de aptidão física e mental para habilitação veicular 71,5 % ($n = 301$) foram considerados aptos com restrição, 21,9 % ($n = 92$) aptos e 6,7 % ($n = 28$) inaptos temporariamente. Houve associação significativa entre os resultados da habilitação veicular e os escores cognitivos ($p < 0,001$) e não houve associação às categorias cognitivas ($p = 0,172$). Os escores mais baixos de cognição foram identificados em idosos aptos com restrição e inaptos temporariamente.

Conclusões: os resultados evidenciam inconsistência do MEEM para avaliar a cognição. Recomenda-se às clínicas de trânsito a utilização do MEEM com cautela, enquanto ferramenta de rastreio cognitivo em motoristas idosos.

Descritores: Cognição; Condução de Veículo; Exame para Habilitação de Motoristas; Idoso (fonte: DeCS Bireme).

Resumen

Objetivo: analizar la asociación entre la cognición y los resultados finales de los exámenes de aptitud física y mental para conducción vehicular en adultos mayores.

Metodología: se trata de un estudio transversal realizado en clínicas de tránsito acreditadas para realizar exámenes de conducción vehicular. La muestra de tipo probabilística fue constituida por 421 adultos mayores (≥ 60 años). Los datos fueron colectados por medio de Mini Examen del Estado Mental (MEEM) y consulta en el Registro Nacional de Condutores Habilitados. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva y aplicación de los testes Kruskal-Wallis y Chi-cuadrado. Los valores de $p \leq 0,05$ indicaron significancia estadística.

Resultados: para el MEEM el puntaje promedio fue de $27,13 \pm 2,53$ puntos, 92,2% ($n = 388$) presentaron cognición normal y 7,8% ($n = 33$) comprometimiento cognitivo. En cuanto a los resultados de las pruebas de aptitud física y mental para conducción vehicular 71,5% ($n = 301$) se consideraron aptos con restricción, el 21,9% ($n = 92$) aptos y el 6,7% ($n = 28$) inaptos de forma temporal. Se observó una asociación significativa entre los resultados de la conducción vehicular y los puntajes cognitivos ($p < 0,001$) y no hubo asociación a las categorías cognitivas ($p = 0,172$). Los puntajes más bajos de cognición se identificaron en ancianos aptos con restricción e inaptos temporalmente.

Conclusión: los resultados evidencian la inconsistencia del MEEM para evaluar la cognición. Se recomienda a las clínicas de tránsito la utilización del MEEM con cautela, como herramienta de evaluación cognitiva en conductores adultos mayores.

Descriptores: Adulto Mayor; Cognición; Examen de Aptitud para la Conducción de Vehículos (fuente: DeCS Bireme).

Abstract

Objective: to analyze the association between cognition and the final results of physical and mental fitness tests for vehicular habilitation in the elderly.

Methodology: this is a cross-sectional study carried out at accredited traffic clinics to perform vehicle habilitation tests. The probabilistic sample consisted of 421 elderly (≥ 60 years). Data were collected through the Mini-Mental State Examination (MMSE) and consultation in the National Registry of Qualified Drivers. Descriptive statistics and Kruskal-Wallis and Chi-squared tests were used to analyze the data. Values of $p \leq 0.05$ indicated statistical significance.

Results: for the MMSE, the average score was 27.13 ± 2.53 points, 92.2 % ($n = 388$) presented normal cognition and 7.8 % ($n = 33$) cognitive impairment. Regarding the results of the physical and mental fitness tests for vehicle habilitation, 71.5 % ($n = 301$) were considered fit with restriction, 21.9 % ($n = 92$) fit and 6.7 % ($n = 28$) temporarily unfit. There was a significant association between the results of vehicular habilitation and cognitive scores ($p < 0.001$) and there was no association with cognitive categories ($p = 0.172$). The lowest cognition scores were identified in elderly which were considered fit with restriction and temporarily unfit.

Conclusion: the results show inconsistency of the MMSE to evaluate cognition. It is recommended to the traffic clinics to use the MMSE with caution, as a tool of cognitive screening in elderly drivers.

Descriptors: Aged; Automobile Driver Examination; Cognition; Vehicular Driving (source: DeCS Bireme).

Introdução

O envelhecimento está associado ao declínio em determinadas habilidades cognitivas. Diversos processos cognitivos necessários para a condução de automóveis são afetados com declínio relacionado à idade, tais como a função executiva, a memória de trabalho, a atenção e a velocidade de processamento de informações (1). As perdas nos processos cognitivos influenciam na execução de tarefas funcionais diárias como, por exemplo, na capacidade para direção veicular com segurança.

A condução de um veículo requer processamento simultâneo de imagens visuais, informações auditivas e táteis de forma dinâmica em ambiente complexo e, portanto, exige altas demandas de diferentes domínios cognitivos como memória, atenção, função executiva, habilidades visuoespaciais, psicomotoras e de coordenação (2).

O ato de dirigir veículos automotores é indispensável para a mobilidade dos idosos e consequente manutenção da autonomia e independência (3, 4). Porém, por se tratar de uma atividade complexa, é necessário que a cognição seja avaliada em idosos que se submetem à obtenção ou renovação da carteira de habilitação veicular.

O aumento do número de idosos motoristas e os riscos associados à direção veicular demonstram, claramente, a necessidade de uma avaliação regular do *status* da condução veicular, considerando a segurança e capacidade dos idosos em continuar dirigindo (4), especialmente em relação à cognição desses indivíduos.

Recomenda-se o uso de baterias compostas por vários testes individuais de diferentes domínios cognitivos na predição do desempenho na condução veicular em idosos com demência, já que pontuações em testes individuais ou testes de um único domínio cognitivo não são preditores para uma direção segura (2, 4).

Um dos instrumentos que vem sendo utilizado em pesquisas para o *screening* cognitivo de idosos é o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Tal instrumento não está entre os testes utilizados pelo órgão executivo de trânsito brasileiro para a avaliação da cognição de motoristas, mas observa-se na litera-

tura a aplicação dele, sobretudo por pesquisadores, em idosos condutores. Uma revisão sistemática realizada por meio da análise de 28 estudos de diversos países como Argentina, Austrália, Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, Nova Zelândia e Suíça teve por objetivo identificar a relação entre funcionamento cognitivo e direção veicular em indivíduos com demência. Os resultados identificaram o MEEM como o teste mais utilizado nas pesquisas e, em 56 % deles, houve associação significativa com a condução veicular (2).

O MEEM é um instrumento de rastreio do *status* cognitivo e está presente em grande parte das pesquisas da geriatria e gerontologia (5). O objetivo do instrumento é avaliar o estado mental, mais especificamente sintomas de demência. No entanto, por suas características, também é utilizado no rastreamento cognitivo de populações idosas sem diagnóstico prévio de distúrbios cognitivos (6). Uma avaliação padronizada, simplificada, reduzida e rápida no contexto clínico fomentou a concepção dessa ferramenta (5).

A partir da ausência de instrumentos que realizam o *screening* cognitivo de motoristas que se submetem aos testes de aptidão física e mental para habilitação veicular, elege-se o uso do MEEM para auxiliar na identificação de condutores com comprometimento cognitivo.

Diante do exposto, o estudo objetivou analisar a associação entre a cognição e os resultados finais dos exames de aptidão física e mental para habilitação veicular em idosos.

Método

Trata-se de estudo de corte transversal, realizado nas clínicas credenciadas para exames de aptidão física e mental para direção veicular, na cidade de Curitiba, estado do Paraná (Brasil). Este estudo faz parte de uma investigação maior intitulada "Fragilidade em idosos e a habilitação para direção veicular".

Para o cálculo da amostra, baseou-se no número de idosos (N = 198.089) da cidade de Curitiba, estimado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base no último censo (7). O cálculo da amostra, do tipo probabilístico, resultou num quantitativo de 384 idosos e, ao acrescentar 10 % para possibilidades de perdas, a amostra final constituiu-se de 421 idosos.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: possuir idade ≥ 60 anos e ter realizado os exames para habilitação veicular. O critério de exclusão foi apresentar limitações físicas temporárias para a realização dos testes (como, por exemplo, fraturas). Foram convidados a participar do estudo 465 idosos. Destes, 44 se recusaram: 28 por falta de tempo, 11 por falta de interesse pelo estudo, três por não concordarem em fornecer dados pessoais e dois por descontentamento/insatisfação com o resultado final do exame de habilitação veicular.

No momento do delineamento do projeto, identificaram-se 54 clínicas regularmente credenciadas. A seleção das clínicas de trânsito ocorreu mediante a amostragem aleatória simples, a partir de uma lista atualizada (que continha todas as clínicas), e disponibilizada pelo Órgão Executivo de Trânsito do Paraná. O sorteio foi processado de forma manual, no qual cada clínica representava um número de 1 a 54, registrados em papéis e misturados em uma urna. Por ordem de sorteio, as clínicas foram classificadas para a coleta de dados.

Para garantir a homogeneidade dos dados e com a intenção de reduzir os vieses, definiu-se um quantitativo igualitário de 35 idosos por clínica, seguindo a ordem de sorteio, até completar o tamanho da amostra (n), o que totalizou 12 clínicas. Contataram-se 14 clínicas e duas delas foram excluídas, uma por não possuir espaço físico adequado para a realização dos testes e outra pelo não aceite do responsável para participar da pesquisa.

A equipe de examinadores que coletou os dados, composta por doutorandos, um mestrando e acadêmicos do curso de graduação em enfermagem, bolsistas de iniciação científica, passou por um treinamento, a fim de definir a forma de abordagem das clínicas de trânsito, o recrutamento dos idosos e a padronização da aplicação dos instrumentos.

Previamente à coleta dos dados, os participantes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinaram-no. Coletaram-se os dados no período de janeiro de 2015 a maio de 2016, mediante formulário estruturado com questões sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, renda e escolaridade), aplicação do MEEM e consulta ao Registro Nacional de Condutores Habilitados (Renach).

No Renach, obteve-se o resultado final do exame de aptidão física e mental para habilitação veicular emitido pelo médico do tráfego, categorizando os idosos em apto, apto com restrição, inapto temporariamente ou inapto.

Na presente investigação, foi adotada a versão do MEEM (8) proposta a partir de análises de base populacional brasileira, na qual o escore pode variar de um mínimo de 0 pontos, indicando maior grau de comprometimento cognitivo, até um total máximo de 30 pontos (melhor capacidade cognitiva). Foram adotados os seguintes pontos de corte: 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para baixa e média escolaridade (1 a 8 anos incompletos) e 26 para alta escolaridade (maior ou igual a 8 anos de estudos) (8). No MEEM, as variáveis de interesse foram o escore final e suas categorias.

As análises dos dados foram realizadas por meio da estatística descritiva. Para verificar a associação entre as variáveis, foi usado o teste Kruskal-Wallis e o teste Qui-quadrado. Valores de $p \leq 0,05$ indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa estatístico IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 21.

O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (Curitiba, Paraná, Brasil), sob o registro Caae n.º 34689914.8.0000.0102 e Parecer de Aprovação CEP/SD n.º 833460. Todos os participantes do estudo assinaram o TCLE, conforme as recomendações contidas na Resolução n.º 466 do Conselho Nacional da Saúde (9).

Resultados

Os participantes apresentaram idade média de $67,81 \pm 6,68$ anos com predomínio do sexo masculino ($n = 294$; 69,8 %), estado civil casado ($n = 288$; 68,4 %) e com renda entre 1,1 e 3 salários-mínimos ($n = 137$; 32,5 %). Quanto à escolaridade (variável de ajuste para a cognição), identificaram-se elevados níveis de escolaridade, idosos com ensino superior e ensino médio completo em 38 % ($n = 160$) e 28,9 % ($n = 105$), respectivamente.

Os resultados dos exames de aptidão física e mental para habilitação veicular mostraram 71,5 % ($n = 301$) aptos com restrição, 21,9 % ($n = 92$) aptos e 6,7 % ($n = 28$) inaptos temporariamente, não houve idoso inapto para condução veicular. Dos idosos categorizados como aptos com restrição, o uso de lentes corretivas foi a restrição prevalente ($n = 209$; 49,6 %). Os inaptos temporariamente foram categorizados nessa condição em função de condições clínicas alteradas como a hipertensão arterial.

Quanto à cognição, 92,2 % (n = 388) dos idosos foram categorizados com cognição normal e 7,8 % (n = 33) com comprometimento cognitivo. O escore médio (MEEM) foi de 27,13 (± 2,53), valor mínimo de 18 e máximo de 30 pontos. Para o grupo com comprometimento cognitivo, o valor foi de 23,82 ± 1,5 e, para aqueles com cognição normal, 27,41 ± 2,4 pontos.

Verifica-se, na Tabela 1, a relação significativa (p < 0,001) entre os resultados finais dos exames de aptidão física e mental para habilitação veicular e os escores cognitivos (MEEM).

Tabela 1. Associação entre os resultados dos exames de aptidão física e mental para habilitação veicular e os escores cognitivos dos idosos (Curitiba, Paraná, 2017)

Resultados dos exames de aptidão física e mental	Cognição — MEEM (escore)					Valor de p*
	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	
Apto	92	27,9	28	22	30	1,9
Apto com restrição	301	27,1	28	18	30	2,5
Inapto temporariamente	28	25,0	25,5	19	29	3,1

<0,001

DP = desvio-padrão.

*Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, p < 0,05.

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Na Tabela 2, verifica-se a comparação entre as categorias dos resultados dos exames de aptidão física e mental que mostraram associação estatística com o escore cognitivo. Os resultados indicaram que existe diferença significativa nos valores do escore cognitivo (MEEM) entre os grupos apto e apto com restrição (p = 0,014), apto e inapto temporariamente (p < 0,001) e apto com restrição e inapto temporariamente (p < 0,001).

Tabela 2. Comparação entre as categorias dos resultados dos exames de aptidão física e mental e os escores cognitivos dos idosos (Curitiba, Paraná, 2017)

Resultados dos exames de aptidão física e mental	Escore MEEM (Valor de p*)
Apto x Apto com restrição	0,014
Apto x Inapto temporariamente	< 0,001
Apto com restrição x Inapto temporariamente	< 0,001

*Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, p < 0,05.

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Apresenta-se, na Tabela 3, a associação entre os resultados da habilitação veicular e a cognição categorizada em comprometimento cognitivo e cognição normal. Não houve associação signifi-

cativa (p = 0,172) entre cognição e resultados da habilitação veicular nos idosos investigados.

Tabela 3. Associação entre os resultados dos exames de aptidão física e mental para habilitação veicular e categorias da cognição em idosos (Curitiba, Paraná, 2017)

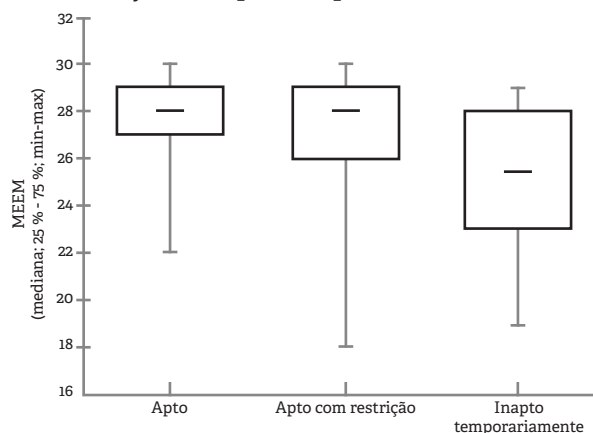
Resultados dos exames de aptidão física e mental	Categorias da cognição (MEEM)		Valor de p*
	Comprometimento cognitivo n (%)	Cognição normal n (%)	
Apto	3 (9,1)	89 (22,9)	p = 0,172
Apto com restrição	27 (81,8)	274 (70,6)	
Inapto temporariamente	3 (9,1)	25 (6,4)	
Total	33 (7,8) 388 (92,1)		

* Teste de Qui-quadrado, p ≤ 0,05.

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Observam-se, na Figura 1, os escores (valores) do MEEM para os grupos de idosos classificados como apto, apto com restrição e inapto temporariamente. Valores das medianas do MEEM encontrados nos grupos apto (28 pontos) e apto com restrição (28 pontos) foram superiores quando comparados aos do grupo inapto temporariamente (25,5 pontos). Há uma maior amplitude de variação entre os valores mínimos e máximos do MEEM em idosos aptos com restrição. Os valores mais baixos da cognição (quartil inferior) encontram-se em idosos categorizados como apto com restrição (18 pontos) e inapto temporariamente (19 pontos), quando comparados aos dos idosos aptos.

Figura 1. Valores do MEEM para os grupos apto, apto com restrição e inapto temporariamente



Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Discussão

Houve predomínio de idosos do sexo masculino e com elevado nível de escolaridade. Resultado

semelhante foi encontrado em estudo internacional realizado no Japão com 10.073 idosos (≥ 65 anos). O estudo identificou 6.391 motoristas com predomínio do sexo masculino (65,4 %) e elevada escolaridade ($12,1 \pm 2,6$ anos de estudos) (10).

O nível de escolaridade dos idosos que utilizaram os serviços de habilitação veicular diverge da realidade da população idosa no Brasil. Dados do último censo demográfico evidenciam a baixa escolaridade dos idosos brasileiros; eles representam uma pequena parcela que possui ensino médio completo (9,8 %) e 74,6 % não completaram o ensino fundamental (7). Essas estatísticas se confirmam nos estudos nacionais realizados com idosos da comunidade. Estudo realizado com 203 idosos usuários de Unidade Básica da cidade de Curitiba identificou 13,3 % ($n = 27$) de idosos analfabetos e 59,7 % ($n = 121$) com ensino fundamental incompleto (11). O estudo Fragilidade em Idosos Brasileiros (Fibra) foi desenvolvido com uma amostra de 5.532 idosos (≥ 65 anos) da comunidade de sete cidades brasileiras (Belém, no estado do Pará, Parnaíba, no Piauí, Campina Grande, na Paraíba, Ermelino Matarazzo, em São Paulo, Poços de Caldas, em Minas Gerais, Campinas, em São Paulo e Ivoti, no Rio Grande do Sul). Os resultados evidenciaram percentuais ainda mais altos de idosos que não possuíam escolaridade (20,1 %; $n = 699$), e 49,2 % ($n = 1.709$) possuíam apenas 1 a 4 anos de estudos (12).

O rastreamento cognitivo identificou escore médio no MEEB de 27,13 pontos, valor médio semelhante ao observado nos motoristas idosos da cidade de São Paulo, que obtiveram média de 27,3 pontos (13) e ao encontrado nos motoristas japoneses ($n = 6.391$) de 26,3 pontos (10). Estudo de coorte com dados do Ongoing Telmisartan Alone and in Combination with Ramipril Global Endpoint Trial (Ontarget) e Telmisartan Randomized Assessment Study in ACE Intolerant Subjects with Cardiovascular Disease (Transcend) foi realizado com 17.538 idosos motoristas da América do Sul e do Norte, da Europa, da Austrália, da Ásia e da África. Os resultados mostram que 35,1 % dos idosos ($n = 6.154$) atingiram 30 pontos, 48 % ($n = 8.424$) entre 27-29 pontos, 12,7 % ($n = 2.234$) 24-26 pontos e 4,2 % ($n = 726$) pontuação menor de 24 (14). Esses valores apontaram menores prevalências de idosos motoristas com comprometimento cognitivo. Cognição preservada em motoristas idosos são resultados esperados, visto que a direção veicular é uma atividade complexa e requer habilidade cognitiva para ser executada.

No presente estudo, os valores médios do MEEB para os participantes que apresentaram comprometimento cognitivo foi de $23,82 \pm 1,5$ e para cognição normal foi de $27,41 \pm 2,4$ pontos. Esses são valores inferiores aos encontrados em estudo transversal que avaliou motoristas idosos (60-90 anos) recrutados em um hospital universitário (Rhode Island Hospital), dos Estados Unidos da América, com cognição normal ($n = 47$) e com comprometimento cognitivo ($n = 75$). Os valores médios dos motoristas com comprometimento cognitivo foi $25,0 \pm 2,8$ e, para aqueles com cognição normal, foi de $29,5 \pm 0,7$ (15).

Os valores mais baixos da cognição foram encontrados em idosos categorizados como apto com restrição e inapto temporariamente, e o valor da mediana foi mais baixo para os inaptos temporários. Esses achados evidenciam relação entre cognição e direção veicular, aspectos esses já discutidos na literatura científica. Investigar as condições cognitivas do idoso motorista tem sido alvo de pesquisas, principalmente daqueles com demência (16-18), assim como a avaliação da aptidão para dirigir em idosos com comprometimento cognitivo (19, 20).

Pessoas com demência moderada a grave devem parar de dirigir, enquanto aquelas com demência leve são capazes de conduzir veículo automotor sem aumento do risco de acidentes em comparação aos idosos saudáveis (16). A capacidade de dirigir em pessoas com alteração cognitiva leve e doença de Alzheimer está relacionada ao grau de comprometimento cognitivo (17). O diagnóstico de declínio cognitivo em pessoas com doença de Alzheimer não deve excluir automaticamente a condução veicular (18). No contexto da avaliação da aptidão para dirigir, não são abordadas questões específicas da demência (19), e os idosos com comprometimento cognitivo são avaliados quando já apresentam um declínio que influencia na habilidade de dirigir (20). Os riscos associados ao aumento do número de condutores com demência exigem um procedimento de triagem sensível e eficiente (21).

Instrumentos como o MEEB são considerados métodos rápidos para a triagem do déficit cognitivo em idosos (5) e tem sido investigado como ferramenta importante de avaliação da cognição em idosos motoristas, tendo em vista a influência negativa do comprometimento cognitivo sobre a direção veicular segura (2, 10).

O National Center for Geriatrics and Gerontology — Study of Geriatric Syndromes em Obu e

Nagoya (Japão) desenvolveu estudo com o objetivo de identificar a prevalência de alterações cognitivas com base na classificação do MEEM em 10.073 motoristas idosos (média de idade $73,6 \pm 5,6$ anos). Os resultados revelaram que 15 % das mulheres e 61 % dos homens idosos com declínio cognitivo moderado ($MEEM \leq 20$) dirigiam. Idosos motoristas ($n = 6.391$) apresentaram significativamente ($p < 0,01$) uma melhor cognição (MEEM) quando comparados aos idosos que não dirigiam ($n = 3.690$), e a proporção de idosos motoristas diminuiu com o avanço da idade e com o aumento do declínio cognitivo (10).

Outra investigação objetivou avaliar as diferenças relacionadas à idade, à força muscular, à cognição e ao equilíbrio postural no tempo de frenagem. Participaram 102 idosos ($70,4 \pm 5,8$ anos, média de 12,6 anos de estudos) recrutados no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A análise de regressão linear mostrou que 14 % ($p \leq 0,001$) da variação no tempo de frenagem foi explicada pelo MEEM, o qual apresentou correlação significativa ($r = 0,72$ $p < 0,01$) com o desempenho de frenagem, na qual melhores escores no MEEM foram associados ao tempo de frenagem mais rápido (13).

No presente estudo, encontrou-se associação significativa entre os resultados dos exames de aptidão física e mental para habilitação veicular e os escores do MEEM para todas as categorias (apto, apto com restrição e inapto temporariamente), porém não foi encontrada associação significativa com comprometimento cognitivo e cognição normal. Resultados que refletem a inconsistência do MEEM enquanto ferramenta que avalia a cognição em idosos motoristas. Esses aspectos são evidenciados em estudos que investigaram o poder preditivo do MEEM para a condução veicular e concluíram que o exame não apresentou sensibilidade para prever o desempenho dos motoristas idosos, não sendo recomendado seu uso de forma isolada, a fim de garantir uma direção veicular segura (22, 23).

O MEEM tem sido recomendado como uma medida de rastreio inicial de avaliação da aptidão para dirigir, indicando quando os idosos devem ser submetidos a uma avaliação mais aprofundada ou exigem acompanhamento (22, 13).

O comprometimento cognitivo é uma das condições médicas mais importantes para aumentar o risco de insegurança no trânsito, no entanto não se tem conhecimento sobre o tipo ou o grau de compro-

metimento cognitivo necessário para tornar insegura a condução veicular (24). Evidências sugerem que o uso de baterias compostas por testes cognitivos individuais podem ser úteis para determinar a segurança para a condução veicular em pessoas com comprometimento cognitivo (2, 25).

A literatura científica aponta que motoristas idosos com comprometimento cognitivo representam um risco potencial para a segurança no trânsito (20). Logo, essa demanda exige atenção particular dos órgãos de trânsito e profissionais avaliadores, acerca da adequação das clínicas de trânsito para uma avaliação de acompanhamento da cognição em idosos condutores de veículos automotores. Um dos pontos de partida é a adaptação de políticas e legislação vigentes, que forneça aporte às clínicas para detectarem as alterações cognitivas, uma vez que elas impedem uma condução veicular segura (26).

Uma das limitações deste estudo foi o delineamento transversal, visto que não permite estabelecer relação de causa e efeito entre as variáveis. Outra restrição foi considerar os resultados emergentes da aplicação de questões autorrelatadas, pois algumas respostas concordavam com o desejo de receber a carteira de habilitação veicular.

Conclusão

No exame de aptidão física e mental para habilitação veicular de idosos, houve predomínio dos homens, casados, com elevada escolaridade, aptos com restrição e sem alteração cognitiva mensurada pelo MEEM.

O rastreio do comprometimento cognitivo em motoristas idosos apontou escores mais baixos de cognição em idosos categorizados como apto com restrição e inapto temporariamente. Os resultados do exame de aptidão física e mental para habilitação veicular (idosos aptos, aptos com restrição e inaptos temporariamente) mostraram associação aos escores do MEEM, no entanto não houve relação com as categorias comprometimento cognitivo e cognição normal. Os resultados evidenciam inconsistência do MEEM para avaliar a cognição em idosos motoristas. Recomenda-se às clínicas de trânsito a utilização com cautela do referido exame como ferramenta de rastreio cognitivo em motoristas idosos, principalmente quando empregado de forma isolada.

O presente estudo incorporou idosos em contexto bastante diferenciado: as clínicas de medicina de tráfego. Possibilitou uma avaliação mais ampla desse grupo etário e maior aprofundamento nos conhecimentos sobre cognição por parte da enfermagem gerontológica. Esses resultados poderão subsidiar a implantação de políticas voltadas a uma direção veicular mais segura para os idosos, uma vez que, para a realização do presente estudo, foi efetivada parceria com o órgão de trânsito. Essa colaboração inicial poderá abrir novos campos de atuação para a enfermagem gerontológica.

Referências

- (1) Miller SM, Taylor-Pilie RE, Insel KC. The association of physical activity, cognitive processes and automobile driving ability in older adults: A review of the literature. *Geriatr Nurs* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2018 Jun 10];37:313-20. Available from: DOI: 10.1016/j.gerinurse.2016.05.004
- (2) Bennett JM, Chekaluk E, Batchelor J. Cognitive Tests and Determining Fitness to Drive in Dementia: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Mar 5];64(9):1904-17. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1111/jgs.14180>
- (3) Hess DB, Norton JT, Park J, Street DA. Driving decisions of older adults receiving meal delivery: The influence of individual characteristics, the built environment, and neighborhood familiarity. *Transp Res Part A Policy Pract* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2018 Jun 15] 88:73-85. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.tra.2016.03.011>
- (4) Resnick B. Optimizing driving safety: It is a team sport. *Geriatr Nurs* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Jun 14];37(4):257-9. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.002>
- (5) Melo DM, Barbosa AJ. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet* [periódico na internet]. 2015 [acesso: 23 jan. 2017];20(12):3865-76. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>
- (6) Lourenço AR, Veras RP. Miniexame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saude Publica* [periódico na internet]. 2006 [acesso: 23 maio 2017];40(4):712-9. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>
- (7) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE [sede web]. 2010 [acesso: 21 fev. 2017]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=o-que-e>
- (8) Bertolucci PH, Bruck SM, Campacci SR, Julianao Y. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. *Arq Neuropsiquiatr* [serial on the Internet]. 1994 [access: 2017 Jan 25];52(1):1-7. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
- (9) Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [norma na internet]. Brasília: Diário Oficial da União 2012 [acesso: 9 ago. 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- (10) Shimada H, Tsutsumimoto K, Lee S, Doi T, Makizako H, Lee S, et al. Driving continuity in cognitively impaired older drivers. *Geriatr Gerontol Int* [serial on the Internet] 2016 [access: 2017 May 19];16(4):508-14. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ggi.12504>
- (11) Lenardt MH; Carneiro NK, Binotto, MA; Setoguchi LS, Cechinel C. The relationship between physical frailty and sociodemographic and clinical characteristics of elderly. *Esc Anna Nery* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 May 6];19:585-92. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150078>
- (12) Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC et al. Methodology and social, demographic, cognitive, and frailty profiles of community-dwelling elderly from seven Brazilian cities: the FIBRA Study. *Cad Saude Pública* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 Mar 22];29(4):778-92. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400015>
- (13) Alonso AC, Peterson MD, Busse AL, Jacob-Filho W, Borges MT, Serra MM et al. Muscle strength, postural balance, and cognition are associated with braking time during driving in older adults. *Exp Gerontol* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Jun 9];85(1):13-7. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.exger.2016.09.006>
- (14) Joseph PG, O'Donnell MJ, Teo KK, Gao P, Anderson C, Probstfield JL et al. The Mini-Mental State Examination, clinical factors, and motor vehicle crash risk. *J Am Geriatr Soc* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 May 26];62:1419-26. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.12936>
- (15) Ott BR, Davis JD, Papandonatos GD, Hewitt S, Festa EK, Heindel WC et al. Assessment of driving-related skills prediction of unsafe driving in older adults in the office setting. *J Am Geriatr Soc* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 May 11];61:1164-9. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.12306>
- (16) Papageorgiou S. Driving errors, accidents and their predictors in patients with mild cognitive impairment (MCI) or mild Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 May 21]; 39(Supl 1):S15. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2016.01.072>
- (17) Hird MA, Egeto P, Fischer CE, Naglie G, Schweizer TA. Systematic Review and Meta-Analysis of On-Road

Simulator and Cognitive Driving Assessment in Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment. *J Alzheimers Dis* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Jun 12];53(2):713-29. Available from: DOI: <https://doi.org/10.3233/JAD-160276>

(18) Unsworth C, Chan S. Determining fitness to drive among drivers with Alzheimer's disease or cognitive decline. *Br J Occup Ther* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 May 15];79,(2):102-10. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1177/0308022615604645>

(19) Lovas J, Fereshtehnejad SM, Cermakova P, Lundberg C, Johansson B, Johansson K *et al.* Assessment and reporting of driving fitness in patients with dementia in clinical practice: data from SveDem, the Swedish Dementia Registry. *J Alzheimers Dis* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Jun 8];53(1):631-8. Available from: DOI: <https://doi.org/10.3233/JAD-160254>

(20) Hemmy L, Rottunda S, Adler G. The older driver with cognitive impairment: perceptions of driving ability and results of a Behind the Wheel Test. *Geriatrics* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Jun 13];1(6):1-9. Available from: DOI: <https://doi.org/10.3390/geriatrics1010006>

(21) Crizzle AM, Classen S, Bédard M, Lanford D, Winter S. MMSE as a predictor of on-road driving performance in community dwelling older drivers. *Accid Anal Prev* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2017 Jun 20];49:287-92. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2012.02.003>

(22) Wood JM, Horswill MS, Lacherez PF, Anstey KJ. Evaluation of screening tests for predicting older driver performance and safety assessed by an on-road test. *Accid Anal Prev* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 Jun 15];50:1161-8. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2012.09.009>

(23) Hollis AM, Duncanson H, Kapust LR, Xi PM, O'Connor MG. Validity of the Mini-mental State Examination and the Montreal Cognitive Assessment in the Prediction of Driving Test Outcome. *J Am Geriatr Soc* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Jun 11];63(5):988-92. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.13384>

(24) Dobbs AR. Accuracy of the Drive ABLE cognitive assessment to determine cognitive fitness to drive. *Can Fam Physician* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 Jun 27];59:156-61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3596225/pdf/059e156.pdf>

(25) Lee L, Molnar F. Driving and dementia: Efficient approach to driving safety concerns in family practice. *Can Fam Physician* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Jun 17];63(1):27-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5257216/pdf/0630027.pdf>

(26) Carter K, Monaghan S, O'Brien J, Teodorczuk A, Mosimann U, Taylor J. Driving and dementia: a clinical decision pathway. *Int J Geriatr Psychiatry* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Aug 22];30(2):210-6. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.4132>

Comodidad del paciente en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular

O conforto do paciente em uma unidade de terapia intensiva cardiovascular

Patient comfort at an intensive cardiovascular care unit

• María Isabel Ruiz Góngora¹ • Luz Patricia Díaz Heredia² •

•1• Magister en Enfermería perfil Investigativo con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria, Universidad Nacional de Colombia. Enfermera de hemodinamia Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia. E-mail: miruizg@unal.edu.co

•2• Doctora en Enfermería. Profesora asociada, Grupo de Investigación Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. E-mail: lpdiazh@unal.edu.co

Recibido: 21/06/2017 Aceptado: 03/07/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n2.65833



Resumen

Los pacientes con enfermedad cardiovascular pueden requerir hospitalización en una Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular (UCIC), generando incomodidad. La enfermería como disciplina brinda cuidado para recuperarla, siendo necesario reconocer la comodidad como compleja y multidimensional.

Objetivo: describir la comodidad y los factores que la afectan en el paciente hospitalizado en una UCIC.

Metodología: enfoque mixto de predominio cualitativo con recolección concurrente que finaliza en triangulación de datos. Muestra correspondiente a 45 pacientes en diciembre de 2015 y enero de 2016 en una UCIC de Bogotá. Se aplicó una entrevista semiestructurada y el instrumento de comodidad (GCQ) de Kolcaba.

Resultados: se obtuvieron seis categorías que describen la comodidad en la UCIC; los factores que la alteraron fueron: percepción de no poder realizar actividades; sentirse encerrado; percepción de mucho ruido; o el tener que hacer sus funciones corporales ante personas desconocidas. Los factores que mejoran la comodidad incluyen contar con una persona cercana y el apoyo espiritual.

Conclusiones: la comodidad en la UCIC fue alta; según el cuestionario GCQ, el ámbito físico fue el más referido. Existen factores que facilitan la comodidad como el contar con una persona cercana. Las mayores incomodidades están relacionadas con la incapacidad para suplir necesidades asociadas a la higiene, dependiendo de otras personas para suplirlas. La metodología mixta permitió describir de manera amplia la comodidad de las personas en la UCIC.

Descriptores: Comodidad del Paciente; Unidades de Cuidados Intensivos; Enfermedades Cardiovasculares; Teoría de Enfermería (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Pacientes com doença cardiovascular podem necessitar de hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Cardiovascular (UTIC), gerando desconforto em múltiplos níveis. A enfermagem como disciplina oferece o cuidado de recuperá-la, sendo necessário reconhecer o conforto como complexo e multidimensional.

Objetivo: descrever o conforto e os fatores que o afetam no paciente internado em uma UTIC.

Metodologia: foco misto de predominância qualitativa com coleta simultânea de dados quantitativos para subsequentemente realizar triangulação. Amostra correspondente a 45 pacientes em dezembro de 2015 e janeiro de 2016 em uma UTIC de Bogotá. Aplicamos uma entrevista semiestructurada e o instrumento de conforto (GCQ) de Kolcaba.

Resultados: foram obtidas seis categorias que descrevem o conforto na UTIC, os fatores que a alteraram foram: percepção de não poder realizar atividades; se sentir preso; percepção de muito ruído ou ter que fazer suas funções corporais perante pessoas desconhecidas. Fatores que melhoram o conforto incluem contar com a presença de uma pessoa próxima e apoio espiritual.

Conclusões: o conforto na UTIC foi alto de acordo com o questionário GCQ, sendo a área física a mais referida. Existem fatores que facilitam o conforto, como ter uma pessoa próxima. O maior desconforto está relacionado à incapacidade de atender às necessidades associadas à higiene, dependendo de outras pessoas para supri-las. A metodologia mista permitiu uma ampla descrição do conforto das pessoas na UTIC.

Descritores: Conforto do Paciente, Unidades de Terapia Intensiva, Doenças Cardiovasculares, Teoria de enfermagem (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Patients with cardiovascular disease may require hospitalization in the Cardiovascular Intensive Care Unit (CVICU), generating discomfort at multiple levels. Nursing as a discipline provides care to restore comfort. It is necessary to recognize comfort as a complex and multidimensional phenomenon.

Objective: to describe the comfort and the factors that affect it in the adult patient hospitalized in a CVICU.

Methodology: mixed approach involving a qualitative study and, simultaneously, the collection of quantitative data to perform a triangulation. The sample corresponds to 45 patients in December 2015 and January 2016 in a CVICU of Bogotá. We applied a semi-structured interview and Kolcaba's comfort instrument (GCQ).

Results: six categories were obtained. Among the factors that altered the comfort were: perception of not being able to carry out activities; feeling confined, perception of noise or having to do their bodily functions in presence of unknown people. The factors that improved comfort were: to be able to count on a close person and the spiritual support.

Conclusions: the level of comfort at the CVICU was high according to the GCQ questionnaire, the most mentioned area was the physical one. There are factors that facilitate comfort such as having a close person. The greatest discomfort is related to the inability to meet needs associated with hygiene, instead depending on other people to achieve them. The mixed methodology allowed a broad description of the comfort of patients at the CVICU.

Descriptors: Cardiovascular Diseases; Intensive Care Units; Nursing Theory; Patient Comfort (source: DeCS, BIREME).

Introducción

La enfermedad cardiovascular es la alteración de salud más frecuente en la población mundial y en Colombia (1,2). En Colombia, las enfermedades isquémicas del corazón son la primera causa de mortalidad del grupo etario 45 años y más (3).

Cuando la afección es significativa requiere de la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular (UCIC), por la necesidad de vigilancia y cuidados determinados para la supervivencia. Esta hospitalización genera sensaciones de incomodidad a nivel físico, psicológico, espiritual o social (4), aspectos que señalan la significancia social del fenómeno de estudio.

Para la enfermería, como disciplina, es importante conocer de manera más profunda la comodidad que vivencia el paciente; desde el significado disciplinar, este es un fenómeno complejo y multidimensional de gran interés para las enfermeras del contexto hospitalario, considerando como meta alcanzar las intervenciones de cuidado (5), enfocadas en ofrecer el mejor cuidado posible (6). La comodidad es definida como: "La satisfacción de las necesidades del paciente que surgen de situaciones estresantes del estado de salud, para obtener tres tipos de comodidad: el primero es el alivio, satisfacción de la necesidad; segundo, tranquilidad, calma para lograr un desempeño adecuado y el tercero trascendencia, potencialización de las capacidades de la persona" (6). Como se ha descrito desde la significancia teórica, este concepto es frecuentemente usado por las enfermeras en su práctica cotidiana, pero aún se desconoce cómo es la comodidad en los pacientes con enfermedad cardiovascular hospitalizados en una UCIC. Se buscó en consecuencia responder la pregunta ¿cómo es la comodidad del paciente hospitalizado en una UCIC?

Metodología

Estudio descriptivo cuanti-cualitativo, con predominio cualitativo de ejecución concurrente; la recolección de datos cuantitativos y cualitativos se desarrolló de manera paralela para plasmar al final un análisis independiente, que concluye en un análisis mayor, triangulación (7,8). Requiere de una postura interpretativa, desarrollada mediante

análisis de contenido temático y análisis cuantitativo descriptivo, centrado en la estadística descriptiva, complementándose entre sí, para poder dimensionar la realidad de la comodidad experimentada por las personas hospitalizadas en una UCIC (9).

Los criterios de inclusión fueron: pacientes hospitalizados en la UCIC con capacidad cognitiva para responder, estables hemodinámicamente y que estuvieran durante dos días de estancia como mínimo en la UCIC. Se excluyó a quienes obtuvieran un TISS de 40 o mayor. Se tuvo en cuenta el sesgo de clasificación, referente a la presencia de errores en la medición, pautas precisas para la recolección de datos, sus condiciones y controles en el proceso.

Se realizó una entrevista semiestructurada después de dos días de hospitalización en la UCIC, para escuchar el sentir de los pacientes, sus expresiones y vivencias. Consecutivamente, se les aplicó el instrumento Cuestionario General de Comodidad (GCQ) (10,11), que cuenta con una escala tipo Likert de cuatro puntos que va de total acuerdo a total desacuerdo; el instrumento fue elaborado por Katharine Kolcaba y se aplicó con previa firma del consentimiento informado.

Las consideraciones éticas se basaron en las recomendaciones éticas, valores y principios para el desarrollo del trabajo (12,13) consignadas en las normas y políticas relacionadas. La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia dio aval ético -023-2015-, así como la institución de salud para la realización de la investigación.

Resultados

La muestra se constituyó con la información de 25 personas para la fase cualitativa, su selección fue intencional y se terminó su recolección al alcanzar la saturación de las categorías. La fase cuantitativa incluyó 45 personas, el 73 % fueron hombres y el 27 % mujeres. En promedio, la hospitalización fue de 3,49 días, con un mínimo de 2 y un máximo de 19. Las causas de hospitalización y clasificación de la gravedad de la enfermedad se relacionaron con el resultado del test *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS 28). Las causas más frecuentes de hospitalización fueron el infarto agudo de miocardio (51 %), posoperatorio (36 %) y falla cardíaca (11 %); el TISS clase II representó el 53 %. Los dispositivos terapéuticos que requirió un paciente oscilaron entre 4 como mínimo y un máximo de 16 en un mismo momento.

Fase cualitativa

Los resultados surgieron del análisis de contenido temático de la entrevista semiestructurada, se establecieron unidades de análisis y frecuencia inicialmente, para luego desarrollar análisis interpretativo. La primera fase del análisis permitió establecer 6 categorías y 16 códigos (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencias unidades de análisis según categoría y código

Categorías	Códigos	Frecuencia unidades de análisis
Incomodidad y vergüenza por no poderse mover y cuidar de sí mismo	Vergonzoso para mí esa vaina de los patos.	8
	Me siento incómoda porque uno no lo pueda hacer, y estoy acostumbrada a hacerlo.	17
	Maluco por no poderse mover.	15
Dolor que afecta todo el ser	Duele mucho y no puedo ni respirar.	16
	Uno se siente muy mal, muy mal, absolutamente mal.	17
Sintiéndose en paz al contar con Dios y estando bien al ser atendido	Tiene uno como más paz y le queda tiempo de orar o pensar las cosas mejor.	15
	Yo me sentía muy bien, estaba como dicen, bien acomodado, bien atendido.	51
	Uno en una situación de estas, uno se ve como frustrado.	12
	Pude entender que las cosas iban a salir mejor, iba a salir adelante.	15
	En la uci se siente que Dios lo está a uno ayudando.	18
El acompañamiento y la visita de la familia, fuente de tranquilidad y satisfacción	El apoyo familiar me dio tranquilidad, satisfacción.	20
	Yo anhelaba la hora que llegaran las visitas	6
Impotencia al no poder comunicarse	No hay como una comunicación personal.	4
	Cansado de estar acostado y de sentirse uno aquí como encerrado.	10
Percibiendo el encierro, el ruido y la tranquilidad ofrecida por el ambiente	El ruido a algunas horas de la noche, eso sí es molesto.	8
	Digamos que el ambiente, que no hace frío, que no hace calor, que está uno tranquilo.	9

Fuente: Datos de la investigación

El análisis temático interpretativo posterior permitió establecer seis categorías:

- **Incomodidad y vergüenza por no poderse mover y cuidar de sí mismo:** los pacientes manifestaron sentimientos de vergüenza y disgusto, así como características de la personalidad. Por ejemplo, se hizo evidente la timidez por el uso de patos, pisingos y la falta de movi-

lidad condicionada por requerimientos de la UCIC. Los pacientes se quejan de implementos nunca utilizados para sus necesidades fisiológicas. También es vergonzoso para los pacientes exponer su cuerpo a personas desconocidas. Se muestra en una de las unidades:

Yo soy muy pudoroso, pues me ha costado bastante poder asumir el rol de hacer del cuerpo aquí adentro, no sé, me ha costado todo eso [C02-L11,12].

- **Dolor que afecta todo el ser:** los pacientes verbalizaron dolor fuerte y frecuente por movimientos pasivos, dispositivos instaurados, procedimientos y cirugías realizadas. Los diversos procedimientos y la constancia en la monitorización de la UCIC son causantes de dolor, incluso por la falta de habilidad o destreza de enfermería al realizar algunas actividades como la venopunción o desplazamientos. Se indica:

Cuando me desperté, yo no me podía mover a ningún lado, y llegaron a moverme, y no tenían el cuidado suficiente, como con alguien que está totalmente molido [C03-L16,18].

- **Sintiéndose en paz al contar con Dios y estando bien al ser atendido:** los pacientes manifestaron la sensación de tranquilidad y paz al estar en un lugar reservado, con apoyo espiritual de personas dispuestas para escucharlas. En varias ocasiones verbalizaron “con la Gracia de Dios” como respaldo de su bienestar. La estancia en la UCIC promueve un proceso de reflexión sobre la vida y su valor:

Yo me sentía bien a pesar de lo enferma que estaba, pero me sentía, pues bien, Dios está conmigo [C25-L51].

- **El acompañamiento y la visita de la familia, fuente de tranquilidad y satisfacción:** el apoyo de la familia y los amigos les facilita su estadía, les brinda serenidad, compañía y comodidad. Se indica:

El apoyo familiar me dio tranquilidad, satisfacción, este, ¿cómo le digo?, tenía una situa-

ción que me alejaba de cualquier mal pensamiento [C11-L36,37].

- *Impotencia al no poder comunicarse:* los pacientes afirmaron dificultad para comunicarse, especialmente con el personal médico y familiar. Por la falta de un canal directo de comunicación con el médico; en caso de los familiares, por dispositivos terapéuticos instaurados y el corto tiempo de visita. Se afirma que:

Para mí, haría falta un timbre. No estar uno llamando, porque, por ejemplo, si hace señas de pronto no están mirando, porque a veces no están tampoco pendientes a toda hora de uno... [C19-L44,49].

- *Percibiendo el encierro, el ruido y la tranquilidad ofrecida por el ambiente:* los pacientes manifiestan molestia por el encierro y el ruido de monitores y actividades con otros pacientes en la UCIC; este es un espacio en el cual se sienten encerrados, aburridos, no hay actividades que los entretengan, pero el estar solos les permite pensar y meditar:

Nunca me había pasado esta situación, me siento incómodo, me estoy estresando. El encierro y de pronto, no sé, si es prohibido al menos hubiera un televisor para ver noticias, una película, uno se estresa mucho acá, ver pasar el tiempo [C09-L24-26].

El análisis de las relaciones de las categorías permitió identificar la existencia de factores que alteran la comodidad y otras que mejoran la comodidad como se ve en el Gráfico 1.

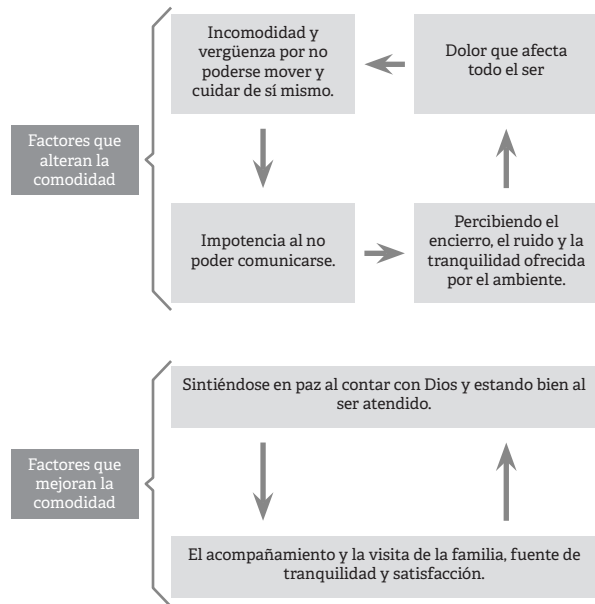
Fase cuantitativa

Basándose en la aplicación de la escala GCQ (respuestas tipo Likert), cada una con el 25 % de opción de respuesta, para el total de la suma de las 48 respuestas, permitió una clasificación por cuartiles de bajo nivel de comodidad (<48 puntos), medio bajo (49 a 96), medio alto (97 a 144) y alta (>145) (Tabla 2).

Se encontró que tanto hombres como mujeres estuvieron en un rango medio alto de comodidad. El nivel

de comodidad según la escolaridad fue medio alto en personas con estudios de primaria básica. Entre los 8 y 10 días fue el periodo con mayor comodidad. Los días con un promedio menor de comodidad se encontraron en 2 días y más de 11. En la comodidad de los pacientes por clasificación del TISS se encontró que, a menor TISS del paciente, menor fue su promedio de comodidad. Según los pacientes el número de dispositivos colocados no les afectó su comodidad.

Gráfico 1. Factores que alteran o mejoran la comodidad.



Fuente: datos de la investigación.

Tabla 2. Clasificación de la comodidad según puntaje total del cuestionario GCQ de Katherine Kolcaba.

	# de ítems	Alto	Medio alto	Medio bajo	Bajo
General	48	≥ a 145	De 97 a 144	De 49 a 96	≤ a 48
Contextos de la comodidad	Ambiental	≥ a 40	De 27 a 39	De 14 a 26	≤ a 13
	Física	≥ a 37	De 25 a 36	De 13 a 24	≤ a 12
	Psicoespiritual	≥ a 40	De 27 a 39	De 14 a 26	≤ a 13
	Social	≥ a 31	De 21 a 30	De 11 a 20	≤ a 10
Tipos de comodidad	Alivio	≥ a 49	De 33 a 48	De 17 a 32	≤ a 16
	Tranquilidad	≥ a 52	De 35 a 51	De 18 a 34	≤ a 17
	Trascendencia	≥ a 46	De 31 a 45	De 16 a 30	≤ a 15

Fuente: datos de la investigación.

Resultados con base en los contextos de la comodidad

Respecto al contexto ambiental los pacientes manifestaron en un alto porcentaje “no me gusta estar aquí” y “los ruidos no me dejan descansar”, con un 80 % de respuestas afirmativas. El ruido de los monitores y del ambiente de la UCIC incidió en el descanso y tranquilidad del paciente, tornándolo molesto e intranquilo. Así mismo, este espacio físico favoreció la intimidad, la soledad y el recogimiento para pensar, brindando tranquilidad y paz.

En el contexto físico, se resalta la necesidad de los pacientes por sentirse bien, con un 100 % de coincidencia en el ítem “necesito encontrarme bien de nuevo”; denota pensamientos de superación junto con los ítems “puedo superar mi dolor” e “intento hacer lo mejor”, con el 82 % de las respuestas. Al referirse al dolor, se encuentran los ítems “puedo superar mi dolor” y “me resulta difícil soportar el dolor que siento” con resultados del 42 % de acuerdo.

En las sensaciones físicas, se encuentra “tengo apetito” y “me siento suficientemente bien como para caminar”; surgieron respuestas de acuerdo con el 31 % y totalmente de acuerdo con el 33 %, por lo que se espera levantarse de la cama lo antes posible.

En el contexto psicoespiritual, son claras las respuestas dentro de las cuales se resalta “he encontrado un sentido a mi vida” y “me siento en paz conmigo mismo” con el 84 % de aceptación; “mis creencias me hacen sentirme en paz conmigo mismo” con el 82 %; “estoy contento” con el 62 %; “mi fe me ayuda a no tener miedo” con el 89 %; “siento que mi vida vale la pena” con el 98 %; “me siento confiado” con el 89 %; y “me siento útil porque me empeño en ello” con el 84 %.

La intimidad es un aspecto prioritario en el sentir de los pacientes, por esto cabe resaltar el ítem: “me siento incómodo por no estar vestido”, encontrando que están de acuerdo en el 42 % de los casos.

En relación con el contexto social, se encontró: “mis amigos se acuerdan de mí, mediante cartas y llamadas telefónicas” con el 80 % de acuerdo; “hay una persona, en concreto, que me cuida”, “el sentirme querido me da fuerzas” y “cuando necesito ayuda, cuento con personas que me la dan” totalmente de acuerdo con el 84 %. Esto señala la importancia del acompañamiento y apoyo que ofrecen la red social del paciente hospitalizado.

Tipos de comodidad

Respecto al alivio, el 100 % de los participantes tienen como determinado querer encontrarse mejor de nuevo. En cuanto a la tranquilidad, se encuentran valores altos en “mis creencias me hacen sentirme en paz conmigo mismo” con el 82 %, “hay una persona en concreto que me cuida” con el 91 % y “me siento confiado” con el 89 %.

Al hablar de trascendencia, los pacientes expresaron que “mi fe me ayuda a no tener miedo” con el 89 %, “intento hacer lo mejor” con el 82 %, “el sentirme querido me da fuerzas” con el 98 %, “siento que mi vida vale la pena” con el 98 % y “puedo superar mi dolor” con el 60 %. Estas cifras muestran sentimientos de superación y de querer salir adelante frente a la situación por la que están pasando.

Triangulación y discusión

La triangulación de los datos obtenidos se construyó a partir de las orientaciones de Sandelowsky de *qualitizar* los resultados cuantitativos a fin de ampliar los datos obtenidos en la fase cualitativa: “Qualitizar, se refiere a un proceso por el cual los datos cuantitativos se transforman en datos cualitativos” (14). Respecto al análisis concurrente, las categorías que se identificaron en el análisis cualitativo frente a los contextos físico, psicoespiritual, social y ambiental, propuestos por Kolcaba, permitieron señalar lo expuesto a continuación.

El aporte desde el ámbito teórico se fundamenta en la descripción de la comodidad con base en las categorías relacionadas con el reconocimiento de los diferentes contextos: físico, ambiental y psicoespiritual, señalados en la teoría de Kolcaba. El contexto físico en la UCIC permite reconocer que se viven momentos indeseables que conllevan molestias como dolor, cansancio y desespero; sin embargo, existen pensamientos de querer superar la situación, especialmente el dolor, aspectos que refuerzan lo planteado por Kolcaba (15).

La enfermería como disciplina tiene las herramientas necesarias para mejorar esta situación, con una atención personalizada e integral, teniendo en cuenta las necesidades de comodidad en el contexto físico, principalmente. En este sentido, es un estado holístico que captura muchos de los aspectos interrelacionados de la experiencia humana positiva (16). En el contexto ambiental, la falta de familiaridad del espacio, las personas

y dispositivos utilizados por los pacientes desfavorecen su estancia en la UCIC, tal y como lo plantea Gómez: “en la UCI tienen que abandonar, al menos temporalmente, los roles que previamente desempeñaban (familia, trabajo, etc.) y adoptar un rol pasivo y dependiente hacia el equipo médico del hospital y las máquinas y equipamiento que les rodean” (17).

Las condiciones ambientales de ruido, dispositivos, aislamientos y privaciones llevan a desmoralizar a los pacientes. Así, el proceso de asistencia debe centrarse en estar pendiente de las alarmas y condiciones del ambiente físico, que en este caso favoreció la intimidad, la soledad y el recogimiento para pensar, brindando tranquilidad y paz para conectarse con un espacio espiritual. Además, el ambiente físico agradable con una habitación amplia e iluminada, al igual que una cama suave y blanda, son condiciones que hacen más fácil la estadía en un servicio de salud de alta complejidad.

La comodidad descrita en el contexto psicoespiritual permitió reconocer esta experiencia como la última oportunidad de vida, pero, a la vez, tener una opción para recuperarse. El rol de los pacientes cambia en la UCIC, pues se sienten dependientes de otros, disminuye su percepción de capacidad personal y replantean el significado de la vida.

El aporte desde el ámbito social se enmarca en los resultados que permite reafirmar la importancia del apoyo de la familia y amigos para alcanzar la comodidad y el bienestar, porque los hace sentir bien, amados y les da fuerza para seguir adelante. Esto coincide con otro estudio, al señalar que “los pacientes necesitan relacionarse con otras personas para combatir la sensación de soledad que están viviendo en la UCI” (18).

También existe un sentimiento de vulnerabilidad y sensibilización para expresar lo que sienten, se evidencia la necesidad de ser oído, este hallazgo es similar a otros desarrollados en el país porque “debido a la sensación de desamparo y soledad que acompaña la enfermedad, la comunicación se convierte para los pacientes en un factor importante de motivación y de contacto con la realidad” (19). Por ello, es primordial tener una comunicación efectiva (20,21). Sobresale la poca distracción, lo que les produce una sensación de encerramiento, pero también de oportunidad para pensar y descansar.

Los pacientes acogieron un acompañamiento espiritual de un ser superior que los hizo sentir

protegidos y conscientes, la oración fue la principal forma de fortalecimiento.

Para la disciplina de enfermería uno de los mayores aportes está en reconocer que los contextos descritos de la comodidad no se presentan separados; por el contrario, conforman un todo que es dinámico, logrando, a pesar de la experiencia traumática, en este caso, un alto nivel de comodidad. Los hallazgos encontrados en este estudio permiten ratificar lo planteado por la teórica Kolcaba: la comodidad se desarrolla de una manera complementaria, dinámica y armónica (21). La experiencia y capacitación del personal, junto con la alta tecnología y el compromiso, favoreció la recuperación de la comodidad de los pacientes (22).

En este estudio el contexto físico fue el más referido. Esta sensación manifiesta se origina debido a los sentimientos de pudor o incomodidad que se generan por las ideas o preconcepciones que la persona tiene sobre las funciones corporales; para el paciente esto es intimidante, frustrante y vergonzoso.

La restricción física por dispositivos instalados, los medicamentos y, principalmente, el dolor, hacen que los pacientes pierdan la capacidad de realizar movimientos libremente. Esta falta de autonomía llega a originar irritabilidad y disgusto, por no poder suplir necesidades básicas, creándose la percepción de dependencia de otra persona para ejecutar movimientos básicos (23). La enfermera se empoderó de su rol para reducir este proceso estresante para el paciente con los cuidados ofrecidos (24).

Procedimientos de rutina como la venopunción, la toma de tensión arterial y el paso de sondas son los referidos por los pacientes como aquellos que más dolor generan (25); este dolor se incrementa cuando falta destreza y sutileza para realizar los procedimientos. El dolor fue manejado de diversas maneras por los profesionales de enfermería (26) al utilizar herramientas farmacológicas y no farmacológicas para controlarlo.

Las categorías que constituyen la descripción de comodidad encontradas en este estudio reafirman la propuesta teórica de comodidad. Se resalta que las incomodidades descritas se centran, principalmente, en el contexto físico, aunque la experiencia se manifestó como un todo que involucra al ser en su totalidad.

Conclusiones

La comodidad es la sensación de bienestar y paz al contar con Dios y con la familia, es estar y sentirse bien atendido; se alcanza a través del acompañamiento del personal y la presencia de la familia, generando tranquilidad y satisfacción. La comodidad se pierde en la unidad de cuidado intensivo cuando hay vergüenza por no poderse mover y cuidar de sí mismo, impotencia al no poder comunicarse, presencia de dolor físico que afecta todo el ser y sensación de encierro, además de la presencia de ruido que perturba la tranquilidad.

Los mayores factores que alteraron la comodidad de los participantes fueron la percepción de no poder realizar alguna actividad cotidiana en situaciones que lograba transgredir la capacidad y el concepto de sí mismos. Se establece que la experiencia de comodidad es holística e involucra la totalidad del ser. Los factores que la mejoraron fueron contar con el apoyo espiritual, familiar, de amigos o del mismo personal asistencial. Se evidenció un nivel de comodidad alto en el grupo de pacientes cardiovasculares hospitalizados en la UCIC.

La metodología mixta cuanti-cualitativa desarrollada permitió describir la comodidad y los factores que la afectan de una manera amplia y completa a profundidad, dando sentido y permitiendo completar el conocimiento sobre el fenómeno estudiado, permitiendo, además, confirmar los supuestos de la teoría de la comodidad propuesta por Katherine Kolcaba.

Referencias

- (1) Castro E, Petra C. Estilos de vida y factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev Enf Inst Mex* [revista en internet]. 2017 [acceso: 10 sep 2017]; 25(3):189-200. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173f.pdf>
- (2) Poma J, Gálvez M, Zegarra J, Meza M, Varela L, Chávez H. Morbimortalidad de pacientes mayores de 60 años en el servicio de cuidados intensivos de un hospital general. *Rev Med Hered* [revista en internet]. 2012 [acceso: 15 jul 2016] 23(1):16-22. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000100005&lng=es
- (3) Martínez J. Factores asociados a la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Colombia, 2008-2012. *Rev Biomed* [revista en internet]. 2016 [acceso: 2 ene 2017] 36(4):535-46. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84348515007>
- (4) Aro I, Pietilä A, Vehviläinen K. Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey. *J Clin Nurs* [serial on the internet]. 2012 [access: 17 Nov 2015] 21(13-14):1847-58. Available from: <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04092.x>
- (5) Zambrano G, Ferreira J, Lindarte A, Niño C, Ramírez N, Rojas L. Entre la incertidumbre y la esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. *Cien Cuid* [revista en internet]. 2016 [acceso: 2 feb 2017] 7(1):52-60. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3717275>
- (6) Kolcaba K. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Adv Nurs Sci* [serial on the internet]. 1992 [Available from: 2 Apr 2017] 15(1):1-10. Available from: https://www.researchgate.net/publication/21635629_Holistic_comfort_operationalizing_the_construct_as_a_nurse-sensitive_outcome
- (7) Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6a edición. México: McGraw Hill; 2014.
- (8) Poblete C. Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Rev Chil Sal Púb* [revista en internet]. 2013 [acceso: 15 jun 2016] 17(3):218. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.5354/0719-5281.2013.28632>
- (9) Da Silva A, Ferreira M. Tecnologia na terapia intensiva e suas influências nas ações do enfermeiro. *Rev Esc Enf* [periódico na internet]. 2011 [acceso: 15 may 2016] 45(6):1403-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a18.pdf>
- (10) Ferrer E, Martín D. Translation and Validation of a Spanish version of the Kolcaba's General Comfort Questionnaire in Hospital Nurses. *Int J Nurs* [serial on the internet]. 2015 [access: 15 Jun 2017] 2(1):113-9. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/3da8/298a702c4beaf7f998e07a21bae66b266273.pdf>
- (11) Uribe A, Torrado I, Acevedo Y. Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía. *Cien Cuid* [revista en internet]. 2015 [acceso: 10 sep 2016] 9(2):17-25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4114496.pdf>
- (12) Gamboa G. La investigación biomédica tiene otra versión de la Declaración de Helsinki. *Pers Bioét* [revista en internet]. 2013 [acceso: 24 nov 2015] 17(2):145-50. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/3745>
- (13) Arango G. Los comités de ética de la investigación: Objetivos, funcionamiento y principios que buscan proteger. *Inv Enf Ima Des* [revista en internet]. 2008 [acceso: 24 nov 2015] 10(1):9-20. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/download/1593/1017>
- (14) Sandelowski M. Focus on research methods combining qualitative and quantitative sampling, data collection, and analysis techniques. *Res Nurs Health* [serial on the internet]. 2000 [access:

02 Feb 2017] 23(3):246-55. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/1098-240X%28200006%2923%3A3%3C246%3A%3AAID-NUR9%3E3.o.CO%3B2-H>

(15) Castanera A, Cruz V, Lobo A, Buxo M, García A, García M, et al. Percepción del dolor en pacientes postoperados de cirugía cardíaca. *Enferm Cardiol [revista en internet]*. 2013 [acceso: 02 feb 2017] 20(60):22-6. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/60_04.pdf

(16) Tejada I. "No es fácil estar 24 horas en una cama": confort del paciente con sedación en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan [revista en internet]*. 2017 [acceso: 10 oct 2017] 17(4):380-9. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/6741/4642>

(17) Gómez P, Monsalve V, Soriano J, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva [revista en internet]*. 2007 [acceso: 15 may 2016] 31(6):318-25. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006&lng=es

(18) Gutiérrez J, Alvaríño A, Perez M, Perez M. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enf Glob [revista en internet]*. 2008 [acceso: 15 feb 2017] 7(1):1-14. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834748003>

(19) Beltrán O. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. *Investig Educ Enf [revista en internet]*. 2009 [acceso: 18 feb 2016] 27(1):34-45. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100003

(20) Rojas N, Bustamante C, Dois A. Comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico. *Aquichan [revista en internet]*. 2014 [acceso: 2 feb 2016] 14(2):184-95. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3117/3466>

(21) Kolcaba K, Kolcaba R. An analysis of the concept of comfort. *J Adv Nurs [serial on the internet]*. 1991 [acceso: 20 mar 2016] 16(11):1301-10. Available from: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991%20-%20Analysis%20Concept%20of%20Comfort.pdf>

(22) Achury D, Achury L, Díaz J, Rodríguez S, Alvarado H, Ortiz C, et al. Panorama general de la relación enfermera-paciente en algunas unidades de cuidado intensivo en Bogotá. *Inv Enf Imagen Desarr [revista en internet]*. 2014 [acceso: 12 ene 2016] 16(1):73-85. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145231426006>

(23) Kox M. Tratamientos menos intensivos para los pacientes críticos. *Jama Intra Med [revista en internet]*. 2013 [acceso: 1 jul 2016] 10:1-4. Disponible en: <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.6702>

(24) Oliveros H, Martínez F, Lobelo R, Velásquez J,

Gómez M, Granados M, et. al. Recursos utilizados y calidad de vida de los pacientes críticamente enfermos egresados de la UCI. *Act Méd Col [revista en internet]*. 2008 [acceso: 1 mar 2016] 33(4):268-75. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113824003>

(25) Beltrán O. La práctica de enfermería en cuidado intensivo. *Aquichan [revista en internet]*. 2008 [acceso: 22 feb 2016] 8(1):50-63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74108106>

(26) Celis E, Birchenall C, de la Cal M, Castorena G, Hernández A, Ceraso D, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Med Intensiva [revista en internet]*. 2013 [acceso: 1 jun 2016] 37(8):519-74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.04.001>

Parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar do bebê no nascimento

Parámetros utilizados en la evaluación del bienestar del bebé al nacimiento

Parameters used in the evaluation of the baby's welfare at birth

• Juliana Machado Schardosim¹ • Nayara Lauane de Araújo Rodrigues² • Daphne Rattner³ •

•1• Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Professora Assistente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Brasília, Brasil.
E-mail: jumachadoju@hotmail.com

•2• Sanitarista graduada pela Universidade de Brasília. Brasília, Brasil.
E-mail: nayaralauane18@gmail.com

•3• Doutora em Epidemiologia pela University of North Carolina. Professora adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Brasília, Brasil.
E-mail: daphne.rattner@gmail.com

Recibido: 18/09/2017 Aprobado: 17/04/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n2.67809



Resumo

Objetivo: identificar parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar do recém-nascido.

Síntese do conteúdo: revisão integrativa da literatura com busca nas bases PubMed e Biblioteca Virtual de Saúde (bvs), a qual utilizou os descritores “*apgar score*”, “*neonatal outcomes*”, “*fetal vitality*” e “*health services evaluation*”, com recorte temporal no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016. Os resumos foram importados inicialmente para o *software* Endnote Web®, para a remoção de duplicatas, e os remanescentes exportados para o *software* Covidence®, que possibilitou a seleção por duas pesquisadoras, de forma independente. A amostra final incluiu 17 estudos. Os parâmetros mais utilizados foram admissão do neonato em Unidade de Terapia Intensiva nas primeiras 24 a 48 horas de vida e o índice de Apgar, porém perceberam-se variações na mensuração desses parâmetros nos estudos. Outros foram: peso ao nascer, temperatura corporal, natimortalidade e mortalidade neonatal. O índice de Apgar, apesar de utilizado mundialmente, possibilita subjetividade na avaliação de algumas variáveis, mas pode avaliar a resposta do bebê às manobras empregadas na sala de parto, no entanto não deve ser parâmetro decisório para instituir ou não manobras de reanimação.

Conclusão: alguns parâmetros foram comuns nos estudos, porém podem ser necessários outros parâmetros ao abordar patologias específicas. Considera-se importante treinar enfermeiros na mensuração do índice de Apgar, pois são profissionais responsáveis pelo cuidado da mãe e do bebê 24 horas, e, em muitos serviços, pelo primeiro atendimento do recém-nascido.

Descritores: Indicadores Básicos de Saúde; Índice de Apgar; Recém-Nascido; Revisão (fonte: DeCS Bireme).

Resumen

Objetivo: identificar parámetros que se utilizan para evaluar el bienestar del recién nacido.

Síntesis del contenido: revisión integrativa de la literatura, realizada en las bases PubMed y Biblioteca Virtual de Salud (bvs), que utilizó los descriptores “*apgar score*”, “*neonatal outcomes*”, “*fetal vitality*” y “*health services evaluation*”. El recorte temporal fue de enero del 2011 a diciembre del 2016. Se importaron los resúmenes para el *software* Endnote Web®, para la remoción de duplicados y los remanentes exportados para el *software* Covidence®, lo que permitió la selección de la muestra final por dos investigadoras, de forma independiente. La muestra final incluyó 17 estudios. Los parámetros más utilizados fueron admisión del neonato en Unidad de Cuidados Intensivos en las primeras 24 a 48 horas de vida y el índice de Apgar, pero hubo variaciones en la mensuración de esos parámetros entre los estudios. Otros parámetros fueron: peso al nacer, temperatura corporal, natimortalidad y mortalidad neonatal. El Apgar, a pesar de utilizado mundialmente, posibilita subjetividad en la evaluación de algunas variables; este puede evaluar la respuesta del bebé a las maniobras empleadas en el atendimento en sala de parto, pero no debe ser un parámetro decisório para instituir o no maniobras de reanimación.

Conclusión: algunos parámetros fueron comunes entre los estudios, sin embargo pueden agregarse otros parámetros al abordar patologías específicas. Se considera importante entrenar enfermeros en la medición del Apgar, pues son profesionales responsables por el cuidado de la madre y el bebé 24 horas del día y, en muchos servicios, por la primera atención del recién nacido.

Descriptores: Indicadores de Salud; Puntaje de Apgar; Recién Nacido; Revisión (fuente: DeCS Bireme).

Abstract

Objective: to identify parameters used to evaluate newborn's welfare at birth.

Content synthesis: integrative review of the literature from searches in PubMed and in the Brazilian Library of Health (bvs) using “*Apgar score*”, “*neonatal outcomes*”, “*fetal vitality*” and “*health services evaluation*” as keywords, for the period of January 2011 to December 2016. Abstracts found were initially imported to Endnote Web® software to remove duplicates, and the remaining ones were exported to Covidence® software, which allowed the selection of the final sample by two independent researchers. The final sample included 17 studies. The most used parameters were the admission of the neonate to a Neonatal Intensive Care Unit in the first 24 to 48 hours and the Apgar score, but measurement variations occurred between studies. Other parameters were: birthweight, body temperature, stillbirths and neonatal deaths. Apgar score, although used globally, allows subjectivity in the evaluation of some variables; it may evaluate baby's response to the procedures used at birth, but should not be used as a parameter to decide on resuscitation.

Conclusion: some parameters seem to be common among studies; however, studies that assessed newborn's conditions at birth in some specific contexts added specific parameters that were relevant only in that specific context. It's considered important to train nurses in the measurement of the Apgar Score, since these professionals are responsible for the care of the mother and baby 24 hours a day and, in many services, they are responsible for the first care of the newborn.

Descriptors: Apgar Score; Health Status Indicators; Newborn; Review (source: DeCS Bireme).

Introdução

Atualmente, no Brasil, preconiza-se que as assistências obstétrica e perinatal sejam realizadas em conformidade com a Rede Cegonha, estratégia que abarca a população desde a avaliação pré-concepcional e perpassa o pré-natal, a assistência ao parto e o puerpério, acompanhando a criança até completar dois anos de vida. A implantação da estratégia ocorreu gradualmente e atendeu a critérios epidemiológicos de taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional (1).

Observa-se, no Brasil, redução significativa da mortalidade infantil nas últimas décadas; entretanto, a velocidade de queda do componente neonatal foi aquém do desejado. Sabe-se que há mortes não evitáveis, como óbitos associados com malformações incompatíveis com a vida; porém, muitas mortes ainda são decorrentes de causas evitáveis, passíveis de prevenção com ações dos serviços de saúde na atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN) (1).

Conhecer o panorama das taxas de mortalidade é importante, mas cabe pensar quais parâmetros podem ser utilizados na avaliação do neonato desde seu primeiro minuto de vida, para a efetividade da assistência neonatal. Ao nascer, o RN passa do ambiente aquático para um aeróbico, e o processo de parto é essencial para uma adaptação neonatal sem intercorrências (2, 3).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomenda condutas que favoreçam a adaptação neonatal, como: temperatura ambiente entre 28 e 30°C; secar e cobrir o bebê imediatamente ao nascimento para prevenir hipotermia neonatal; contato pele a pele com a mãe e início precoce do aleitamento materno para a estabilização da temperatura corporal, dos parâmetros cardíacos e do padrão de choro do bebê; e clampeamento oportuno do cordão umbilical (entre 2 a 3 minutos) para aumentar o hematócrito do neonato, o que previne a anemia nos primeiros 4 a 6 meses de vida (2). Esses cuidados foram normalizados pela Portaria GM/MS 371/2014, do Ministério da Saúde do Brasil, e espera-se que sejam adotados em todos os nascimentos de risco habitual (4).

Durante a recepção do RN, o profissional deve constantemente avaliá-lo e direcionar a assistência neonatal às necessidades da criança. Segundo o Ministério da Saúde, a avaliação da vitalidade ao nascer deve ser guiada por quatro perguntas mencionadas a seguir. 1. A gestação é a termo? 2. Percebe-se a ausência de mecônio? 3. O bebê está respirando ou chorando? 4. O tônus muscular é bom? Se todas as respostas forem afirmativas, considera-se boa vitalidade e que o neonato não necessita de manobras de reanimação (5).

Mundialmente, os RNS são avaliados segundo o índice de Apgar, método introduzido em 1953 pela anestesista Virginia Apgar, que objetiva avaliar condições fisiológicas e de resposta do neonato (6). É considerado de fácil avaliação, porém já se questionou sua precisão, por incluir variáveis de cunho subjetivo e pela relação com o conhecimento e experiência do profissional (7, 8).

O Apgar considera frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, coloração da pele e irritabilidade reflexa. Cada parâmetro tem alternativas de resposta com pontuações que variam de 0 a 2, e o somatório das respostas será um valor entre 0 e 10. Recomenda-se a avaliação no primeiro e no quinto minutos de vida. Para bebês com somatório menor que 7 no quinto minuto, o Ministério da Saúde recomenda reavaliações a cada cinco minutos, até os 20 minutos de vida (5, 7).

Quanto maior o valor do Apgar, melhores as condições fisiológicas do RN. Esse índice entre 8 e 10 é encontrado em 90 % dos neonatos com um minuto de vida e é a faixa considerada adequada pelos pesquisadores em neonatologia. Pontuação entre 0 e 3 é considerada como sinal de anóxia grave e entre 4 e 7 como anóxia moderada (7).

Historicamente, o índice de Apgar é considerado um marco na neonatologia e cabe ressaltar que, até hoje, não foi criado outro método sistemático para a avaliação da vitalidade do neonato (7). Acredita-se, contudo, que outros parâmetros possam ser associados ao Apgar para aumentar a precisão da avaliação da vitalidade fetal ao nascimento.

Assim, objetivou-se identificar, na literatura científica, quais parâmetros adicionais ao Apgar poderão ser utilizados na avaliação do bem-estar do bebê ao nascimento.

Método

Trata-se de revisão integrativa da literatura. Foram adotadas as seguintes fases propostas por Souza, Silva e Carvalho (9), que utilizaram a metodologia descrita por Ganong em 1987: 1. elaboração da pergunta norteadora; 2. busca ou amostragem na literatura; 3. coleta de dados; 4. análise crítica dos estudos incluídos; 5. discussão dos resultados e 6. apresentação da revisão integrativa.

Partindo da pergunta norteadora “Quais parâmetros foram utilizados, em estudos recentes, na avaliação do bem-estar do bebê ao nascimento?”, procedeu-se à busca de artigos nas bases de dados do PubMed e da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Optou-se por consultar essas duas bases de dados por incluírem outras bases como a Lilacs, Medline® e Scientific Electronic Library Online (SciELO), entre outras.

Como estratégia de busca, adotaram-se os descritores “*apgar score*”, “*neonatal outcomes*”, “*fetal vitality*” e “*health services evaluation*”. Optou-se pelo uso de palavras-chave, porque os descritores publicados no cadastro de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) não contemplavam a busca para a elaboração deste estudo. Os termos “*apgar score*” e “*fetal vitality*” foram utilizados como sinônimos, adotando-se o conectivo OR e, para combiná-los aos outros termos, o conectivo AND.

O foco do estudo foi a avaliação do bem-estar ao nascer de RNS a termo; portanto, na estratégia de busca, preferiram-se os termos “*preterm*” e “*premature*” associados ao conectivo NOT. Outro descritor associado ao conectivo NOT foi “*review*”, para analisar apenas as fontes de dados primários.

As estratégias de busca adotadas foram:

- Estratégia 1 — *Apgar score* OR *fetal vitality* AND *health services evaluation* NOT *preterm* NOT *premature* NOT *review*;
- Estratégia 2 — *Apgar score* OR *fetal vitality* AND *neonatal outcomes* NOT *preterm* NOT *premature* NOT *review*;
- Estratégia 3 — *neonatal outcomes* AND *health services evaluation* NOT *preterm* NOT *premature* NOT *review*.

Os resumos obtidos foram importados inicialmente para o *software* Endnote Web®, para a remoção

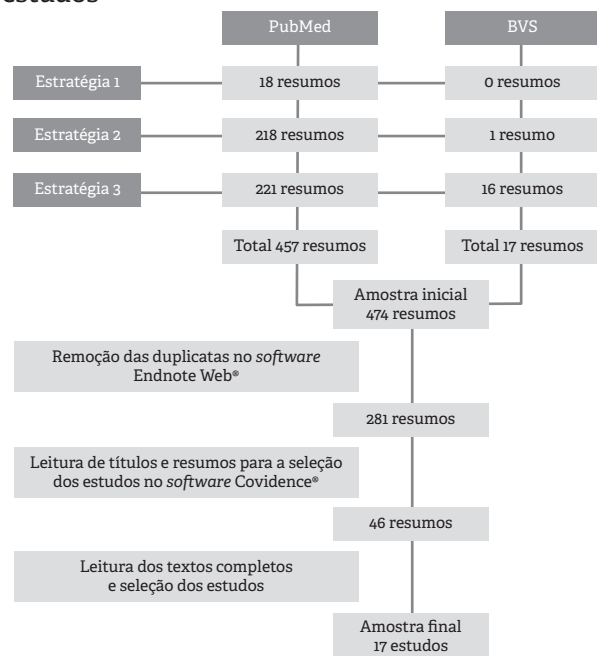
dos estudos duplicados, e o restante exportado para o *software* Covidence®, ferramenta para a seleção de artigos para estudos de revisão de forma independente entre membros de pesquisa cadastrados. A seleção foi feita por duas pesquisadoras, de forma independente. As divergências na inclusão dos estudos foram resolvidas por meio de análise e discussão entre as pesquisadoras.

Foram incluídos estudos que tratavam de desfechos perinatais ou métodos avaliativos de vitalidade do RN a termo em sala de parto, em português, inglês ou espanhol, cuja publicação tivesse ocorrido entre janeiro de 2011 e dezembro de 2016, e excluídos os que abordavam a avaliação de RNS oriundos de gravidez de risco ou prematuros. Atendendo aos pressupostos éticos da Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, todos os autores consultados estão devidamente referenciados ao longo do texto (10).

Resultados

A partir de 474 resumos, foram descartados 193 por duplicidade; pela leitura do conteúdo, descartados mais 235 e, finalmente, pela leitura dos textos completos, permaneceram 17 artigos. O fluxograma da Figura 1 apresenta o processo de seleção dos estudos.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos



Fonte: elaborado pelas pesquisadoras.

Observam-se, na amostra, estudos de todos os continentes, com maior concentração de europeus, sendo apenas um brasileiro. Todos são quantitativos, mas apresentam diferentes delineamentos, conforme consta na Tabela 1, que também apresenta os indicadores utilizados na avaliação do RN de cada estudo.

Os estudos incluídos apresentam múltiplos parâmetros de avaliação. A admissão do bebê na Utin foi um dos mais frequentes, porém alguns consideraram a admissão nas primeiras 24 horas e outros nas primeiras 48 horas de vida (11-14, 16, 18, 19, 21, 22, 24, 25).

Essa admissão esteve associada a aumento nos custos em saúde em dois estudos (19, 24). Num deles, a análise financeira revelou que eventos neonatais adversos, evitados adotando práticas

baseadas em evidências, impactam nas receitas das instituições visto que, quando bebês nascem em boas condições e não são internados em Utin, representam menor receita para a instituição (24). Adotar práticas cientificamente embasadas e menos custosas pode ser interessante para serviços públicos de saúde; no entanto, pode não ser tão atrativo para instituições privadas.

Foi encontrada associação entre internação do RN na Utin nas primeiras 48 horas de vida e idade materna superior a 40 anos (22) e desfechos maternos adversos (25). Esses resultados sugerem que maior idade materna e desfechos maternos adversos representam risco para eventos neonatais adversos; portanto, os profissionais de saúde devem estar mais atentos à adaptação extrauterina desses bebês.

Tabela 1. Síntese dos estudos sobre os indicadores de resultado no nascimento

Autores/ano de publicação	Local do estudo	Amostra	Delineamento	Principais indicadores de resultado
Snowden et al., 2016 (11)	Estados Unidos	724.967 nascimentos	Coorte retrospectiva (base populacional)	Apgar <7, admissão em Utin, crises convulsivas e mortalidade neonatal.
Safa e Beckmann, 2016 (12)	Austrália	361 binômios	Coorte retrospectiva	Apgar <7 no 5', pH de sangue de cordão umbilical, admissão em Utin e necessidade de intubação traqueal.
Herstad et al., 2016 (13)	Noruega	169.583 nascimentos	Estudo transversal (base populacional)	Apgar <7 no 1' e <4 no 5', complicações respiratórias e/ou cerebrais, infecção bacteriana, admissão em Utin.
Lim et al., 2016 (14)	Singapura	118 binômios	Estudo transversal	Apgar no 1' e 5', complicações respiratórias, admissão em Utin.
McDonald et al., 2016 (15)	Tanzânia	6.579 nascimentos	Coorte prospectiva	Apgar <7 no 1' e 5', mortalidade neonatal, complicações respiratórias, crise convulsiva, sepsse.
Sabol e Caughey, 2016 (16)	Estados Unidos	3.385 nascimentos	Coorte retrospectiva	Apgar <7 no 5', aspiração meconial, complicações respiratórias, sepsse neonatal, admissão em Utin.
Wernham et al., 2016 (17)	Nova Zelândia	244.047 nascimentos	Coorte retrospectiva (base populacional)	Apgar <7 no 5', mortalidade neonatal, complicações respiratórias e/ou cerebrais, RN pequeno para idade gestacional.
Rowe et al. 2015 (18)	Inglaterra	1.436 nascimentos	Coorte Prospectiva	Apgar <7 no 5', admissão em Utin nas primeiras 48hs de vida, morte perinatal.
Denison et al. 2014 (19)	Escócia	109.592 mulheres	Coorte retrospectiva	Apgar <5; BPN; natimortalidade/mortalidade neonatal, admissão em Utin nas primeiras 48hs de vida.
Lee et al., 2014 (20)	Estados Unidos	12.528 crianças	Estudo do tipo antes e depois	Temperatura corporal (36,5-37,5°C), saturação de oxigênio, frequência cardíaca.
O'Dea et al., 2014 (21)	Irlanda	784 binômios	Ensaio clínico randomizado	Apgar <7 no 5', disfunção respiratória, traumatismo de parto, admissão em Utin.
Yangmei et al., 2014 (22)	Inglaterra	63. 371 binômios	Transversal	Admissão em Utin nas primeiras 48hs de vida, morte neonatal precoce.
Hokkanen et al., 2013 (23)	Finlândia	1.196 crianças	Coorte	Apgar <7 (5' e 15'), BPN, hipoglicemia neonatal, hiperbilirrubinemia severa, sintomas neurológicos.
Kozhimannil et al., 2013 (24)	Estados Unidos	39.010 binômios	Estudo tipo antes e depois	Apgar <7 no 5', admissão em Utin nas primeiras 24hs (RNT com peso ao nascer ≥ 2500g).
Hernández et al., 2012 (25)	México	13.311 binômios	Transversal (base populacional)	Admissão em Utin, BPN, morte neonatal precoce.
Urquiza e Blanco, 2012 (26)	Argélia	8.262 nascidos	Transversal	BPN, malformações congênitas, morte neonatal.
Koettker et al., 2012 (27)	Brasil	100 binômios	Transversal	Apgar <7 (5'), BPN.

Nota: Utin — Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; RNT — Recém-nascido a Termo; BPN — Baixo Peso ao Nascer. **Fonte:** elaborado pelas pesquisadoras.

O índice de Apgar foi avaliado por 13 estudos (11-19, 21, 23, 24, 27), com variações no ponto de corte considerado adequado, assim como na idade do bebê em que foi mensurado. Os pontos de corte observados foram pontuação <5 (apenas no estudo 9) e <7. Quanto ao tempo de vida do bebê no momento da mensuração, predominou considerar o Apgar do quinto minuto para fins epidemiológicos.

Nenhum estudo justificou o ponto de corte utilizado, nem o tempo de vida para mensuração, porém entende-se que, nesses primeiros cinco minutos de vida, o bebê consiga estabilizar algumas funções vitais avaliadas pelo Apgar, elevando sua pontuação. Pode-se afirmar que, apesar de mundialmente difundido, o Apgar não é adotado de forma uniforme na assistência.

Outros parâmetros encontrados foram: peso ao nascer, temperatura corporal (faixa de normalidade de 36,5 a 37,5°C), saturação de oxigênio, frequência cardíaca verificada por meio de monitorização, ocorrência de disfunção respiratória, traumatismo de parto/fratura de clavícula, hipoglicemia neonatal, hiperbilirrubinemia severa, sintomas neurológicos, malformação congênita, necessidade de manobras de reanimação em sala de parto (Ventilação com Pressão Positiva [VPP], aspiração de vias aéreas superiores e intubação) e natimortalidade/mortalidade neonatal.

Quando se busca verificar a vitalidade neonatal no contexto de alguma patologia específica, pode-se considerar outros parâmetros não avaliados em estudos mais abrangentes ou que excluam crianças cujas mães tenham condições clínicas que interfiram no bem-estar do RN. Entretanto, nesses estudos, observam-se também dados sobre o índice de Apgar e a admissão em Utin e/ou necessidades de cuidados intensivos frequentemente.

Estudos que avaliaram filhos de mães diabéticas introduzem dados sobre tocotraumatismos e ocorrência de hipoglicemia neonatal, pois esses bebês comumente são macrossômicos, o que aumenta o risco de ocorrência desses desfechos (28-30). Quando se avaliam bebês de mães hipertensas, costumam avaliar aspectos cardiovasculares, baixo peso ao nascimento e outros parâmetros associados à hipóxia intrauterina (31-33).

Estudo que avaliou a relação entre QI na vida adulta com sintomas neurológicos e hiperbilirrubinemia severa no período neonatal também incluiu parâmetros específicos. Baixo índice de

Apgar e baixo peso ao nascer foram considerados pelos autores como fatores que podem aumentar o risco de déficit de atenção e hiperatividade (23).

Discussão

Parto e pós-parto imediato representam períodos de vulnerabilidade para mães e bebês (5). A Opas estima que, nas primeiras 24 horas de vida, ocorram entre 25 e 45 % das mortes neonatais. Sabe-se, ainda, que a mortalidade neonatal impulsiona a taxa de mortalidade infantil e, nas últimas décadas, vem sendo o componente menos responsivo para a diminuição da mortalidade em crianças (34).

Essa vulnerabilidade do RN nas primeiras 24 horas de vida justifica o parâmetro de admissão do bebê em Utin nas primeiras 24 a 48 horas de vida, referenciado em 13 dos 17 estudos incluídos nesta revisão. Esse parâmetro, diferentemente do Apgar, consegue elucidar condições mais tardias relacionadas à transição fetal-neonatal, como hipoglicemia neonatal, cardiopatias e suas repercussões clínicas, taquipneia transitória e outras.

Embora o índice de Apgar (6) tenha marcado uma nova era na história da neonatologia e seja mundialmente reconhecido, observam-se críticas da comunidade científica ao método há décadas. Estudos desenvolvidos nos anos 1980 e 1990 questionaram a acurácia do Apgar na avaliação de bem-estar do RN como parâmetro isolado. Entretanto, reconhece-se sua utilidade estatística sobre o estado do RN nos primeiros minutos de vida (35).

Nos anos 1980, pesquisadores verificaram a relação entre Apgar e acidose metabólica grave, e concluíram que o Apgar pode não ser uma boa estimativa de risco, pois se trata de uma avaliação subjetiva. Entretanto, o estudo afirma que a análise rotineira do pH no sangue do cordão umbilical não é clinicamente útil na avaliação neonatal precoce, além de ser procedimento invasivo que gera custo (36).

Na década de 1990, alguns autores criticaram esse índice por considerarem deficiências metodológicas; no entanto, dado não haver outro método de avaliação sistemática, o senso comum o cancelou como ferramenta de grande utilidade para discriminar crianças que necessitavam de manobras de reanimação em sala de parto (37).

Ainda na década de 1990, constatou-se que o valor numérico do Apgar era subestimado no parto

normal e superestimado em bebês nascidos por cesariana. Nesse estudo, foi detectada associação entre o Apgar baixo aos cinco minutos de vida e a acidemia metabólica avaliada aos 10 minutos de vida (38). Entretanto, identificaram-se sensibilidade e valor preditivo positivo baixos na relação entre baixo índice de Apgar aos cinco minutos de vida e morte ou paralisia cerebral (39).

Outro estudo comparou o Apgar com pH e concentração de lactato no sangue do cordão umbilical, apresentando baixa sensibilidade e baixo valor preditivo positivo para o desenvolvimento neurológico com um ano de idade. Os autores concluíram que o Apgar não pode ser considerado parâmetro útil isoladamente, haja vista que não prevê a evolução futura das crianças. Além disso, recomendaram o desenvolvimento de outras ferramentas que pudessem melhor indicar condição neonatal imediatamente após o nascimento (40).

Mais recentemente, a análise da relação entre a pontuação do Apgar e a mortalidade infantil concluiu que o Apgar é útil não apenas no nascimento, mas também nos períodos neonatal e pós-neonatal, pois quanto menor seu valor aos cinco minutos de vida, maior a taxa de mortalidade neonatal e pós-neonatal, independentemente da idade gestacional. Esse resultado aventa a possibilidade de se considerar o Apgar um bom preditor de morte infantil (41).

Estudo desenvolvido em Atlanta avaliou o conhecimento e o tempo de experiência de médicos sobre o uso do Apgar. Por meio de regressão linear ($p \leq 0,001$), concluíram que médicos mais experientes consideraram maiores scores de Apgar do que os menos experientes. As variáveis mais objetivas avaliadas pelo Apgar, como frequência cardíaca e respiração, foram pontuadas de forma mais uniforme que as demais, devido à subjetividade na avaliação de padrão de choro do bebê, ao tônus muscular e à coloração da pele. Constatou-se, ainda, que médicos menos experientes geralmente aplicam o índice antes de o bebê completar o primeiro minuto de vida, o que o torna mais baixo (8).

Segundo o Ministério da Saúde, “a coloração da pele e das mucosas não é mais utilizada para decidir procedimentos na sala de parto. Estudos têm mostrado que a avaliação da cor das extremidades, do tronco e das mucosas é subjetiva e não tem relação com a saturação de oxigênio ao nascimento” (5 p33). Ressalte-se que bebês com esforço respiratório e frequência cardíaca adequada

podem demorar um pouco mais para ficarem rosados; além disso, a saturação de oxigênio no primeiro minuto de vida situa-se entre 60-65 %, atingindo valores próximos a 90 % com cerca de cinco minutos de vida (5).

Apesar de amplamente utilizado, o Ministério da Saúde recomenda que o Apgar seja uma ferramenta avaliativa das manobras de reanimação instituídas em sala de parto, e não um elemento decisório para iniciar a reanimação neonatal ao nascimento, uma vez que, havendo a necessidade de ressuscitação, esta deverá ser iniciada antes do primeiro minuto (5, 42). A reanimação em sala de parto deve ser definida pela avaliação simultânea de respiração e frequência cardíaca, sendo esta aferida pela ausculta do precórdio com estetoscópio ou palpação do pulso na base do cordão umbilical (5). Essa recomendação considerou a subjetividade de avaliação e diferenças de responsividade dos neonatos à adaptação extrauterina. A American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn e o American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice concordam que o Apgar representa uma ferramenta útil para se conhecer o estado do RN ao nascimento e sua resposta às manobras instituídas em sala de parto, porém não há evidências de que pontuações baixas de Apgar estejam associadas a desfechos neurológicos adversos (42).

O Ministério da Saúde considera RNS de risco os bebês que apresentam Apgar < 7 aos cinco minutos de vida associado a outros fatores como peso e idade gestacional (5). Os estudos que compuseram esta revisão estão em conformidade com esses parâmetros. Entretanto, essa classificação é criticada pelas associações americanas nominadas anteriormente, que consideram a asfixia um processo com comprometimento progressivo da troca de gases e, para tal diagnóstico, uma baixa pontuação no índice de Apgar não basta e são necessários exames laboratoriais (42).

A associação entre o índice de Apgar < 7 no quinto minuto de vida e a asfixia perinatal já foi descrita como estatisticamente significativa, porém não significa que o Apgar isoladamente seja uma ferramenta segura para fins de diagnóstico (43, 44). Outros estudos encontraram significância estatística entre Apgar < 8 no primeiro minuto de vida e mortalidade neonatal, o que não qualifica esse achado como preditor de mortalidade neonatal (45, 46).

Para alguns autores, nem todos os itens do Apgar convencional são de igual importância para a avaliação em sala de parto. Sua intenção é determinar de maneira fácil e rápida a pontuação do bebê, sem interferir nos cuidados prestados à criança (47). As recomendações do Ministério da Saúde vão ao encontro desses autores, pois o parâmetro de coloração, por exemplo, tem sido considerado como menos importante no tocante aos cuidados prestados em sala de parto, devido ao fato de já se conhecer o mecanismo de transição fetal-neonatal e se esperar respostas diferentes em cada RN (5).

Recentemente, surgiu um novo modelo de índice de Apgar, denominado Apgar Combinado. Este contém espaços para a pontuação de manobras de reanimação (VPP, intubação, surfactantes e drogas), pontuadas em 0 (manobra não realizada) ou 1 (manobra realizada), e espaços para registro de parâmetros relacionados à vitalidade fetal, que correspondem às mesmas variáveis do Apgar convencional, porém com alternativas de resposta diferentes, que consideram questões como idade gestacional (48). O índice de Apgar Combinado é parecido com o ampliado proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil, porém este não pontua intervenções, apenas registra a assistência recebida pelo RN (5).

A pontuação do Apgar Combinado teve maior sensibilidade e especificidade na identificação de asfixia ao nascer, ao ser comparado com o Apgar tradicional. Os autores salientam que as baixas sensibilidade e especificidade do Apgar tradicional na avaliação de asfixia ao nascer já foram reconhecidas em estudos publicados desde 1980 e concluem que esse índice combinado, introduzido em 2012, foi altamente sensível e específico na predição de asfixia ao nascer, podendo ser uma alternativa para os serviços de saúde que consideram o Apgar convencional falho (48).

Apesar da importância de individualidade na avaliação e no cuidado ao RN, considera-se o uso de escalas na prática clínica como avanço na padronização de avaliação dos pacientes e uma ferramenta que pode nortear o desenvolvimento de protocolos assistenciais (49). O Apgar e as demais escalas (49-51) para a avaliação do neonato representam instrumentos objetivos, de rápida aplicação e padronização da avaliação do RN, porém têm limitações devido à subjetividade de cada profissional ao avaliar o bebê (8, 42).

Nota-se que os demais parâmetros de avaliação do bem-estar do bebê ao nascimento encontra-

dos nos estudos incluídos nesta revisão também são descritos em estudos epidemiológicos de base populacional no Brasil (52-55) e no mundo (56-60). Na Pesquisa Nascer no Brasil (52), um inquérito de base nacional com dados de 24.197 nascimentos, os parâmetros observados incluíram: peso ao nascer, Apgar <7 no quinto minuto de vida, necessidade de ventilação mecânica, mortalidade neonatal, malformações congênitas associadas a óbitos e *near miss* neonatal. Esse estudo não foi elegível para esta revisão por incluir bebês prematuros; entretanto, trata-se de estudo brasileiro de grande relevância.

Conclusão

Identificou-se como parâmetros mais frequentemente utilizados em estudos que avaliaram o bem-estar do RN a admissão do neonato na Uti nas primeiras 24 a 48 horas de vida e o índice de Apgar. Outros parâmetros podem ser associados, porém variaram conforme o contexto estudado e as patologias de interesse dos pesquisadores.

O índice de Apgar, embora sujeito a críticas e questionamentos no meio científico, continua sendo o único método sistemático amplamente difundido na avaliação da vitalidade neonatal em sala de parto. O ponto de corte varia entre estudos, porém a maioria dos autores considera o Apgar >7 como adequado, sendo este o parâmetro constante nas recomendações oficiais brasileiras.

Os achados deste estudo tornam-se importantes para a enfermagem devido a esta ser uma categoria profissional presente 24 horas ao longo do processo de cuidado, desde o trabalho de parto até a alta hospitalar da mãe e do bebê. Além disso, em muitos serviços de saúde brasileiros, o enfermeiro é responsável pelo atendimento em sala de parto do RN a termo proveniente de gestação de risco habitual; portanto, é essencial que ele seja treinado para utilizar o índice de Apgar e demais parâmetros de avaliação do bem-estar do bebê ao nascer. Ademais, dada a possibilidade de subjetividade, é importante que o treinamento inclua a padronização dessa mensuração.

Referências

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

- Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012 [acesso: 6 nov. 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
- (2) Opas (Organização Pan-Americana de Saúde). Neonatal IMCI Evidence-based Interventions. Washington: PAHO; 2011.
- (3) Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 371, de 7 de maio de 2014: institui para organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2014 [acesso: 6 nov. 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html
- (5) Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à Saúde do Recém-Nascido: guia para profissionais de saúde. Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso: 6 nov. 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf
- (6) Apgar V. A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant. *Anesth Analg* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Nov 6]; 120(5):1056-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13083014>
- (7) Santos LM, Pasquini VZ. A importância do Índice de Apagar. *Rev Enferm UNISA* [periódico na internet]. 2009 [acesso: 6 nov. 2017]; 10(1):39-43. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-1-08.pdf>
- (8) Ige OO, Ruth A, John C, Stephen A, Toma B. Knowledge and application of APGAR score among residents in a tertiary hospital. *Sahel Med J* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Oct 30]; 18(1):9-13. Available from: <http://www.smjonline.org/text.asp?2015/18/1/9/152152>
- (9) Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer? *Einstein* [periódico na internet]. 2010 [acesso: 31 out. 2017]; 8(1):1026. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf
- (10) Brasil, Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012: aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2012 [acesso: 31 out. 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/reso466_12_12_2012.html
- (11) Snowden JM, Kozhimannil KB, Muoto B, Caughey AB, McConnell JK. A busy day effect on perinatal complications of delivery on weekends: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Nov 05]; 26:e11-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27472947>
- (12) Safa H, Beckmann M. Comparison of maternal and neonatal outcomes from full-dilatation cesarean deliveries using the Fetal Pillow or hand-push method. *Int J Gynaecol Obstet* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Nov 5]; 135(3):281-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27599604>
- (13) Herstad L, Klungsoyr K, Skjærven R, Tanbo T, Forsén L, Åbyholm T et al. Elective cesarean section or not? Maternal age and risk of adverse outcomes at term: a population-based registry study of low-risk primiparous women. *BMC Pregnancy Childbirth* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Nov 2]; 16(230):1-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4988032/>
- (14) Lim KM, Tong PS, Chong YS. A comparative study between the pioneer cohort of waterbirths and conventional vaginal deliveries in an obstetrician-led unit in Singapore. *Taiwan J Obstet Gynecol* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Nov 2]; 55(3):363-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27343316>
- (15) McDonald DAM, Liu E, Tran V, Cabrera A, Aboud S et al. Angiogenic proteins, placental weight and perinatal outcomes among pregnant women in Tanzania. *PLoS One* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Nov 4]; 11(12):e0167716. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0167716>
- (16) Sabol BA, Caughey AB. Acidemia in neonates with a 5-minute Apgar score of 7 or greater — What are the outcomes? *Am J Obstet Gynecol* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Nov 4]; 215(4):486e1-e6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27255470>
- (17) Wernham E, Gurney J, Stanley J, Ellison-Loschmann L, Sarfati D. A Comparison of Midwife-Led and Medical-Led Models of Care and Their Relationship to Adverse Fetal and Neonatal Outcomes: A Retrospective Cohort Study in New Zealand. *PLoS Medicine* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Nov 4]; 13(9):e1002134. Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1002134&type=printable>
- (18) Rowe R, Li Y, Knight M, Brocklehurst P, Hollowell J. Maternal and perinatal outcomes in women planning vaginal birth after caesarean (VBAC) at home in England: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *BJOG* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Nov 6]; 123(7):1123-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26213223>
- (19) Denison FC, Norwood P, Bhattacharya S, Duffy A, Mahmood T, Morris C et al. Association between maternal body mass index during pregnancy, short-term morbidity, and increased health service costs: a population-based study. *BJOG* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Nov 6]; 121(7):72-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24102880>
- (20) Lee HC, Power RJ, Bennett MV, Finer NN, Halamek LP, Nisbet C et al. Implementation Methods for Delivery Room Management: A Quality Improvement

Comparison Study. *Pediatrics* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Nov 6];134(5):e1378-86. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25332503>

(21) O'Dea A, Infanti JJ, Gillespie P, Tummon O, Fanous S, Glynn LG et al. Screening uptake rates and the clinical and cost effectiveness of screening for gestational diabetes mellitus in primary versus secondary care: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Nov 6];15(27):1-9. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-27>

(22) Yangmei L, Townend J, Rowe R, Knight M, Brocklehurst P, Hollowell J. The effect of maternal age and planned place of birth on intrapartum outcomes in healthy women with straightforward pregnancies: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *BMJ* [serial on the Internet]. 2014 [access: 2017 Nov 6];4(1):1-15. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/1/e004026.full.pdf>

(23) Hokkanen L, Launes J, Michelsson K. The Perinatal Adverse events and Special Trends in Cognitive Trajectory (PLASTICITY) — pre-protocol for a prospective longitudinal follow-up cohort study. *F1000Research* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 Nov 6];2(50):1-16. Available from: DOI:10.12688/f1000research.2-50.v1

(24) Kozhimannil KB, Sommerness SA, Rauk P, Gas R, Hirt C, Davis S et al. A Perinatal Care Quality and Safety Initiative: Hospital Costs and Potential Savings. *J Qual Patient Saf* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 Nov 2];39(8):339-48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3761411/>

(25) Hernández B, Ortiz-Panozo E, Pérez-Cuevas R et al. Facility-based care for delivery and management of complications related to pregnancy and childbirth in Mexico. *Salud pública Méx* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2017 Nov 2];54(5):496-505. Available from: <https://www.scielosp.org/article/spm/2012.v54n5/496-505/>

(26) Urquiza MF, Blanco VG. La colaboración cubana en Argelia en el área materno-infantil durante los años 2007-2010. *Medisur* [revista en Internet]. 2012 [acceso: 2 nov. 2017];10(5):340-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500002&lng=es&nrn=iso&tlng=es

(27) Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na internet]. 2013 [acesso: 7 nov. 2017];47(1):15-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a02v47n1.pdf>

(28) Khambalia AZ, Algert CS, Bowen JR, Collie RJ, Roberts CL. Long-term outcomes for large for gestational age infants born at term. *J Paediatr Child Health* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Nov 7];53(9):876-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28868781>

(29) You JY, Choi SJ, Roh CR, Kim JH, Oh SY. Pregnancy and Neonatal Outcomes in Gestational Diabetes

Treated with Regular Insulin or Fast-Acting Insulin Analogues. *Gynecol Obstet Invest J Paediatr Child Health* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Nov 7];81(3):232-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26474335>

(30) Wei Q, Sun Z, Yang Y, Yu H, Ding H, Wang S. Effect of a CGMS and SMBG on Maternal and Neonatal Outcomes in Gestational Diabetes Mellitus: a Randomized Controlled Trial. *Sci Rep* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Nov 7];27(6):19920. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4728693/pdf/srep19920.pdf>

(31) Ni Y, Cheng W. Clinical characteristics of early-onset pre-eclampsia in singleton versus multiple pregnancies. *Int J Gynaecol Obstet* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Nov 7];132(3):325-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26674315>

(32) De Paiva Marques RM, Souza AS, de Lucena Feitosa FE, da Costa AA, Amorim MM. Maternal and perinatal outcomes in women with and without hypertensive syndromes submitted to induction of labor with misoprostol. *Hypertens Pregnancy* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Nov 7];36(1):1-7. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10641955.2016.1197935>

(33) Moura MD, Margotto PR, Rugolo LM. Alterações do fluxo sanguíneo em artéria umbilical na síndrome hipertensiva gestacional e suas implicações nos resultados neonatais. *Rev Bras Ginecol Obstet* [periódico na internet]. 2013 [acesso: 7 nov. 2017];35(2):71-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n2/06.pdf>

(34) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso: 7 nov. 2017]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Alem_sobrevivencia_Praticas_integradas_atencao_parto.pdf

(35) Bharti B, Bharti S. A review of the Apgar score indicated that contextualization was required within the contemporary perinatal and neonatal care framework in different settings. *J Clin Epidemiol* [serial on the Internet]. 2005 [access: 2017 Nov 7];58(2):121-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435604001817>

(36) Josten BE, Johnson TR, Nelson JP. Umbilical cord blood pH and Apgar scores as an index of neonatal health. *Am J Obstet Gynecol* [serial on the Internet]. 1987 [access: 2017 Nov 7];157(4 Pt1):843-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3674157>

(37) Schimidt B, Kirpalani H, Rosenbaum P, Cadman D. Strengths and Limitations of the Apgar Score: A Critical Appraisal. *J Clin Epidemiol* [serial on the Internet]. 1988 [access: 2017 Nov 7];41(9):843-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3183690>

- (38) Manganaro R, Mami C, Gemelli M. The validity of the Apgar scores in the assessment of asphyxia at birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [serial on the Internet]. 1994 [access: 2017 Nov 7];54(2):99-102. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8070606>
- (39) O'Donnell CP, Kamlin CO, Davis PG, Carlin JB, Morley CJ. Interobserver Variability of the 5-Minute Apgar Score. *J Pediatr* [serial on the Internet]. 2006 [access: 2017 Nov 7];194(4):486-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17011319>
- (40) Marlow N. Do we need an Apgar Score? *Arch Dis Child* [serial on the Internet]. 1992 [access: 2017 Nov 7];67(7 Spec No):765-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1590414/pdf/archdischo0888-0007.pdf>
- (41) Li F, Wu T, Lei X, Zhang H, Mao M, Zhang J. The Apgar Score and Infant Mortality. *PLoS One* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2017 Nov 7];8(7):e69072. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23922681>
- (42) American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn; American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. The Apgar Score. *Pediatrics* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Nov 7];136(4):819-24. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/117/4/1444.short>
- (43) Silva CA, Costa RC, Gonzaga IC. Asfixia Perinatal: prevalência e fatores de risco em recém-nascidos a termo. *Rev Interdiscip* [periódico na internet]. 2014 [acesso: 7 nov. 2017];7(1):134-40. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/168/pdf_103
- (44) Takazono PS, Golin MO. Asfixia Perinatal: repercussões neurológicas e Detecção Precoce. *Rev Neurocienc* [periódico na internet]. 2013 [acesso: 7 nov. 2017];21(1):108-17. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2101/revisao2101/761revisao.pdf>
- (45) Bustamante TF, Gonçalves TA, Ferreira G, Moraes AG. Estudo Sobre a Mortalidade em UTI Neonatal de um Hospital Escola no Sul de Minas. *Rev Ciênc Saúde* [periódico na internet]. 2014 [acesso: 7 nov. 2017];4(2):1-11. Disponível em: http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/231/200
- (46) Lansky S, Friche AA, Silva AA, Campos D, Bittencourt SD, Carvalho ML et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2014 [acesso: 7 nov. 2017];30(Sup):S192-S207. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>
- (47) Rüdiger M, Braun, N, Aranda J, Aguar M, Bergert R, Bystricka A et al. Neonatal assessment in the delivery room-Trial to Evaluate a Specified Type of Apgar (TEST-Apgar). *BMC Pediatrics* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Nov 7];8(1):15-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25884954>
- (48) Dalili H, Nili F, Sheikh M, Hardani AK, Shariat M, Nayeri F. Comparison of the Four Proposed Apgar Scoring Systems in the Assessment of Birth Asphyxia and Adverse Early Neurologic Outcomes. *PLOS One* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Nov 7];10(3):e0122116. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4374718/pdf/pone.0122116.pdf>
- (49) Schardosim JM, Rushel LM, Motta GC, Cunha ML. Adaptação transcultural e validação clínica da Neonatal Skin Condition Score para o português do Brasil. *Rev. Latino-Am Enfermagem* [periódico na internet]. 2014 [acesso: 7 nov. 2017];22(5):834-41. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00834.pdf
- (50) Motta GC, Schardosim JM, Cunha ML. Neonatal Infant Pain Scale: Cross-Cultural Adaptation and Validation in Brazil. *J Pain Symptom Manage* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Nov 7];50(3):394-401. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26025270>
- (51) Bueno M, Costa P, Oliveira AA, Cardoso R, Kimura AF. Tradução e Adaptação do Premature Infant Pain Profile para a Língua Portuguesa. *Texto Contexto Enferm* [periódico na internet]. 2013 [acesso: 7 nov. 2017];22(1):29-35. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_04.pdf
- (52) Silva AA, Leite AJ, Lamy ZC, Moreira ME, Gurgel RC, Cunha AJ et al. Morbidade neonatal e near miss na pesquisa Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2014 [acesso: 7 nov. 2017];30(Suplemento):S182-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0182.pdf>
- (53) Silva GA, Rosa KA, Saguier ES, Henning E, Mucha F, Frano SC. Estudo de base populacional sobre a prevalência de near miss neonatal em município do sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [periódico na internet]. 2017 [acesso: 7 nov. 2017];17(1):169-77. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17n1/pt_1519-3829-rbsmi-17-01-0159.pdf
- (54) Lima JC, Mingarelli AM Segri NJ, Zavala AA, Takano AA. Estudo de base populacional sobre mortalidade infantil. *Ciênc Saúde Colet* [periódico na internet]. 2017 [acesso: 7 nov. 2017];23(3):931-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0931.pdf>
- (55) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado — fase 1/Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement — Rio de Janeiro: ANS; 2016 [acesso: 5 nov. 2017]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf
- (56) Boyle EM, Johnson S, Manktelow B, Seaton SE, Draper ES, Smith LK et al. Neonatal outcomes and delivery of care for infants born late preterm or moderately preterm: a prospective population-

based study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Nov 7];100(6):F479-85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25834169>

(57) Cantarutti A, Franchi M, Compagnoni MM, Merlino L, Corrao G. Mother's education and the risk of several neonatal outcomes: an evidence from an Italian population-based study. BMC Pregnancy Childbirth [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Nov 7];17(221):1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5508478/>

(58) Graner S, Svensson T, Beau AB, Damase-Michel C, Engeland A, Furu K et al. Neuraminidase inhibitors during pregnancy and risk of adverse neonatal outcomes and congenital malformations: population based European register study. BMJ [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Nov 7];356(j629):1-8. Available from: <http://www.bmj.com/content/bmj/356/bmj629.full.pdf>

(59) Zenzmair C, Leitner H, Brezinka C, Oberaigner W, König-Bachmann M. Maternal and neonatal outcomes after induction of labor: a population-based study. Arch Gynecol Obstet [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Nov 7];295(5):1175-83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28357560>

(60) Bovjerb ML, Cheyney M, Everson C. Maternal and Newborn Outcomes Following Waterbirth: the midwives Alliance of North America Statistics Project 2004 to 2009 Cohort. J Midwifery Womens Health [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Nov 7];61(1):11-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26789485>

Relación entre la violencia contra la mujer y el Índice de Masa Corporal: revisión integradora

Relação entre violência contra mulheres e Índice de Massa Corporal: revisão integrativa

Relation between violence against women and Body Mass Index: integrative review

• Lucía Caudillo Ortega¹ • Carolina Valdez Montero² • Maria Luisa Flores Arias³ • Jesica Guadalupe Ahumada Cortez⁴ • Mario Enrique Gámez Medina⁵ • Víctor Manuel Ramos Frausto⁶ •

•1• Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor de Tiempo Completo, Departamento de Enfermería y Obstetricia sede Guanajuato, Universidad de Guanajuato, Guanajuato, México.
E-mail: lucia_caudillo@yahoo.com.mx

•2• Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor de Tiempo Completo, Escuela Superior de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, Sinaloa, México.
E-mail: cavamontero@gmail.com

•3• Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor de Tiempo Completo, Departamento de Enfermería y Obstetricia sede Guanajuato, Universidad de Guanajuato, Guanajuato, México.
E-mail: luisanayo@hotmail.com

•4• Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesor de Tiempo Completo, Escuela Superior de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, Sinaloa, México.
E-mail: jesica.ahumada.cortez@gmail.com

•5• Doctor en Ciencias de Enfermería, Profesor de Tiempo Completo, Escuela Superior de Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, Sinaloa, México.
E-mail: megame2010@hotmail.com

•6• Doctor en Salud Pública, Profesor de Tiempo Completo, Departamento de Enfermería y Obstetricia sede León, Universidad de Guanajuato. Guanajuato, México.
E-mail: victor.ramos54@gmail.com

Recibido: 30/06/2017 Aceptado: 27/06/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n2.66009



Resumen

Objetivo: el propósito de esta revisión es conocer la evidencia científica existente de la relación entre la violencia contra la mujer (VCM) y su índice de masa corporal (IMC) (alto y bajo).

Síntesis del contenido: se realizó una revisión integradora de las publicaciones científicas que abordaron y relacionaron la VCM y el IMC en diferentes bases de datos. Se consideraron los siete pasos de Cooper. Se analizaron por título, año de publicación, autores y fuente; finalmente, se estudiaron los aspectos metodológicos. Se identificaron 85 artículos y se excluyeron 67 por no cumplir con los criterios de inclusión; seis de los artículos incluidos en la revisión, reportaron correlación positiva y significativa entre la VCM con el IMC alto (sobrepeso/obesidad). Asimismo, siete de los artículos refieren una relación significativa entre la VCM y el IMC bajo, de tal manera que a mayor violencia contra la mujer, se presenta un IMC más bajo en las mujeres.

Conclusión: los resultados encontrados muestran la existencia escasa de literatura científica que aborde la temática de la VCM y el IMC. Algunos estudios muestran la relación entre la VCM y el IMC alto y bajo. Los resultados no son concluyentes, por lo que se requiere generar líneas de acción y atención a las mujeres receptoras de los diferentes tipos de violencia.

Descriptor: Violencia; Mujer; Índice de Masa Corporal (IMC); Revisión Sistemática (fuente: DeCS Bireme).

Resumo

Objetivo: o objetivo desta revisão é conhecer as evidências científicas existentes sobre a relação entre violência contra mulheres (VCM) e seu índice de massa corporal (IMC) (baixo peso, sobrepeso/obesidade).

Síntese do conteúdo: uma revisão integrativa das publicações científicas que abordam e relacionam a VCM e o IMC em diferentes bases de dados. Os sete passos de Cooper foram considerados. Foram analisados por título, ano de publicação, autores e fonte; finalmente, os aspectos metodológicos foram estudados. Identificaram-se 85 artigos, 67 artigos foram excluídos porque não atendiam aos critérios de inclusão; seis dos artigos incluídos na revisão relataram uma correlação positiva e significativa entre a VCM com o IMC alto (sobrepeso/obesidade). Da mesma forma, sete dos artigos referem-se a uma relação significativa entre VCM e baixo IMC, ou seja, quanto maior a violência, um IMC mais baixo é relatado.

Conclusão: os resultados mostram a existência de literatura científica escassa abordando a questão da VCM e IMC. Alguns estudos mostram a relação entre a violência contra as mulheres e o alto e baixo IMC. Os resultados não são conclusivos, por isso é necessário gerar linhas de ação e atenção às mulheres que recebem os diferentes tipos de violência.

Descriptor: Violência, Mulher, Índice de Massa Corporal, Revisão Sistemática (fonte: DeCS Bireme).

Abstract

Objective: the objective of this review is to know the existing scientific evidence of the relation between violence against women and their body mass index (BMI) (underweight, overweight/obese).

Content synthesis: an integrative review of the scientific publications that approached and related violence against women and BMI in different databases. Cooper's seven steps were considered. They were analyzed by title, year of publication, authors and source; and, finally, by methodological aspects. It was possible to identify 85 articles, —67 articles were excluded because they did not meet the inclusion criteria—. Six of the articles included in the review reported a positive and significant correlation between violence against women with high BMI (overweight/obesity). In other words, the higher the violence, a high BMI is reported. Likewise, seven of the articles referred to a significant relation between violence against women and low BMI, such a way to greater violence against women, a lower women's BMI is found.

Conclusion: the results show the existence of scarce scientific literature that addresses the issue of violence against women and BMI. Some studies expose the relation between violence against women and high and low BMI. The results are inconclusive, so it is necessary to generate lines of action and attention to women who suffer different types of violence.

Descriptors: Violence, Woman, Body Mass Index, Systematic Review (source: DeCS Bireme).

Introducción

La violencia contra la mujer (VCM) se considera un problema de salud pública y una violación a los Derechos Humanos; está presente en todos los países, culturas, clases sociales, razas, etnias, niveles educativos y edades (1,2). Se ha reportado que 1 de cada 5 mujeres ha sido víctima de alguna forma de violencia, como la física, la psicológica y la sexual (3). La VCM es causa seria de muerte y discapacidad en las víctimas que la padecen; asimismo, se asocia con una mayor probabilidad de sufrir algún problema de salud, problemas familiares, depresión y ansiedad, en comparación con las mujeres que no han sufrido violencia (4).

La violencia frecuentemente está acompañada de coerción, celos y extremo control en las actividades que realiza la mujer. También está asociada a un estado de salud deficiente e incremento en los malestares físicos, psicológicos, repercusiones en la salud y respuestas conductuales negativas como la falta de actividad física, la sobrealimentación, el tabaquismo, el consumo de alcohol, entre otros (5-8). Las mujeres víctimas de violencia suelen estar bajo control extremo, por lo que se reduce su participación en las actividades diarias y la socialización, que favorecen el desarrollo del sobrepeso u obesidad por la inactividad física y una dieta poco sana (9,10). En contradicción, otros estudios reportan que la violencia contra la mujer y el control excesivo se asocian con un registro de los alimentos consumidos, la preparación y cantidades consumidas, que puede derivar en desnutrición y anemia (11,12).

Para identificar el estado de nutrición de las personas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza, frecuentemente, para identificar estados como el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se clasifica en bajo peso, menor de 18,5 k; peso normal, entre 18,5 k y 24,9 k; sobrepeso, entre 25 k y 29,9 k; y obesidad igual o mayor a 30 (13). Los autores utilizan este indicador para conocer la relación con la VCM; sin embargo, sus resultados no son concluyentes en la dirección positiva o negativa. En ambas direcciones, la VCM disminuye sus años de vida saludables, incrementa el riesgo de deteriorar el estado nutricional (sobrepeso/obesidad o desnutrición), la salud integral y la calidad de vida (14-17).

La literatura muestra una tendencia a conocer las consecuencias psicológicas, la salud reproductiva y las enfermedades de tipo crónico en las mujeres víctimas de violencia (18-22). No obstante, es necesario reconocer la repercusión de la VCM en la salud física y el estado nutricional, en respuesta conductual disfuncional a la situación, como comer en exceso o un control excesivo de la comida que puede generar malnutrición. Así, puede conocerse el fenómeno de forma más amplia e integral, para desarrollar intervenciones eficaces, basadas en evidencias científicas o programas de salud que incluyan la nutrición en la prevención y rehabilitación de las mujeres que sufren algún tipo de violencia. El propósito de esta revisión es conocer la evidencia científica existente de la relación entre la violencia contra la mujer y su índice de masa corporal (bajo peso, sobrepeso/obesidad).

Método

Se realizó una revisión integradora de literatura de las publicaciones científicas que abordaron y relacionaron la VCM y el IMC. Se consideraron los siete pasos de Cooper (23) para la realización de esta revisión: 1) formulación del problema, para lo cual se estableció la pregunta de investigación, ¿cómo influye la violencia contra la mujer en el índice masa muscular?; 2) búsqueda de la literatura, realizada de acuerdo a los criterios de selección definidos; 3) recabar información de los estudios, para lo cual se seleccionaron los considerados de interés para el propósito planteado; 4) evaluación de la calidad de los estudios; 5) análisis e interpretación de los resultados de los estudios; 6) interpretación de la evidencia; y 7) presentación de resultados.

La búsqueda de la literatura se realizó en diferentes bases de datos; las consultadas fueron Academic Onefile, Academic Search Complete, Annual Reviews, CINAHL, Dialnet, DYNAMED, Evidence Based Medicina Reviews Collection, Global Issues in Context, Medic Latina, Medline with Full Text, PsycArticles, ScienceDirect-Freedom Collection y Springer. Además, se extendió la búsqueda a varios *Open Access*, como el de Ovid SP, el de la Universidad Autónoma de Nuevo León y Directory of Open Access Journal. Se consideraron estas bases de datos por su calidad y su amplitud para indexar artículos que abordan la temática de estudio. Se consideraron los artículos publicados desde 1999 hasta el 2017. La investigación de la VCM tuvo su auge a partir de 1999, con la publicación del modelo ecológico de la VCM, para la expli-

cación de las consecuencias de esta en la salud de las víctimas (24).

Se obtuvieron y utilizaron las palabras clave obtenidas del Medical Subject Headings (MeSH) y Descriptores en Ciencias de Salud (DeCS) para la búsqueda. Los resultados fueron: *battered women, abused women, domestic violence, intimate partner violence, intimate partner abused y violence against women*; en combinación con las palabras *body mass index, health consequences, health behavior y health effects*. También se emplearon las palabras en español: mujer maltratada, mujer abusada, violencia doméstica, violencia del compañero íntimo, abuso del compañero íntimo, en combinación con las palabras índice de masa corporal, consecuencias en la salud, conductas en la salud y efectos en la salud.

Se emplearon los operadores boléanos para la búsqueda, además de los signos * en la palabra *wom*n* para ampliar el término. Las ecuaciones de búsqueda fueron: *battered wom*n OR abused wom*n AND body mass index; intimate partner violence OR intimate partner abused AND body mass index; violence against wom*n AND body mass index; battered wom*n OR abused wom*n AND health consequences OR health effects; intimate partner violence OR intimate partner abused AND health consequences OR health effects; violence against wom*n AND health consequences OR health effects; battered wom*n OR abused wom*n AND health behavior; intimate partner violence OR intimate partner abused AND health behavior; violence against wom*n AND health behavior*.

Las bases de datos consultadas permitieron la identificación del título, autores, año de publicación, fuente del artículo primario y el resumen. Los criterios de inclusión considerados fueron que los artículos tuvieran las variables de estudio IMC, como consecuencia de la VCM, en cualquiera de sus formas física, psicológica y sexual, o que involucrara los tres tipos. Los criterios de exclusión fueron los artículos que consideraron violencia contra la mujer embarazada, que solo describieran los porcentajes del IMC, que no reportaron correlaciones y los que manejaran violencia en niños o menores de 14 años.

Plan de búsqueda

La información se obtuvo mediante el siguiente plan de búsqueda:

a) Se obtuvieron los aspectos generales de los artículos primarios título, año de publicación, autores y fuente. Se excluyeron los artículos que no reunían los criterios de inclusión.

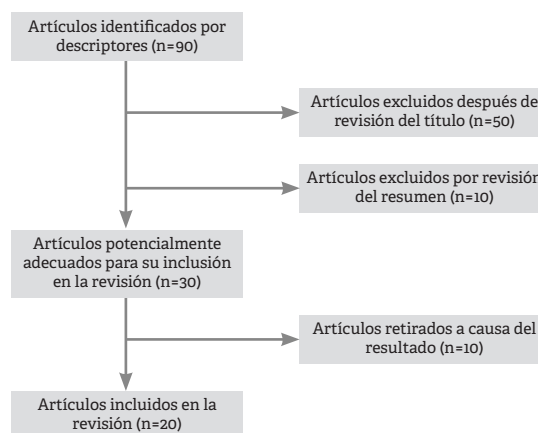
b) En los artículos primarios restantes se analizó el resumen y se excluyeron aquellos que no cumplieran con los criterios de inclusión previstos *a priori*, así como los repetidos.

c) En la tercera revisión se analizaron los aspectos metodológicos de los estudios: variables, definiciones conceptuales, tipo de estudio (empírico o teórico), tipo de metodología aplicada (cuantitativa, cualitativa o ambas), tipo de diseño de los estudios (descriptivo, correlacional, casos y controles etc.), objetivo, hipótesis o propósito del estudio, la población de estudio, selección de los participantes (aleatoria o por conveniencia), instrumentos de medición empleados (confiables y válidos), procedimientos (sistematización, proceso homogéneo), limitaciones durante los procedimientos, congruencia entre los estadísticos y los objetivos o hipótesis planteados.

Resultados

Se identificaron 90 artículos primarios en las bases de datos y *Open Access* consultados, relacionados con las variables de estudio; se excluyeron 70 (77,8 %) artículos por no cumplir los criterios de inclusión (Tabla 1), el total de artículos en esta revisión fue de 20 artículos primarios (22,2 %) para el reporte final (Figura 1) (11,12,25-42).

Figura 1. Revisión integradora



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la revisión.

Tabla 1. Resultados de la búsqueda de artículos publicados sobre VCM e IMC

Artículos identificados	No.	%
Incluidos en el análisis	20	22,2
Excluidos del análisis	70	77,8
Causas de exclusión		
Estudios sobre violencia en embarazadas	12	23,8
Estudios sobre VCM y consecuencias psicológicas o mentales	9	23,8
Investigaciones de VCM y consecuencias (no incluían IMC)	12	14,7
Investigaciones de VCM revisiones teóricas	7	9,3
Estudios descriptivos de VCM	5	6,7
Estudios de intervención en mujeres violentadas	2	0,23
Estudios de mujeres con discapacidades	3	0,35
Estudios cualitativos (no incluían IMC en su descripción)	5	4,06
Estudios en los sistemas de salud de la VCM	2	2,51
Estudios de abuso sexual en la infancia y sus consecuencias	9	11,4
Estudios de violencia en menores de 14 años	4	1,6
TOTAL	90	100

Fuente: datos del estudio

Características generales de los estudios seleccionados

Los 20 artículos incluidos en la revisión fueron obtenidos de revistas científicas indexadas y con factor de impacto de 0,9 a 4,3. En la Tabla 2 se presentan las características generales de los estudios seleccionados para el análisis. Se encontró que todos usaron metodología cuantitativa, diseño de estudio correlacional y 15 (75 %) fueron descriptivos, lo que muestra que su nivel de evidencia es de III; este tipo de diseño de estudio permitió conocer si existía relación significativa positiva o negativa entre las variables de estudio. Asimismo, se observó que una gran parte fueron realizados en países no latinoamericanos, como Estados Unidos (50 %), la India (25 %) o África (15 %).

Se detectó que la mayor proporción de estudios no emplearon algún método de aleatorización en la selección o asignación de los participantes o no fue especificado; solo 7 de los estudios reportan muestreo aleatorio. Respecto a las fechas de publicación, 7 (35 %) artículos fueron publicados en el periodo 1999-2010 y el resto del 2011 al 2017 (65 %).

Tabla 2. Características de los estudios

#	Autor y año	N	Muestreo	Lugar	Diseño	Edades
1	Mason et al., 2017 (39)	619	Aleatorio	EE. UU.	Descriptivo correlacional	15-25
2	Bosch et al., 2017 (40)	3110	No probabilístico	EE. UU.	Descriptivo correlacional	18-54
3	Kim et al., 2017 (41)	16	No probabilístico	Corea del Sur	Descriptivo correlacional	30-56
4	Silva et al., 2015 (33)	2407	Aleatorio	Nigeria	Descriptivo correlacional	20-55
5	Santaularia et al., 2014 (34)	8160	Aleatorio	EE. UU.	Descriptivo correlacional	18 a más de 65
6	Rahman et al., 2013 (35)	3861	No probabilístico	Bangladesh	Predictivo, correlacional	15-49
7	Aswar et al., 2013 (36)	265	No probabilístico	India	Descriptivo, correlacional	15-49
8	Tejashri et al., 2013 (37)	105	No probabilístico	Mumbai	Descriptivo, correlacional y epidemiológico	18-45
9	Humphreys et al., 2012 (27)	112	No probabilístico	EE. UU.	Correlacional exploratorio	18-54
10	Mathew et al., 2012 (32)	1452	No probabilístico	EE. UU.	Descriptivo, correlacional	18-68
11	Zacarias et al., 2012 (25)	1442	No probabilístico	Mozambique	Descriptivo, correlacional y longitudinal	15-49
12	Youth, Li, 2011 (38)	5015	No probabilístico	Egipto	Descriptivo, correlacional	15-49
13	Mburia-Mwalili et al., 2010 (29)	472	No probabilístico	EE. UU.	Descriptivo, correlacional y comparativo	18-55
14	Baker et al., 2009 (26)	68 132	No probabilístico	EE. UU.	Observacional, correlacional y exploratorio	50-79
15	Chowdhary, Patel 2008 (12)	3,000	Aleatorio	India	Descriptivo, correlacional	18-50
16	Huang, 2011 (42)	14,552	No probabilístico	India	Descriptivo, correlacional	15-49
17	Ackerson, Subramanian, 2008 (11)	69072	No probabilístico	India	Descriptivo, correlacional	15-49
18	Bonomi et al., 2007 (30)	2,876	Aleatorio	EE. UU.	Descriptivo, correlacionalComparativo	18-64
19	Woods et al., 2005 (31)	101	Aleatorio	EE. UU.	Descriptivo, correlacionalComparativo	18-60
20	Wiederman et al., 1999 (28)	150	No probabilístico	EE. UU.	Descriptivo, correlacionalComparativo	18-49

Fuente: elaboración propia

Con respecto a la población, 1 estudio refirió una población de 16 mujeres en su muestra; 5 (25 %) de los estudios presentaron muestras menores a 300 participantes; 14 de los estudios reportaron muestras grandes de hasta 68.132 participantes. La edad de las participantes que se reportan en los estudios fue de 15 a 79 años. Asimismo, la estadística empleada para el análisis de los datos se basó en pruebas de correlación (Pearson o Spearman) o modelos de regresión lineal múltiple y modelos de regresión logística.

La literatura muestra que la violencia puede tener efecto en el estado nutricional de las mujeres víctimas en dos direcciones, hacia un IMC alto o un IMC bajo. De los 20 artículos seleccionados, solo 13 refieren relación significativa.

Relación entre la vcm y el imc alto

De los artículos seleccionados, 6 (30%) mostraron una relación positiva y significativa entre la violencia y el IMC alto (Tabla 3). Sin embargo, los estudios abordan diferentes tipos de violencia. Los 6 reportan que la violencia física se relaciona con el IMC alto, es decir que a mayor violencia el IMC de las mujeres víctimas será alto. La relación entre la violencia psicológica e IMC alto se encontró en 4 artículos. Esto es significativo, porque la violencia psicológica es la más reportada por las mujeres violentadas, que influye en la víctima por el desarrollo de un arraigado sentimiento de desvalorización que destruye la autoestima y genera un estado de indefensión de sí misma y, además, se asocia a problemas de depresión y hábitos poco saludables, como comer en exceso (42).

Tabla 3. Relación entre vcm e imc alto

#	Autores y año	Tipo de violencia		
		Física	Psicológica	Sexual
1	Ackerson, Subramanian 2008 (11)	*	*	*
2	Chowdhary, Patel 2008 (12)	**	**	
3	Baker et al., 2009 (26)	**	**	**
4	Aswar et al., 2013 (36)	**	**	
5	Rahman et al., 2013 (35)	**		**
6	Bosch et al., 2017 (40)	**		**

Nota: **p=0,01; *p=0,05

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la violencia sexual, cuatro estudios reportaron relación significativa con el IMC alto, esta es la menos reportada por las mujeres. No obstante, sus efectos son devastadores: pueden generar consecuencias conductuales, sociales y de

salud mental, como en la salud sexual y reproductiva, embarazos no deseados, abortos inseguros y un riesgo mayor de contraer infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida, durante el coito vaginal (43). Con respecto a la violencia física, generalmente va acompañada de otros tipos de violencia (psicológica y sexual); es la más frecuente, dado que culturalmente se mantiene la ideología del machismo que proclama la superioridad del hombre sobre la mujer. En relación con el IMC alto, la mayoría de los estudios la violencia física es la de más riesgo para desarrollar problemas de salud mental como depresión y ansiedad en respuesta de afrontamiento (26), que se pueden manifestar en conductas no saludables, entre las que se encuentran la inactividad física y el comer en exceso (14,36).

Relación entre la vcm y el imc bajo

Referente a este ítem, siete de los artículos revisados reportaron relación significativa y positiva con el IMC de la mujer víctima de violencia; es decir que a mayor vcm, tiene mayor probabilidad de presentar un IMC bajo (Tabla 4). Esto sugiere control absoluto de los recursos económicos de la víctima y las decisiones de la familia, como la preparación de los alimentos; también existe un bloqueo social de la víctima, aislamiento de sus relaciones interpersonales y anulamiento emocional que evita que las mujeres intervengan en detener la situación (44).

Tabla 4. Relación entre violencia contra la mujer e imc bajo

#	Autores y año	Tipo de violencia		
		Física	Psicológica	Sexual
1	Santaularia et al., 2014 (34)			*
2	Bonomi et al., 2007 (30)	*(-)	*(-)	*(-)
3	Mburia-Mwalili et al., 2010 (29)	*	*	*
4	Humphreys et al., 2012 (27)	*	*	*
5	Youth, Li, 2011 (38)	**	**	**
6	Zacarias et al., 2012 (25)	*		
7	Wiederman et al., 1999 (28)			*

Nota: (-), relación negativa; **p= 0,01; * p=0,05

Fuente: elaboración propia.

Algunos estudios encontraron correlación entre el IMC bajo con la violencia física, psicológica y la violencia sexual (29,30,34). La violencia física generalmente va acompañada de la psicológica, que produce dominación y aislamiento en la mujer, así como un control excesivo en las compras, la preparación de alimentos y las raciones consu-

midas (37). En los estudios que mostraron correlación positiva de la violencia sexual con el IMC bajo, se reportaron también consecuencias psicológicas como depresión, ansiedad y el síndrome de estrés postraumático (34).

La violencia sexual fue la que tuvo mayor reporte en relación con el IMC bajo (6 estudios), seguida de la física (5 estudios) y la psicológica (4 estudios). En este sentido, la violencia sexual puede producir efectos devastadores como depresión y estrés; en ocasiones, la presión social puede generar desórdenes alimenticios como bulimia o anorexia, reflejados en el IMC bajo.

Discusión

El objetivo de esta revisión fue sintetizar la evidencia disponible de la relación entre la VCM y el IMC. Se encontró un nulo número de investigaciones publicadas en revistas arbitradas de países latinoamericanos; el mayor porcentaje provenía de Estados Unidos. A pesar de que este es un problema de salud pública a nivel mundial, no se le ha dado énfasis a esta problemática en América Latina, o puede sugerir que están subregistrados los casos principalmente de violencia psicológica y sexual.

Con respecto a las muestras de los estudios, estas variaron en amplios rangos, dado que se reportan desde 16 participantes (41) hasta más de 50 mil (25), haciendo referencia a la heterogeneidad de los estudios y las muestras, lo que no es un referente para el desarrollo de un programa de salud. También se pudieron apreciar diferencias en las edades de las participantes; los estudios consideraron a mujeres de un rango de edad muy amplio, desde los 15 hasta los 79 años. Estas diferencias en las edades de los participantes pudieron influir en los resultados, debido a que en la etapa de adolescencia e inicio de la edad adulta se presentan mayores cambios en relación con el autoconcepto, la autoestima, la toma de decisiones y la probabilidad de buscar ayuda legal o de salud (45). Asimismo, las mujeres casadas o que cohabitan con sus parejas pueden considerar la violencia como una actividad normal de la dinámica de pareja y esto evita hacer una denuncia o buscar ayuda con el personal de salud.

En relación con el tipo de muestreo de los estudios revisados, se encontró que 7 estudios (35 %) utilizaron muestreo aleatorio (1,12,28-30,33,38). En el resto de los casos se usó muestreo por conveniencia no probabilístico; esto disminuye la rigurosidad

y la calidad del estudio, pero también muestra la dificultad de localizar mujeres que asuman ser víctimas de violencia ante la sociedad. Las encuestas se hicieron por teléfono o correo electrónico, manteniendo el anonimato de las participantes.

Con respecto a la relación de la VCM y el IMC alto, los resultados de las investigaciones reportan que la violencia física, psicológica y sexual se relaciona con el IMC alto; esto puede atribuirse a conductas no saludables (comer en exceso), como mecanismo de afrontamiento a la violencia, que conlleva a una dependencia emocional y psicológica total, justificando las agresiones y permaneciendo con el agresor (42,46-50). Estos estados de dependencia pueden generar relaciones prolongadas que, además, siguen el ciclo de la violencia (tensión, golpe y luna de miel) que se asocia con los golpes o agresiones físicas, acompañadas de violencia psicológica (agresiones verbales o aislamiento).

En este sentido, se observa que la violencia física es la de mayor prevalencia en el caso del IMC alto, generando respuestas negativas a la salud que incrementan la ganancia de peso como la inactividad física, el comer en exceso o comer comida no saludable, fumar o consumir alcohol. Esto es congruente con lo que refiere el modelo ecológico de la violencia basada en género (51-53); sin embargo, puede culminar en homicidio o feminicidio.

En cuanto a la relación entre la VCM y el IMC bajo, la violencia sexual prevaleció en los estudios; esta abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física. La violencia sexual tiene efectos devastadores en sus víctimas; no obstante, es poco denunciada ante las autoridades por diversas situaciones. Las consecuencias de este tipo de violencia son problemas de sueño y de alimentación, depresión, terrores nocturnos, miedo a tener relaciones sexuales, entre otros (54-56); dando como resultado una disminución en la ingesta o el tipo de alimentos o problemas de alimentación como bulimia o anorexia nerviosa (57).

Sin embargo, el IMC clasificado como bajo en mujeres violentadas también podría ser explicado por el hecho de que los agresores a menudo usan los diferentes tipos de violencia para controlar la conducta de los miembros de su familia, entre ellas la comida y su preparación, o la inhabilidad de la mujer para tomar decisiones, incluyendo la elección de los tipos y cantidades de comida que

prepara para ella y el resto de la familia (58,59). Esta circunstancia es perpetuada por la idea de la masculinidad vinculada con el honor y la agresión; por el cumplimiento de los múltiples roles que desempeñan las mujeres impuestos por la sociedad; por la aceptación de la violencia como una forma de resolución de conflictos (60-62); y por nociones culturales en las que el hombre es visto como el proveedor de los bienes y quien tiene el rol de la toma de decisiones referentes en el hogar, sin que la mujer tenga voz, lo que perpetúa la desigualdad en las relaciones de pareja.

Es preciso señalar que la presente revisión es un intento sistematizado para reunir la mayor evidencia que refleje el estado de la investigación y los posibles vacíos de conocimientos en el estudio de la VCM y el IMC en las mujeres, fenómeno que afecta seriamente la salud de este grupo poblacional y que implica un alto costo social por sus consecuencias; de modo que representa una prioridad de acción para los profesionales sanitarios. La evidencia presentada puede ser de utilidad para investigadores y personal de salud enfocados en individuos con problemas de salud mental y salud de la mujer.

El personal de enfermería, actor importante en el primer nivel de atención para la salud, podría ser una pieza clave en la detección de problemas asociados a la violencia, principalmente en lugares donde ha sido normalizada a nivel cultural y donde no se considera un problema. Por otra parte, la escasa producción científica sobre este tema, principalmente en Latinoamérica, puede no ser suficiente para representar la realidad; es decir, que el fenómeno se puede encontrar parcialmente explicado y, por ende, los programas de salud no incluyen aspectos relevantes. Asimismo, el empleo de diseños poco rigurosos, como los estudios descriptivos, muestreos no aleatorios o muestras pequeñas, continúa siendo una limitante para ampliar y profundizar en el estudio de esta temática.

Conclusiones

La investigación del fenómeno de la VCM y su repercusión en el IMC, aunque es un problema de salud pública a nivel mundial y que se ha estudiado desde la década de 1990, se encuentra en desarrollo. Además, entre los estudios seleccionados se apreció una diversidad de resultados que no permite concluir la relación entre las variables.

Por otra parte, también se identificaron vacíos que posiblemente no permitan la unificación de los resultados como la falta de rigor metodológico, el tamaño de la muestra y el uso de diseños de estudios que impidan avanzar en el conocimiento del fenómeno; es decir, de acuerdo al tiempo y la importancia de la violencia contra la mujer, se deberían emplear diseños de tipo predictivo o comprobación de modelos que muestren causalidad.

Finalmente, para futuras investigaciones se sugiere profundizar en el fenómeno en países de Latinoamérica, Centroamérica o de habla hispana, donde la literatura es nula o escasa referente al IMC y la violencia, para así apreciar la magnitud y el alcance en estas zonas, donde los índices de violencia se reportan como altos y las consecuencias físicas y mentales deben de ser de magnitud proporcional. Los hallazgos encontrados en la presente revisión sistemática contribuyen a ampliar el cuerpo de conocimientos de enfermería y se sugiere el desarrollo de teorías de situación específica que hagan predicción del fenómeno.

Referencias

- (1) Organización de Naciones Unidas (ONU) [sitio web]. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General. 1993; 48/104. [acceso: 16 may 2016]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
- (2) Organización Panamericana de la Salud (OPS) [internet]. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Consecuencias para la salud. 2013 [acceso: 04 abr 2016] Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9265%3A2014-comprender-abordar-violencia-contra-mujeres&catid=3425%3Aviolence-publications&Itemid=0&lang=es
- (3) Organización Mundial de la Salud (OMS) [sitio web]. Violencia contra la mujer. Ginebra (Suiza): OMS; 2016 [acceso: 03 mar 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- (4) Al Dosary AH. Health Impact of Domestic Violence against Saudi Women: Cross Sectional Study. *Int J Health Sci* [serial on the internet]. 2016 [access: 19 Feb 2016]; 10(2):165-73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4825889/>
- (5) Ellsberg M, Emmelin M. Intimate Partner Violence and Mental Health. *Glob Health Action* [serial on the internet]. 2014 [access: 04 Jan 2016]; (7):10. Available from: DOI: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.25658>

- (6) Khan AR. Consequences of Domestic Violence against Women: Some Reflections from Rural Bangladesh. *Asian Soc Work Pol Rev* [serial on the internet]. 2015 [access: 12 Mar 2016]; 9(3):210-23. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1111/aswp.12059>
- (7) Organización Mundial de la Salud (OMS) [sitio web]. Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva. 2016 [acceso: 03 may 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- (8) McEwen BS, Gray JD, Nasca C. 60 Years of Neuroendocrinology. *Redefining neuroendocrinology: stress, sex and cognitive and emotional regulation. J Endocrinol* [serial on the internet]. 2015 [access: 03 Feb 2016]; 226(2):67-83. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1530/JOE-15-0121>
- (9) Ellsberg MC. Violence against women: A global public health crisis. *Scand J Public Health* [serial on the internet]. 2006 [access: 21 Jan 2016]; 34(1):1-4. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1080/14034940500494941>
- (10) Ferreira M, Moraes C, Reichenheim ME, Verly JE, Marques E, Salles-Costa R. Effect of physical intimate partner violence on body mass index in low-income adult women. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2015 [access: 16 Apr 2016]; 31(1):161-72. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00192113>
- (11) Ackerson LK, Subramanian SV. Domestic violence and chronic malnutrition among women and children. *Am J Epidemiol* [serial on the internet]. 2008 [access: 11 Feb 2016]; 167(10):1188-96. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1093/aje/kwn049>
- (12) Chowdhary N, Patel V. The effect of spousal violence on women's health: Findings from the Stree Arogya Shodh in Goa, India. *J Postgrad Med* [serial on the internet]. 2008 [access: 08 Jan 2016]; 54(4):306-12. Available from: <http://www.jpgmonline.com/text.asp?2008/54/4/306/43514>
- (13) World Health Organization (WHO) (sitio web). Global Database on Body Mass Index. 2018 [access: 17 jul 2018]. Available from: http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html&
- (14) Flanagan J, Jaquier V, Overstreet N, Swan S, Sullivan T. The mediating role of avoidance coping between intimate partner violence (IPV) victimization, mental health, and substance abuse among women experiencing bidirectional IPV. *Psychiatry Res* [serial on the internet]. 2014 [access: 04 Jan 2016]; 220(1-2):1. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.065i>
- (15) Plichta SB, Abraham C. Violence and gynecologic health in women 50 years old. *Am J Obstet Gynecol* [serial on the internet]. 1996 [access: 04 Jan 2016]; 174(3):903-7. Available from: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(96\)70323-X](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(96)70323-X)
- (16) Calvo González G, Camacho Bejarano R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enferm Glob* [revista en internet]. 2014 [acceso: 19 feb 2016]; 13(33):424-39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-6142014000100022&lng=es
- (17) Singh V, Petersen K, Singh SR. Intimate partner violence victimization: Identification and response in primary care. *Prim Care* [serial on the internet]. 2014 [access: 24 mar 2016]; 41(2):261-81. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2014.02.005>
- (18) Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* [serial on the internet]. 2002 [access: 06 Jan 2016]; 359(9314):1331-6. Available from: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
- (19) Du Mont J, Forte T. Intimate partner violence among women with mental health-related activity limitations: a Canadian population based study. *Bmc Public Health* [serial on the internet]. 2014 [access: 21 Feb 2016]; 14:51. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-51>
- (20) Macy RJ, Ferron J, Crosby C. Partner violence and survivors' chronic health problems: Informing social work practice. *Soc Work* [serial on the internet]. 2009 [access: 12 Jan 2016]; 54(1):29-43. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1093/sw/54.1.29>
- (21) Kamimura A, Ganta V, Myers K, Thomas T. Intimate partner violence and physical and mental health among women utilizing community health services in Gujarat, India. *Bmc Women's Health* [serial on the internet]. 2014 [access: 10 Mar 2016]; 14:127. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1186/1472-6874-14-127>
- (22) Adrienne E, Adams AE, Bybee D, Tolman RM, Cris M. Does job stability mediate the relationship between intimate partner violence and mental health among low-income women? *Am J Orthopsychiatry* [serial on the internet]. 2013 [access: 20 Feb 2016]; 83:600-8. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1111/ajop.12053>
- (23) Cooper H. *Research synthesis and meta-analysis a step by step approach. Applied social research methods series. 4a ed.* Thousand, Oaks: Sage Publications, Inc.; 2010.
- (24) Heise L. Violence against women: the hidden health burden. *World Health Stat Q* [serial on the internet]. 1993 [access: 04 Jan 2015]; 46:78-85. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/48688/WHSQ_1993_46_No1_p78-85_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (25) Zacarias AE, Macassa G, Soares J, Svanstrom L, Antai D. Symptoms of depression, anxiety, and somatization in female victims and perpetrators of intimate partner violence in Maputo City, Mozambique. *Int J Womens Health* [serial on the internet]. 2012 [access: 06 Feb 2016]; 2012(4):491-503. Available from: DOI: <http://doi.org/10.2147/IJWH.S29427>
- (26) Baker MW, Lacroix AZ, Wu C, Cochrane BB, Wallace R, Woods NF. Mortality risk associated with physical and verbal abuse in women aged 50 to 79. *J Am Geriatr Soc* [serial on the internet]. 2009 [access: 22 Mar 2016]; 57(10):1799-809. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02429.x>
- (27) Humphreys J, Epel E, Cooper B, Lin J, Blackburn E, Lee K. Telomere shortening in formerly abused and never abused women. *Biol Res Nurs* [serial on the internet]. 2012 [access: 19 Feb 2016]; 14(2):115-23. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1177/1099800411398479>

- (28) Wiederman M, Sansone R, Sansone L. Obesity among sexually abused women: An adaptative function for some? *Women Health* [serial on the internet]. 1999 [access: 21 Mar 2016]; 29(1):89-98. Available from: DOI: http://doi.org/10.1300/J013v29n01_07
- (29) Mburia-Mwalili A, Clements-Nole K, Shadley M, Yang W. Intimate partner violence and depression in a population – Based sample of women: Can social support help? *J Interpers Viol* [serial on the internet]. 2010 [access: 03 May 2016]; 25(12):2258-78. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1177/0886260509354879>
- (30) Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. *J Womens Health* [serial on the internet]. 2007 [access: 13 Mar 2016]; 16(7):987-97. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1089/jwh.2006.0239>
- (31) Woods A, Page G, O'Campo P, Pugh L, Ford D, Campbell J. The mediation effect of posttraumatic stress disorder symptoms on the relationship of intimate partner violence and IFN – Levels. *Am J Community Psych* [serial on the internet]. 2005 [access: 10 Apr 2016]; 36:159-75. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1007/s10464-005-6240-7>
- (32) Mathew A, Marsh B, Smith L, Houry D. Association between intimate partner violence and health behaviors of female emergency department patients. *West J Emerg Med* [serial on the internet]. 2012 [access: 11 May 2016]; 13(3):278-82. Available from: DOI: <http://doi.org/10.5811/westjem.2012.3.11747>
- (33) Silva AA, Olowookere OO, Owoaje E, Adebusoye LA. Health-related factors associated with intimate partner violence in women attending a primary care clinic in south-western Nigeria. *S Afr Med J* [serial on the internet]. 2015 [access: 11 abr 2016]; 57(2):69-76. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1080/20786190.2014.976994>
- (34) Santaularia J, Johnson M, Hart L, Haskett L, Welsh E, Faseru B. Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study. *Bmc Public Health* [serial on the internet]. 2014 [access: 12 Feb 2016]; 14:1286. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1286>
- (35) Rahman M, Nakamura K, Seino K, Kizuki M. Intimate partner violence and chronic undernutrition among married Bangladeshi women of reproductive age: are the poor uniquely disadvantaged. *Eur J Clin Nutr* [serial on the internet]. 2013 [access: 09 Apr 2016]; 67(3):301-7. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1038/ejcn.2012.202>
- (36) Aswar NR, Kale K, Inamdard IF, Sonali B, Doibale MK. Domestic violence against married women in reproductive age group: A community based study. *J Dental Med Sci* [serial on the internet]. 2013 [access: 13 May 2016]; 11(2):17-23. Available from: <http://www.iosrjournals.org/iosr-jdms/papers/Vol11-issue2/Doi1121723.pdf?id=8173>
- (37) Tejashri D, Kazi KY, Chavan G, Aras R. Study to assess determinants of domestic violence among women in Urban Slum of Mumbai. *J Dental Med Sci* [serial on the internet]. 2013 [access: 14 Mar 2016]; 8(4):18-22. Available from: <http://www.iosrjournals.org/iosr-jdms/papers/Vol8-issue4/E0841822.pdf>
- (38) Youth KM, Li L. Domestic violence and obesity in egyptian women. *J Biosoc Sci* [revista en internet]. 2011 [access: 05 May 2016]; 43(1):85-99. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1017/S0021932010000441>
- (39) Mason SM, Ayour N, Canney S, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Intimate Partner Violence and 5-Year Weight Change in Young Women: A Longitudinal Study. *J Womens Health* [serial on the internet]. 2017 [access: 03 Jan 2018]; 26(6):677-82. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1089/jwh.2016.5909>
- (40) Bosch J, Weaver TL, Arnold LD, Clark E. The Impact of Intimate Partner Violence on Women's Physical Health: Findings From the Missouri Behavioral Risk Factor Surveillance System Show Less. *J Interpers Violence* [serial on the internet]. 2017 [access: 01 Feb 2018]; 32(22):3402-19. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1177/0886260515599162>
- (41) Kim JK, Lee JH, Song HJ, Kim DG, Yim Y. Relationships between Psychosocial Difficulties and Oxidative Stress Biomarkers in Women Subject to Intimate Partner Violence. *Health Soc Work* [serial on the internet]. 2017 [access: 02 Feb 2018]; 42(1):41-7. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1093/hsw/hlw053>
- (42) Huang HY, Yang W. Intimate partner violence, depression and overweight/obesity. *Aggress Viol Behav* [serial on the internet]. 2011 [access: 22 May 2016]; 16(2):108-14. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2010.12.005>
- (43) Levenson JS, D'Amora DA. Social policies designed to prevent sexual violence. *Crim Just Pol Rev* [serial on the internet]. 2007 [access: 2018 Jun 23]; 18(2):168-99. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1177/0887403406295309>
- (44) Blázquez M, Moreno JM, García ME. Revisión teórica del maltrato psicológico en la violencia conyugal. *Psicol Salud* [revista en internet]. 2010 [acceso: 23 jun 2018]; 20(1):65-75. Disponible en: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-1/20-1/macarena-blazquez-alonso.pdf>
- (45) Monreal MC, Povedano A, Martínez B. Modelo ecológico de los factores asociados a la violencia de género en parejas adolescentes. *JETT* [revista en internet]. 2014 [acceso: 14 may 2016]; 5(3):105-14. Disponible en: <http://www.jett.labosfor.com/index.php/jett/article/download/151/142>
- (46) Han A, Stewart DE. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet* [serial on the internet]. 2014 [access: 14 Apr 2016]; 124(1):6-11. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.06.037>

- (47) Onoye JM, Shafer LA, Goebert DA, Morland LA, Matsui CR, Hamagami F. Changes in PTSD symptomatology and mental health during pregnancy and postpartum. *Arch Womens Ment Health* [serial on the internet]. 2013 [access: 09 May 2016]; 16(6):453-63. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1007/s00737-013-0365-8>
- (48) Huth-Bocks AC, Krause K, Ahlfs-Dunn S, Gallagher E, Scott S. Relational trauma and posttraumatic stress symptoms among pregnant women. *Psychodyn Psychiatr* [serial on the internet]. 2013 [access: 19 Apr 2016]; 41(2):277-301. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1521/pdps.2013.41.2.277>
- (49) Almeida CP, Cunha FF, Pires EP, Sá E. Common mental disorders in pregnancy in the context of interpartner violence. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [serial on the internet]. 2013 [access: 17 May 2016]; 20(5):419-25. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01937.x>
- (50) Deza S. ¿Por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia? *Av Psicol* [revista en internet]. 2012 [acceso: 06 may 2016]; 20(1):45-55. Disponible en: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/avances2012/sabinadeza.pdf>
- (51) Heise L. Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Viol Against Women* [serial on the internet]. 1998 [access: 19 Feb 2016]; 4(3):262-90. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1177/1077801298004003002>
- (52) Padilla E, Ruiz J, Rodríguez AR. Asociación depresión-obesidad. *Salud Publ Méx* [revista en internet]. 2017 [acceso: 21 may 2016]; 51(4):275-6. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0036-36342009000400001>
- (53) Viejo C, Monks CP, Sánchez V, Ortega-Ruiz R. Physical dating violence in Spain and the United Kingdom and the Importance of relationship quality. *J Interpers Violence* [serial on the internet]. 2015 [access: 02 Jun 2016]; 31(8):1453-75. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1177/0886260514567963>
- (54) Villegas M, Sánchez N. Dependencia emocional en un grupo de mujeres denunciadoras de maltrato de pareja. *Rev Text Sentidos* [revista en internet]. 2013 [acceso: 04 abr 2016]; (7):10-29. Disponible en: <http://biblioteca.ucp.edu.co/OJS/index.php/textosy sentidos/article/view/807/767>
- (55) Watkins L, Jaffe A, Hoffman L, Gratz K, Messman-Moore T, DiLillo D. The longitudinal impact of intimate partner aggression and relationship status on women's physical health and depression symptoms. *J Fam Psychol* [serial on the internet]. 2014 [access: 23 Oct 2016]; 28(5):655-65. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1037/fam000018>
- (56) Buesa S, Calvete E. Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés posttraumático: el papel del apoyo social. *Rev Int Psicol Ter Psicol* [revista en internet]. 2013 [acceso: 07 may 2016]; 13(1):31-45. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen13/num1/345/violencia-contra-la-mujer-y-sntomas-de-ES.pdf>
- (57) Moulding N. "It Wasn't About Being Slim": Understanding Eating Disorders in the Context of Abuse. *Violence Against Women* [serial on the internet]. 2015 [access: 12 Jul 2018]; 21(12):1456-80. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1177/1077801215596243>
- (58) Peterson R, Latendresse S, Bartholome L, Warren C, Raymond N. Binge Eating Disorder Mediates Links between Symptoms of Depression, Anxiety, and Caloric Intake in Overweight and Obese Women. *J Obes* [serial on the internet]. 2012 [access: 23 May 2016]; 2012:407103. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/407103>
- (59) Lentz EC. Complicating narratives of women's food and nutrition insecurity: Domestic violence in rural Bangladesh. *World Dev* [serial on the internet]. 2018 [access: 12 Jul 2018]; 104:271-80. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.worlddev.2017.11.019>
- (60) Novo M, Herbón J, Amado BG. Género y victimización: efectos en la evaluación de la violencia psicológica sutil y manifiesta, apego adulto y tácticas de resolución de conflictos. *Rev Iberoam Psicol Salud* [revista en internet]. 2016 [acceso: 11 Jul 2018]; 7(2):89-97. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.rips.2016.05.002>
- (61) Méndez MP, García M. Relación entre las estrategias de manejo del conflicto y la percepción de la violencia situacional en la pareja. *Rev Colom Psicol* [revista en internet]. 2015 [acceso: 19 may 2018]; 24(1):99-111. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80438019007>
- (62) Bozkurt V, Tartanoglu S, Dawes G. Masculinity and Violence: Sex Roles and Violence Endorsement among University Students. *Procedia Soc Behav Sci* [serial on the internet]. 2015 [access: 15 Jul 2018]; 205(9):254-60. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.072>

Reflexões sobre a complexidade de um estilo de vida saudável

Reflexiones sobre la complejidad de un estilo de vida saludable

Reflections on the complexity of a healthy lifestyle

• Claudio Bispo de Almeida¹ • Cezar Augusto Casotti² • Edite Lago da Silva Sena³ •

•1• Doutorando em Enfermagem e Saúde na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Professor auxiliar na Universidade do Estado da Bahia. Guanambi, Brasil. E-mail: cbalmeida@uneb.br

•2• Doutor em Odontologia Preventiva e Social. Professor do Departamento de Saúde II e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Brasil. E-mail: cacasotti@uesb.edu.br

•3• Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Saúde II e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Brasil. E-mail: editelago@gmail.com

Recibido: 24/08/2017 Aprobado: 06/05/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n2.67244



Resumo

Objetivo: refletir, à luz do pensamento complexo de Edgar Morin, sobre o que significa estilo de vida saudável.

Síntese do conteúdo: foram consideradas as temáticas *A complementaridade e o conceito de saúde; Estilo de vida, condição humana e multidimensionalidade* e *O estilo de vida saudável na perspectiva do pensamento complexo*, relacionadas ao referencial teórico proposto. A reflexão permitiu pensar o estilo de vida saudável distanciado de um paradigma simplificador e constituinte de um sistema marcado pela interação entre suas partes constitutivas e toda a organização no contexto em que está inserido.

Conclusão: percebeu-se que a busca pela complementaridade possibilita uma nova perspectiva em relação ao significado do que é estilo de vida saudável, como um construto que não se reduz à soma das suas partes.

Descritores: Estilo de Vida; Filosofia; Saúde (fonte: DeCS Bireme).

Resumen

Objetivo: reflexionar, a la luz del pensamiento complejo de Edgar Morin, sobre lo que significa estilo de vida saludable.

Síntesis del contenido: se consideraron las temáticas *Complementariedad y el concepto de salud; Estilo de vida, condición humana y multidimensionalidad* y *El estilo de vida sano en la perspectiva del pensamiento complejo*, relacionadas al referencial teórico propuesto. La reflexión permitió pensar el estilo de vida sano distanciado de un paradigma simplificador, y constituyente de un sistema marcado por la interacción entre sus partes constitutivas y toda la organización en el contexto en que está inserto.

Conclusión: se percibió que la búsqueda por la complementariedad posibilita una nueva perspectiva en relación con el significado de lo que es estilo de vida saludable, como un constructo que no se reduce a la suma de sus partes.

Descriptor: Estilo de Vida; Filosofía; Salud (fuente: DeCS Bireme).

Abstract

Objective: to reflect, in the light of Edgar Morin's complex thinking, about what is the meaning of a healthy lifestyle.

Content synthesis: the themes *Complementarity and the concept of health; Lifestyle, human condition and multidimensionality* and *The healthy lifestyle in the perspective of complex thinking* related to the proposed theoretical framework were considered. The reflection allowed to think the healthy lifestyle away from a simplifying paradigm, and constituent of a system marked by the interaction between its constituent parts and all the organization in the context in which it is inserted.

Conclusion: it was noticed that the search for complementarity allows a new perspective on the meaning of a healthy lifestyle, as a construct that is not reduced to the sum of its parts.

Descriptors: Health; Lifestyle; Philosophy (source: DeCS Bireme).

Introdução

O pensamento complexo, de acordo com Morin (1), caracteriza-se por buscar se apropriar da realidade de maneira aprofundada e interligada. Dessa forma, esse pensamento não se opõe ao pensamento simples, cujas segmentação, objetividade e não consideração da complexidade o caracterizam, mas o englobam. O pensamento complexo se sustenta nos princípios: dialógico (utiliza duas lógicas que se contradizem para explicar algo), de recursão organizacional (processo em que os produtos e os efeitos são simultaneamente causa e produtores do que os produz) e o holográfico (indica que não apenas a parte está no todo, mas o todo também está na parte), na tentativa de compreender a realidade.

Entender que o estilo de vida faz parte de um sistema composto por diversos elementos, também compostos por outros elementos, será o ponto de partida deste estudo, considerando o contexto da saúde. Assim, embora o estilo de vida constitua um sistema complexo, formado por diversos elementos, não se reduz à soma das partes, mas estas interagem entre si, modificando-se e modificando o todo, sendo sujeito e objeto no mesmo sistema.

Nessa compreensão, Morin mostra que tentar entender as partes isoladamente não contempla a realidade, simplifica-a, e simultaneamente desconsidera a sua complexidade (2). Logo, a busca para entender os diferentes contextos do estilo de vida saudável se torna necessária. Desse modo, pode-se diferenciar o pensamento simples do pensamento complexo. O primeiro é aquele que se afasta da verdade por causa de seu processo de fragmentação e simplificação ao se apropriar da realidade, enquanto o pensamento complexo busca a ordem, a clareza e a exatidão no conhecimento, na tentativa de aproximar-se da realidade (2-4).

Entender as diferenças entre os tipos de pensamento e como os aspectos constitutivos do estilo de vida interagem entre si, com a saúde e com todo um mundo de informações, percebe-se um sistema contextualizado na perspectiva de vida saudável. Reunir as distintas partes do estilo de vida em busca de um melhor estado de saúde torna-se um desafio. Morin defende a ideia de que “o todo só funciona enquanto todo quando as partes funcionam enquanto partes” (1, 5).

O estilo de vida encontra-se em sua própria complexidade ao longo dessa reflexão. O termo *complexus* significa “aquilo que se tece em conjunto” (5, 6), o que conduz o pensamento para uma rede de informações em torno do objeto, e que também constitui o mesmo objeto, o qual, por sua vez, faz parte da rede que o envolve.

Morin afirma que, além de nos perguntar sobre os próprios conhecimentos, precisamos perguntar sobre o próprio entendimento (1). Assim, na produção do conhecimento, deve-se levar em consideração o contexto e a realidade das interações nas relações complexas. Por exemplo, um estudo mostrou a importância de uma análise mais detalhada do estilo de vida saudável, percebida além dos comportamentos individuais para a saúde, a influência dos diferentes papéis sociais exercidos pelas pessoas com estilo de vida saudável (7).

Portanto, é necessário entender o estilo de vida saudável que não busca a completude no conhecimento, mas sim o que pode ser complementado nas interações com esse objeto. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo refletir, à luz do pensamento complexo de Edgar Morin, sobre o que significa estilo de vida saudável.

O presente manuscrito trata de uma reflexão teórica, crítica dos autores sobre o tema proposto, que não deriva de uma investigação e não possui nenhuma forma de financiamento ou patrocínio.

A complementaridade e o conceito de saúde

Em função de sua complexidade, o conceito de saúde não é algo de simples entendimento, pois envolve um emaranhado de outros conceitos. Precisa-se entender o significado de saúde para prosseguir na compreensão do que seja estilo de vida saudável. Assim, passa-se a refletir sobre três conceitos de saúde: o primeiro, baseado na Teoria Bioestatística de Saúde, criada por Christopher Boorse; o segundo, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e, na sequência, o conceito de saúde positiva.

Para Morin, o paradigma da simplificação predominante sobre a humanidade oculta a evidência de que somos ao mesmo tempo seres físicos, biológicos e humanos (1), sem comunicação entre essas dimensões humanas. O princípio da complexidade permite a procura por uma inteligibilidade que afaste as pessoas da visão reducionista, tendo em vista que todos os elementos se

comunicam entre si. Essa concepção é fundamental para a compreensão do conceito ampliado de saúde, observando as diferentes buscas pela aproximação da realidade.

O conceito de saúde como “ausência de doenças” emerge da Teoria Bioestatística de Saúde, criada por Christopher Boorse, na década de 1970. Esse conceito coloca a saúde em oposição à doença e foi criticado em função do caráter naturalista e do estabelecimento da dicotomia entre teoria e prática (8).

O senso comum, reforçado pelo pensamento biomédico, parece apoderar-se das ideias de Boorse e acreditar, muitas vezes, na simplificação do conceito de saúde. Considera-se que esse conceito, devido ao reducionismo e à fragmentação que o caracterizam, insere-se na noção do pensamento simples (1). Tal concepção não reconhece a multidimensionalidade na qual a saúde está envolvida, uma vez que limita a compreensão ao ponto de vista biológico e fortalece a oposição saúde-doença. Para Morin, a redução do conceito à dimensão biológica restringe-se ao ser físico, ser corporal, unidimensional (6).

Em contraposição, tem-se uma proposta mais ampliada que consta no histórico documento da Constituição da OMS, instituída em 1946 e efetivada em 1948, no qual a saúde é conceituada como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (8). Percebe-se um avanço em direção à multidimensionalidade, uma vez que apresenta uma compreensão de saúde que transcende o aspecto biológico e agrega a dimensão mental e social.

Nesse segundo conceito, entretanto, percebe-se que há uma preocupação com a “completude”, ao citar “um estado de completo bem-estar”. Morin considera a completude como a busca da totalidade, enquanto a busca deveria ser para compreender a realidade por meio de uma complementaridade, não tentando encontrar uma definição única e totalitária de saúde (1).

Não obstante a preocupação com a completude, uma vez que se tentaram agregar ao conceito as dimensões física, mental e social, a visão de saúde permanece fragmentada. No contraponto a essa ideia, Morin preza pela prevalência de ideias de totalidade, em detrimento de ideias totalitárias que não conseguem explicar a realidade complexa, evitando-se, assim, um conceito de saúde único

e totalitário (1). Portanto, observando a ideia como algo complexo, tem-se que a fragmentação (as partes) parece se destacar mais do que o todo em sua globalidade do todo (saúde), o que dificulta a compreensão da realidade.

Apesar de a OMS visar à superação do conceito de saúde proposto por Boorse, também se tornou passível de críticas, como, por exemplo, ser algo inatingível e imensurável, por conta de sua abrangência e subjetividade (9). O questionamento à luz do pensamento complexo seria: como juntar os fragmentos que compõem o conceito de saúde?

De acordo com Morin (1, 5), o princípio da complexidade permite que seja evidenciado que o paradigma da simplificação reduz o humano ao biológico, e o biológico ao físico, como unidades incommunicáveis, e abre possibilidade ao discernimento para a procura da inteligibilidade não redutora da realidade. Por outro lado, a viabilidade de unir as diversas dimensões da saúde não está evidente no conceito da OMS, o que permite refletir que se pode avançar no sentido de uma organização e reorganização, aproximando-se das ideias de Morin, nas quais as inter-relações fazem parte da organização de um sistema e do próprio sistema (1).

Nas redes de atenção básica, por exemplo, destaca-se que os profissionais de saúde estão submetidos a um sistema de saúde complexo, marcado por regras que burocratizam o cuidado à saúde, impedindo a realização dos procedimentos conforme o previsto. Dessa forma, na proposta do pensamento complexo, considerou-se o maior entendimento tanto das dificuldades como das possibilidades de transformação da realidade do serviço de saúde público brasileiro, com vistas a uma reorganização (10).

É importante frisar que a reorganização seria necessária para poder explicar a saúde em sua complexidade, o que cada fragmento pode, de fato, contribuir para a saúde, e quais os fragmentos que poderiam surgir da desordem para retomarmos uma ordem no que refere ao conceito de saúde. Em um estudo de revisão, por exemplo, entendeu-se que a maior parte dos estudos em serviços de saúde aborda a teoria da complexidade em relação aos aspectos de relações e interações entre as pessoas (11). Morin mostra que se deve levar em consideração a inter-retroatividade ou a organização das partes ligadas ao contexto (2), pois cada parte ou fragmento, quando reorganizado, pode ser maior do que o todo e contribuir para a complexidade do conceito.

Aproximando-se um pouco mais da proposta de complementaridade, o conceito de pesquisadores (12, 13) que consideram a saúde como uma condição humana multidimensional (biológica, sociológica, psicológica, econômica, dentre outras dimensões) se destaca. Tal ideia trata a saúde como algo contínuo, a pessoa tem mais saúde ou menos saúde, em relação aos extremos (polo positivo, saúde plena; polo negativo, morbidade ou morte) (13).

Ao observar um “holograma”, Morin afirma que cada parte dele contém a totalidade de informação que o representa, ou seja, por menor que seja cada unidade, esta faz parte de um todo, e o todo faz parte de cada uma das unidades que o compõem. Cada polo (negativo ou positivo) da saúde passa a representar um sistema complexo, tendo em vista que cada um deles representa uma única saúde.

Percebe-se uma amenização de fragmentar a saúde, quando a coloca como “um contínuo”, em que os polos, positivo e negativo, da saúde fazem parte de uma mesma organização, sujeitos à ordem e à desordem, à separação e à união. A interação entre os polos pode ser explicada pelo complexo “sistema-interações-organização”, proposto por Morin, em uma perspectiva multidimensional, na qual um todo não se reduz à soma de suas partes constitutivas, que, devido à interação entre elas, se modificam e acabam modificando o todo (5).

Portanto, a saúde pode ser influenciada por muitos outros fatores, dentre eles, o estilo de vida e o ambiente social em que está envolvido (12, 13). Assim, começa-se a perceber o estilo de vida como um dos componentes que formam a saúde, seja positiva, seja negativamente, contribuindo para a sua constituição.

Estilo de vida, condição humana e multidimensionalidade

Na perspectiva de Morin, necessita-se “situar tudo no contexto e no complexo planetário. O conhecimento do mundo como mundo é necessidade ao mesmo tempo intelectual e vital” (2). O ser humano faz parte de um complexo indivíduo-sociedade-espécie que compõe um planeta e relaciona-se com a natureza existente. Nesse sentido, a máxima “pense global, faça local” (14) traduz tal pensamento, pois a complexidade global e a local têm que estar unidas, sem separação entre esses pontos. É necessário observar o ser humano como um ser complexo e, a partir do diálogo entre os diferentes

saberes que o forma, almejar mudanças nas condições de vida e de saúde (15).

Destaca-se que a busca pela vida faz parte de uma organização muito maior do que a individual, e que há necessidade de considerar as relações entre o todo e as partes (2). Essa visão do global inclui não só o indivíduo, mas este e suas relações com a sociedade, com a natureza, com o planeta e o universo. Assim, tanto o homem quanto o mundo sofrem fragmentações de diversas ordens, cabendo à complexidade mesclar a “multiplicidade” e o “uno”, ou seja, o global e o individual (1, 16).

Na compreensão da promoção da saúde, uma das dimensões encontradas, na complexidade que envolve o tema, é o estilo de vida, fazendo parte de um todo, influenciando e sendo influenciado por esse todo, por meio de comportamentos, positivos ou negativos, que contribuirão na ordem e na desordem do estado de saúde das pessoas. Nahas define o estilo de vida como um “conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas” (13). Nota-se que o estilo de vida saudável pode levar a maior parte das pessoas a uma saúde positiva e com maior longevidade.

Os comportamentos esperados, positivos ou negativos, correspondem ao previsto para a maioria da população. Deve-se salientar que o acaso pode acontecer, ou seja, algumas pessoas podem ter um estilo de vida saudável e adoecer ou falecer precocemente, enquanto outras podem apresentar comportamentos de risco à saúde e mesmo assim apresentar longevidade. O acaso seria a desordem encontrada na interação entre estilo de vida e saúde.

O estilo de vida negativo apresenta alguns aspectos sobre os quais se pode ter o controle daquilo que afeta negativamente a saúde, por exemplo: consumo excessivo de álcool, estresse elevado, isolamento social, sedentarismo (13). Os comportamentos negativos também estão associados às doenças infecciosas, a exemplo de doenças crônico-degenerativas como hipertensão arterial, obesidade, diabetes, câncer, doenças cardiovasculares, dentre outras, que podem afetar negativamente diversos órgãos e sistemas do corpo humano (13, 17).

Entretanto, a adoção de comportamentos como alimentação adequada, práticas de atividades físicas regulares, controle do estresse, dentre outros, podem ocasionar o desenvolvimento positivo do estilo de vida e da saúde. Mudanças comporta-

mentais, quando feitas positivamente, mostram-se aliadas ao objetivo de ser saudável. Ao considerar “um conjunto de ações habituais”, nota-se a importância, autonomia e dependência do estilo de vida dentro da complexidade que envolve a definição de saúde (13).

Tais comportamentos são ações habituais que caracterizam o estilo de vida; logo, fazem parte do cotidiano das pessoas. Assim, entendendo-se a complexidade como parte da vida cotidiana, pode-se considerar os conhecimentos de senso comum que as pessoas possuem, e não somente o conhecimento científico, evitando a fragmentação desses conhecimentos e prezando-se pela compreensão e articulação entre eles.

Nesse sentido, Morin (1) destaca que o método deve ser capaz de articular aquilo que está separado e unir aquilo que está dissociado. Dessa forma, entende-se que a organização/desorganização na construção do estilo de vida dialoga com diferentes formas de conhecimento (comum e científico); não se trata, assim, de uma forma acabada de conhecimento e necessita de reformulações que considerem a complexidade dos diferentes saberes que fazem parte do cotidiano das pessoas.

Nota-se que o estilo de vida não foge aos princípios da complexidade, sendo dialógico quando mostra associação complexa entre as suas dimensões, e no conjunto delas contribui para a organização do estilo de vida como um todo. É recursivo por caracterizar-se como um processo em circuito, no qual as dimensões do estilo de vida e seus efeitos retroagem sobre o seu resultado final; é hologramático, no entendimento de que o estilo de vida (todo) está nas dimensões (partes), que estão no todo, e as dimensões podem positiva ou negativamente restaurar o todo (3).

Ao avaliar e mensurar o perfil do estilo de vida, tem-se cinco componentes, são eles: fator nutrição, controle do estresse, atividades físicas, comportamentos preventivos e relacionamentos (13). As ações do estilo de vida refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na “vida” das pessoas. Logo, torna-se tão complexo como a saúde e maior que seus próprios componentes para explicar o real. Ressalta-se que cada componente é composto por uma série de outras subunidades, e todas juntas aproximariam o estilo de vida da realidade.

Morin coloca que o encontro da ordem e da desordem é responsável por formar o real, uma realidade

única que leva à reflexão de se dizer que o estilo de vida é saudável porque também há possibilidade do não saudável, o que seria a desordem dentro desse processo organizacional do estilo de vida, e de seu conjunto de comportamentos que o determina (1).

O estilo de vida saudável na perspectiva do pensamento complexo

Na perspectiva que foi descrita até aqui, o estilo de vida, à luz do pensamento de Morin, é um emaranhado de informações, que são tecidas não somente no contexto da saúde, mas também nos contextos social, econômico, religioso, político, afetivo, dentre outros. Assim, o estilo de vida compõe um todo, inseparável de seus diversos contextos, e que, por estarem “tecidos juntos”, são interdependentes e interagem com as suas partes, e as partes entre si (2).

Compreende-se que o estilo de vida é a expressão de comportamentos humanos, e, ao abordar a condição humana, dentro da perspectiva de Morin, entende-se que o conceito de homem pode ser entendido em duas vertentes: a biofísica, e a psicossociocultural, considerando-as como indissociáveis, formando uma relação dialógica (2). Destaca-se que essas vertentes contribuem para o conhecimento humano e não devem ser separadas do universo, mas consideradas parte dele (18).

Refletindo sobre tais comportamentos, observa-se que as pessoas exercem uma gama de atividades cotidianas, e que o estilo de vida se torna um conceito amplo, dependente das condições e oportunidades que as pessoas possuem. Assim, para entender o complexo, é importante não iniciar pelas partes, pelo simples, pois elas isoladamente não conseguem tal entendimento, por possuírem suas próprias necessidades, também complexas (19).

Deve-se perceber a complementaridade e seus antagonismos dentro do processo interacional das organizações, o que Morin chama de configuração dialógica, funcionando como grandes unidades teóricas complementares, concorrentes e antagonistas (5). Nesse sentido, o dialógico apresenta dentro de suas grandes unidades teóricas, uma relação de “parasitismo mútuo” que pode perdurar até a morte (1).

O estilo de vida saudável como um dos fatores que seria promotor de saúde já vem sendo discutido há algum tempo, como, por exemplo, no relatório Lalonde, no qual o Canadá propõe, em 1974, uma

oposição ao modelo biomédico de como tratar a saúde ao defender a promoção desta; dentre suas propostas, encontra-se a adoção de comportamentos saudáveis (8). Lalonde considerou em igualdade de importância conceitual o biológico, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização de cuidados de saúde (20).

Como uma das críticas sofridas pelo relatório, tem-se que ele não lida devidamente com as questões política, econômica e social. Isso vem reforçar uma tendência à simplificação, lembrando-se que não há como simplificar as ações de um elemento complexo (20). Assim, o estilo de vida pode ser considerado um dos aspectos que promovem saúde, mas que, para ser considerado como saudável, depende de outros aspectos complementares externos. Nesse raciocínio, retomam-se as relações entre produto e produtor encontradas no princípio da recursividade proposto por Morin, as quais fazem parte de um sistema único (4).

A carta de Ottawa destaca, dentre outras dimensões, a dimensão social como um fator determinante para a adoção de um estilo de vida saudável (8). Sobre o conceito de saúde, abordou-se que “tal conceito reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural” e advertiu as pessoas sobre a necessidade de considerar os aspectos sociais como preponderantes para o estilo de vida e para a sua saúde, contextualizados dentro de determinado momento (espaço e tempo) em que vivem (8). A dimensão econômica é destacada por Morin devido à sua inter-retroação permanente com as demais dimensões humanas, o que contribui para a composição de sua multiplicidade (2).

Ao avaliar as dimensões social, econômica e política, no contexto da compreensão do estilo de vida, torna-se fundamental utilizar o devido cuidado para não buscar a “totalidade” e cair no reducionismo de que o fenômeno pode ser totalmente explicado ou evidenciado. Portanto, é necessário considerar-se o princípio hologramático para compreender a realidade complexa do estilo de vida. Dentro do holograma “a complexidade organizacional do todo necessita da complexidade das partes, a qual necessita retroativamente da complexidade organizacional do todo” (3).

A ideia de sistema pode ser aplicada à multidimensionalidade; isso levanta a reflexão sobre a fragmentação do estilo de vida, que, para ser saudável, implica o estudo de várias perspectivas, como hábitos alimentares, práticas de atividades

físicas, estresse, relacionamentos, comportamentos preventivos e outras partes que poderiam ser incluídas ao estudo e que também se constituem em ações habituais, a exemplo dos comportamentos sedentários (tempo assistindo à tv, utilização de computadores, dentre outros), religiosidade, horas de sono e vários outros.

Em um estudo com estilo de vida com enfermeiros, considerando-o como multidimensional, tem-se que os baixos valores encontrados nas dimensões do estilo de vida estudadas (atividade física, nutrição, relações interpessoais, responsabilidade sanitária, crescimento espiritual e controle do estresse) mostraram a dificuldade de enfermeiros em cuidar de si mesmos (21). Nesse sentido, outro estudo encontrou que os comportamentos saudáveis do estilo de vida mais significativos foram: a dieta com baixo teor de gordura e o sono adequado, entretanto destaca a importância de outros comportamentos como formas de promoção da saúde: a prática de exercícios aeróbicos e o hábito de não fumar (22).

Percebe-se que o “todo” que vem sendo estudado pode ser fragmentado e, ao se tentar reunir as partes, nota-se, na complexidade do estilo de vida saudável, que ele pode ser modificado, não se reduzindo, apenas, à soma das partes que o constituíam inicialmente. Os comportamentos sedentários, por exemplo, caracterizam-se pelo envolvimento em atividades que gastam pouca energia na maior parte do tempo acordado, seja assistindo à televisão ou utilizando o computador, ambos colaborando com a maior permanência na posição sentada, o que demanda menos gastos energéticos (23, 24). As pessoas que assistem à televisão ou utilizam o computador por muitas horas por dia correm riscos à saúde e aumentam as chances de desenvolverem, sobretudo, doenças cardiometabólicas (25, 26).

Em vista disso, pensa-se que o estilo de vida, na dimensão atividade física, “evitaria” os comportamentos sedentários. Visão errônea. Tais comportamentos são constructos diferentes, e sabe-se que, mesmo para as pessoas fisicamente ativas, os comportamentos sedentários apresentam riscos. Logo, considerando a reflexão acerca do estilo de vida saudável, preconizam-se baixos níveis de comportamentos sedentários e níveis adequados de práticas de atividades físicas.

Pensando na perspectiva da complexidade, comportamentos sedentários e atividades físicas não são antagonicos, complementam-se e interagem entre

si, dentro de uma organização que seria o estilo de vida. Não obstante, Morin indica que o princípio da complexidade não pode ser resumido a associar noções antagônicas de maneira concorrente e complementar; deve-se considerar ainda o caráter da associação (1).

Segundo Morin, deve-se observar a inter-retroação existente em um metassistema, que pode ter modificado cada um dos componentes que compõem seus circuitos formadores (1). Destarte, afirma-se que o estilo de vida saudável e seus constituintes interagem entre si e com um sistema maior, que é a saúde, o qual, por sua vez, interage com suas próprias dimensões.

Os demais exemplos citados anteriormente (horas de sono, religiosidade e outros comportamentos) seguem o mesmo raciocínio utilizado com os comportamentos sedentários, ou seja, todos pertencentes a um mesmo sistema, agindo e retroagindo nas relações das diferentes partes (5). Seria uma tentativa de unir o que estava separado, um objetivo da complexidade (1). As críticas sofridas pelo relatório Lalonde em relação à consideração das questões políticas, econômicas e sociais podem ser aplicadas ao estudo do estilo de vida saudável, para que se perceba o contexto em que as pessoas estão inseridas (20).

Dentro das ordens física, biológica e social, que constituem o ser humano — e o estilo de vida é um conjunto de comportamentos humanos —, destaca-se que a educação pode ser uma aliada na busca do estilo de vida saudável, à medida que são conhecidos e praticados os comportamentos no contexto educacional, nessas diversas ordens, contribuindo para uma formação humana complexa capaz de intervir na sociedade em busca de comportamentos saudáveis.

Em conformidade com o pensamento de Morin, o processo de educação deve considerar que a ética do gênero humano se compõe pela tríade indivíduo-sociedade-espécie, cada um desses termos sendo ao mesmo tempo meio e fins uns dos outros. Assim, destaca-se que o ser humano se encontra em um contexto planetário, situado no universo e não separado dele, com todos os seus problemas interligados uns aos outros; nesse processo, é importante ensinar a compreensão mútua (2, 27, 28).

Nesse sentido, o desenvolvimento humano, o reconhecimento de pertencer a uma espécie e a natureza cultural perpassam pela ideia planetária, na

qual uma ação global, a partir do entendimento dos determinantes sociais para superar os problemas de saúde (29), e a educação podem contribuir para a concretização desse pensamento, organizando a estrutura dos próprios saberes (1). A promoção de um estilo de vida saudável, além das cinco dimensões vistas nesta reflexão, a redução dos comportamentos sedentários e as boas condições socioeconômicas perpassam por diversos estímulos, tais como: aquisição de conhecimentos, troca de experiências saudáveis e principalmente a busca do bem-estar, da satisfação pessoal (13, 26, 30).

Conclusões

Ao refletir sobre a busca de um estilo de vida saudável à luz do pensamento complexo de Edgar Morin, nota-se que o estilo de vida e a saúde fazem parte de um sistema organizacional bem maior, e na sua complexidade conseguem interagir e possibilitam o estilo de vida saudável.

A busca de uma totalidade é incoerente ao estudo do estilo de vida saudável, uma vez que resultará em um processo de simplificação da realidade, que não pode ser simplificada. Deve-se, portanto, priorizar a busca pela complementaridade, seja na saúde, seja no estilo de vida.

O estudo possibilitou a compreensão de que, por meio do princípio organizador de um conhecimento, pode-se articular o que está separado e tornar mais complexo o simplificado. A ordem-desordem, a organização-desorganização, a saúde-doença, o estilo de vida saudável-o estilo de vida não saudável foram tratados direta e indiretamente no texto. E esses processos foram discutidos no âmbito da complementaridade, e não apenas como algo antagônico, como oposições que se complementam dentro de um contexto complexo e multidimensional.

Ao observar a visão fragmentada do estilo de vida, notou-se a ausência de outras partes que se tornariam importantes para se compreender a aproximação do estilo de vida e a realidade, o que foi consoante à percepção que Morin defende acerca do pensamento complexo dentro do princípio dialógico. Assim, percebeu-se o estilo de vida como multidimensional, sendo maior que a soma de suas partes, e que a interação entre estas e o contexto da saúde onde está inserido o caracterizam como sistema complexo.

Diante do exposto, a presente reflexão sugere que o estilo de vida saudável seja considerado em suas várias dimensões, sobretudo, incluindo questões sociais, econômicas e culturais, sem uma busca pela sua totalidade, reducionismo ou por uma razão, mas sim por uma aproximação da realidade em determinado contexto, com informações que podem compor sua rede complexa.

Referências

- (1) Morin E. O método 1: a natureza da natureza. 3ª ed. Porto alegre: Sulina; 2013.
- (2) Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 1ª ed. São Paulo: Cortez; 2013.
- (3) Morin E. O método 3: conhecimento do conhecimento. 5ª ed. Porto alegre: Sulina; 2015.
- (4) Pimenta A. Resenha: introdução ao pensamento complexo de Edgar Morin. Rev Científica da FHO-UNIARARAS [periódico na internet]. 2013 [acesso: 20 set. 2017]; 1(2):33-7. Disponível em: http://www.uniararas.br/revistacientifica/_documentos/art.4-001-2013.pdf
- (5) Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 5ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2015.
- (6) Morin E. Amor, poesia, sabedoria. 8a ed. São Paulo: Bertrand Brasil; 2008.
- (7) Mize TD. Profiles in health: Multiple roles and health lifestyles in early Adulthood. Soc Sci Med [serial on the Internet]. 2017 [access: 2017 Apr 9]; 178:196-205. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.017>
- (8) Martins L, Cova VF. Abordagem anti-reducionista em saúde: uma contribuição das discussões filosóficas no contexto da educação em saúde. Educ e Fil [periódico na internet]. 2015 [acesso: 20 set. 2017]; 29(58):843-59. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.14393/REVEDFIL.issn.0102-6801.v29n58a2015-p843a859>
- (9) Organização Mundial de Saúde. Constituição da Organização Mundial de Saúde [internet]. 1946 [acesso: 20 set. 2017]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
- (10) Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. Esc Anna Nery [periódico na internet]. 2015 [acesso: 20 set. 2017]; 19(1):169-73. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150023>
- (11) Thompson DS, Fazio X, Kustra E, Patrick L, Stanley D. Scoping review of complexity theory in health services research. BMC Health Serv Res [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Apr 9]; 16(87):1-16. Available from: DOI: [10.1186/s12913-016-1343-4](http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1343-4)
- (12) Olejnik A, Kubinska Z, Panczuk A, Kubinska J. Physical activity as a health need. CEJSSM [serial on the Internet]. 2017 [access: 2018 Mar 20]; 19(3):105-11. Available from: DOI: [10.18276/cej.2017.3-10](http://dx.doi.org/10.18276/cej.2017.3-10)
- (13) Nahas M. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 7a ed. Londrina: Midiograf; 2017.
- (14) Mahon R. In conversation with Ron Gass: The OECD and the crisis of Progress. Glob Soc Policy [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Sep 20]; 15(2): 113-24. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1468018115579583-12>
- (15) Piñeros LL. El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2012 [acceso: 20 sep 2017]; 38(4):622-8. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0864-34662012000400013>
- (16) Galati E. Visión compleja de los paradigmas científicos y la interpersonalidad en la ciencia. Cinta moebio [revista en Internet]. 2012 [acceso: 20 sep 2017]; (44):122-35. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2012000200003>
- (17) World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014 [report on the Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO); 2014 [access: 2017 Sep 20]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1
- (18) Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 21ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2014.
- (19) Marques LP, Jesus AW. Os Sujeitos em tempos complexos à luz/sombra da ontologia de Edgar Morin. Rev FAEEBA [periódico na internet]. 2016 [acesso: 20 set. 2017]; 25(47):187-201. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/faeaba/article/download/3217/2086>
- (20) Lalonde M. New perspective on the health of Canadians: 28 years later. Rev Panam Salud Públ/Pan Am J Public Health [serial on the Internet]. 2002 [access: 2017 Sep 20]; 12(3): 149-52. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000900001>
- (21) Thacker K, Stavarski DH, Brancato V, Flay C, Greenawald D. An Investigation into the Health-Promoting Lifestyle Practices of RNS. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Apr 9]; 116(4):24-30. Available from: DOI: [10.1097/01.NAJ.0000482141.42919.b7](http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000482141.42919.b7)
- (22) Byrne DW, Rolando LA, Aliyu MH, McGown PW, Connor LR, Awalt BM, et al. Modifiable Healthy Lifestyle Behaviors: 10-Year Health Outcomes From a Health Promotion Program. Am J Prev Med [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Apr 9]; 51(6):1027-37. Available from: DOI: [10.1016/j.amepre.2016.09.012](http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.012)
- (23) Meneguci J, Santos DAT, Silva RB, Santos RG, Sasaki, JE, Tribess S et al. Comportamento sedentário: conceito, implicações fisiológicas e os procedimentos de avaliação. Motricidade [periódico na internet]. 2015 [acesso: 20 ago. 2017]; 11(1):160-74. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.3178>

(24) Verschuren O, Haan F, Mead G, Fengler B, Visser-Meily A. Characterizing Energy Expenditure During Sedentary Behavior After Stroke. *Arch Phys Med Rehabil* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Apr 9]; 97(2):232-7. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2015.09.006>

(25) Van der Berg JD, Stehouwer CD, Bosma H, van der Velde JH, Willems PJ, Savelberg HH et al. Associations of total amount and patterns of sedentary behaviour with type 2 diabetes and the metabolic syndrome: The Maastricht Study. *Diabetologia* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Sep 20]; 59:709-18. Available from: DOI: [10.1007/s00125-015-3861-8](https://doi.org/10.1007/s00125-015-3861-8)

(26) Edwardson CL, Gorely T, Davies MJ, Gray LJ, Khunti K, Wilmot EG, et al. Association of Sedentary Behaviour with Metabolic Syndrome: A Meta-Analysis. *PloS One* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2017 Aug 20]; 7(4):e34916. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034916>

(27) Sobral MSC, Carvalho MG, Carvalho ADS. Os sete saberes indispensáveis à educação do Futuro. *ID on line Rev Psicol* [periódico na internet]. 2015 [acesso: 20 ago. 2017]; 9(28):106-10. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.14295/online.v9i28.368>

(28) Martinazzo C. Ensinar a viver: o sentido do ato de educar em Edgar Morin. *Rev Bras Estud Pedagog* [periódico na internet]. 2016 [acesso: 20 set. 2017]; 97(246):443-6. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S2176-6681/256627171>

(29) Franco-Giraldo A. Determinación global y salud: el marco amplio de los determinantes de la salud. *Rev Fac Nac Salud Pública* [revista en Internet]. 2013 [acceso: 20 sep 2017]; 31(supl 1):S73-86. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2013000400009

(30) Iryna H, Myroslava D, Victoria, I, Lydia, S. Organizational conditions of healthy lifestyle promotion for arts students. *JPES* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2017 Sep 20]; 15(2):218-24. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.7752/jpes.2015.02034>

Pesquisa em enfermagem sustentada no referencial fenomenológico de Martin Heidegger: subsídios para o cuidado

Investigación en enfermería sostenida en el referencial fenomenológico de Martin Heidegger

Nursing research supported by the phenomenological framework of Martin Heidegger

• Marcela Astolphi de Souza¹ • Luciana Palacio Fernandes Cabeça² • Luciana de Lione Melo³ •

•1• Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas do Estado de São Paulo. Membro do Grupo de Estudos do Brinquedo (GEBrinq-Unifesp) e do Grupo de Estudo sobre Criança, Adolescente e Família (Gecaf-Unicamp). Campinas-SP, Brasil.
E-mail: marcela.astolphi@gmail.com

•2• Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas do Estado de São Paulo. Membro do Grupo de Estudo sobre Criança, Adolescente e Família (Gecaf-Unicamp). Campinas-SP, Brasil. E-mail: cabecpl@gmail.com

•3• Doutora e professora do Curso de graduação e Pós-graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas do Estado de São Paulo. Pesquisadora do Grupo de Estudos do Brinquedo (GEBrinq-Unifesp) e Líder do Grupo de Estudo sobre Criança, Adolescente e Família (Gecaf-Unicamp). Campinas-SP, Brasil. E-mail: lulione@unicamp.br

Recibido: 22/08/2017 Aprobado: 20/06/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n2.67179



Resumo

Objetivo: refletir sobre a pesquisa em enfermagem à luz da fenomenologia de Martin Heidegger, especificamente na obra *Ser e tempo*.

Síntese do conteúdo: as premissas da fenomenologia de Heidegger podem ser relacionadas à enfermagem, pois ambas abarcam, fundamentalmente, a relação entre pessoas em um determinado contexto. A ideia de que fenômenos semelhantes são vivenciados por indivíduos de modos singulares evidencia o quanto a fenomenologia de Heidegger pode colaborar no que diz respeito à compreensão do outro, objeto de estudo da enfermagem.

Conclusão: a fenomenologia existencial de Martin Heidegger demonstra-se pertinente para a pesquisa em enfermagem, pois afirma que não há respostas prontas acerca de determinado fenômeno, mas possibilidades infinitas de compreender o *ser*, os outros e o mundo. Permite ao pesquisador acompanhar a experiência do outro, sempre em abertura para a sua própria existência, também como um *ser* de possibilidades.

Descritores: Filosofia; Pesquisa em Enfermagem; Pesquisa Qualitativa (fonte: DeCS Bireme).

Resumen

Objetivo: reflexionar sobre investigación en enfermería a la luz de la fenomenología de Martin Heidegger, específicamente en la obra *El Ser y el tiempo*.

Síntesis del contenido: las premisas de la fenomenología de Heidegger pueden relacionarse con la enfermería, pues ambas abarcan, fundamentalmente, la relación entre personas en un determinado contexto. La idea de que fenómenos semejantes son vivenciados por individuos de modos singulares evidencia cuánto la fenomenología de Heidegger puede colaborar en lo que respecta a la comprensión del otro, objeto de estudio de la enfermería.

Conclusión: la fenomenología existencial de Martin Heidegger se muestra pertinente para la investigación en enfermería, pues afirma que no hay respuestas prontas acerca de determinado fenómeno, sino posibilidades infinitas de comprender el *ser*, los otros y el mundo. Permite al investigador acompañar la experiencia del otro, siempre en apertura para su propia existencia, también como un *ser* de posibilidades.

Descritores: Filosofía; Investigación Cualitativa; Investigación en Enfermería (fuente: DeCS Bireme).

Abstract

Objective: to reflect on nursing research in the light of Martin Heidegger's phenomenology, specifically in the work "Being and Time".

Content synthesis: the premises of Heidegger's phenomenology may be related to nursing, since both cover, fundamentally, the relation between persons in a given context. The idea that similar phenomena are experienced by individuals in unique ways demonstrates how Heidegger's phenomenology can collaborate in the understanding of the other, object of nursing study.

Conclusion: Martin Heidegger's existential phenomenology is relevant for nursing research, because it affirms that there are no ready answers about a given phenomenon, but infinite possibilities of understanding the being, the others and the world. It allows the researcher to follow the experience of the other, always open to his/her own existence, also as a being of possibilities.

Descriptors: Nursing Research, Philosophy, Qualitative Research (source: DeCS Bireme).

Introdução

Construir o conhecimento no âmbito de uma temática é um desafio, e a Enfermagem, como ciência, possui um universo rico e inesgotável de conhecimentos que abarcam a subjetividade de quem cuida e de quem é cuidado (1). Os seres humanos cruzam caminhos, interagem de diferentes formas e relacionam-se durante o cuidado, inclusive de forma imprevisível, não linear e, por isso mesmo, nem sempre mensurável ou programável (2-4).

A enfermagem está voltada para o cuidado humano, o que implica compreender o processo saúde-doença de indivíduos, de acordo com suas necessidades, físicas, emocionais, espirituais, sociais, dentre outras. Portanto, não é possível se eximir e/ou se afastar do ser do outro quando se pretende cuidar da existência do homem (1, 2).

A existência nos faz refletir sobre a vida, a morte, a dor, a angústia, o pensamento e o ser, conceitos filosóficos, porém imbricados na ciência da enfermagem. Assim, diante da complexidade do ser humano e de suas infinitas possibilidades de ser-no-mundo, reconhecemos a filosofia como um caminho para a construção da práxis da Enfermagem.

Dentre os diversos caminhos que se pode seguir em busca da compreensão do outro como ser-no-mundo, a pesquisa em enfermagem com abordagem fenomenológica é uma alternativa de investigação que contribui para um olhar efetivo sobre as experiências relacionadas à existência de seres humanos que vivenciam diferentes eventos (3, 5). A fenomenologia permite conhecer determinados fenômenos humanos, compreendendo o que não está evidente, revelando conhecimentos que geram reflexão e suscitam mudanças (6).

No Brasil, estudos desenvolvidos nos programas de pós-graduação *stricto sensu* na área de enfermagem, adotam a fenomenologia como método, tendo como principais referenciais teóricos Martin Heidegger e Alfred Schultz (7, 8). Essa possibilidade metodológica permite compreender a essência de quem é cuidado, a partir do momento em que a experiência é acessada e se busca apreender a realidade vivenciada, ou seja, sua existência (4).

Assim, este estudo tem como objetivo refletir sobre a pesquisa em enfermagem à luz da fenomenologia de Martin Heidegger.

Espera-se que este estudo possa tornar-se uma referência para novos pesquisadores e aos que já possuem uma proximidade com esse referencial filosófico, além dos enfermeiros assistenciais que almejam considerar e potencializar a dimensão existencial na relação que há entre os seres humanos durante o cuidado.

Heidegger e o círculo hermenêutico

O filósofo alemão Martin Heidegger (1889-1976) teve como orientadores do seu filosofar Aristóteles e Husserl: o primeiro por ser o formulador da teoria do Ser enquanto Ser, e o segundo por ser o fundador do método fenomenológico (9).

Martin Heidegger afirma que “as interpretações dos tratados e das exposições aristotélicas surgem de uma problemática filosófica concreta, de tal modo, que essa pesquisa da filosofia aristotélica não se constitui, por exemplo, apenas num realce casual, numa ‘complementação’ e ilustração ‘do aspecto histórico’, mas coperfaz, ela própria, uma parte fundamental dessa problemática, pois fornece a gravidade e o impulso decisivo para o principiar o caminho e o alcance das pesquisas” (10 p19).

O modo de acessar os significados proposto por Heidegger também se encontra fundamentado no método fenomenológico introduzido por Edmund Husserl, precursor da fenomenologia. Este tinha como objetivo evidenciar, por meio de uma análise da consciência juntamente com o mundo da vida, as estruturas das experiências humanas da realidade, descrevendo os fenômenos como aparecem e manifestam-se à consciência (11, 12).

Heidegger não busca analisar os fenômenos que aparecem, mas sim investigar as possibilidades que estes têm de se manifestar, pois acredita que as possibilidades do fenômeno se mostrar é o próprio *ser**, o qual se apresenta na inter-relação de uma coisa com a outra. Embora esses filósofos apresentem em comum o conceito de fenomenologia como retorno às coisas mesmas, Heidegger dá um passo adiante quando afirma a intimidade entre o homem e suas vivências, assumindo que a experiência diz respeito ao modo de ser do

* *Ser* em itálico diz respeito ao ser em Heidegger. Para Heidegger, “o *ser* é sempre o *ser* de um ente”. Para se alcançar uma compreensão do *ser*, é preciso analisar o *ser* do ente, isto é, o *ser* do homem, o *Dasein*, também chamado *ser-aí*.

homem no mundo e está, sempre, localizada no tempo e no espaço (11, 13-15).

No século xx, o filósofo descreve o círculo hermenêutico, considerando que a dimensão existencial é um traço constitutivo do *Dasein*. Assim, a noção de círculo hermenêutico emerge de uma crítica ao objetivismo nas ciências humanas. No entanto, para o filósofo Martin Heidegger, se não há interpretação sem pressupostos, a interpretação tem um caráter projetivo, e não objetivo. Além disso, a interpretação se dá a partir de um horizonte de possibilidades providas pela ciência natural (16).

Heidegger inverte a relação tradicional entre interpretação e compreensão; ele afirma que a compreensão contempla uma apreensão e uma projeção de possibilidades de ser e agir (17).

Heidegger (18) refere que: “o ‘círculo’ da compreensão pertence à estrutura do significado e este último fenômeno está enraizado na constituição existencial do *Dasein*, isto é, na compreensão que interpreta. Uma entidade para a qual, como o Ser-no-mundo, seu Ser é ele mesmo, ontologicamente, uma estrutura circular” (16 p195).

Já a hermenêutica é uma maneira de interpretação reflexiva, continua e ampla de tentar compreender e interpretar um fenômeno por alguém que o vivenciou (19). Assim, a expressão círculo hermenêutico significa, na fenomenologia de Heidegger, a relação circular que se estabelece entre quem questiona e o questionado (20). No entanto, para compreendermos esse princípio, é preciso partir da fenomenologia como método de investigação, considerando o conceito de fenômeno, de *logos*, e, conseqüentemente, de fenomenologia (11).

Fenômeno deriva do verbo *phainestai* que significa mostrar-se, manifestar-se, pôr em claro. Já *logos* é tornar manifesto aquilo que se discorre no discurso. Assim, fenomenologia é o que resultou da interpretação de fenômeno e *logos*, ou seja, é *fazer ver a partir dele mesmo o que se mostra*. Ela informa sobre o como mostrar-se e o modo de tratar aquilo, mas não nomeia o objeto nem caracteriza seu conteúdo (11).

E o que a fenomenologia mostra? O *ser* do ente, seus sentidos, suas modificações. O *ente* é algo que está sendo, modo das coisas serem, o que eu consigo “falar” sobre, é também como nós mesmos somos. O ente é sempre ente de um ser, mas ser não é gênero de um ente, embora ele concerna a todo ente (11).

Para designar o ente ou a pessoa que possui este ser, Heidegger utiliza a palavra *Dasein*, isto é, o que é de todo ser (21), o ser do homem (11). Podemos destacar dois aspectos do *Dasein*: 1. a essência desse ente reside em ter-de-ser, ou seja, a essência do *Dasein* reside em sua existência, seus modos-de-ser; 2. seus modos-de-ser são só dele, o que significa que ele pode se ganhar ou se perder de si mesmo, oscilando no caráter da propriedade ou da impropriedade (11).

O *Dasein* encontra-se inserido numa existência decadente no mundo histórico e temporal, que vivencia a sua factualidade por meio da sua existência e que possibilita a construção da sua própria historicidade ora no mundo público, ora no circundante e próprio (22).

O modo-de-ser do *Dasein* se dá em um mundo e é nesse mundo que ele pode ser, não numa relação de encaixe, de justaposição, mas de transcender o mundo, pois a transcendência pertence ao *Dasein*, é sua constituição fundamental, pois não há sujeito sem mundo e não há homem sem *Dasein*. Mas o *Dasein* não é só, ele é com os outros, ele é, portanto, ser-no-mundo-com-os-outros. Sendo-no-mundo-com-os-outros dá a possibilidade de o *Dasein* poder-ser, em abertura, mas sem esquecer que ele está predeterminado ao fim. Então a morte é a *possibilidade da impossibilidade* (20, 22).

Portanto, pode-se afirmar que a fenomenologia de Heidegger tem elementos fundamentais para a pesquisa em enfermagem, uma vez que há intrínseca relação entre a enfermagem e o cuidado do outro. Mas essa relação não está dada, disponível, é preciso permitir que ela se manifeste, como uma condição existencial do *Dasein*.

Assim, para investigar o *Dasein*, o pesquisador precisa coabitar seu mundo, seguir seus passos, seus discursos, seus modos de existir que poderão se mostrar plurais. Já para compreendê-lo, é necessário interrogá-lo acerca das suas vivências nesse mundo (20).

Uma boa pergunta ao *Dasein* possibilita deixá-lo em liberdade, tal como ele é, de modo que o que funda sua existência possa emergir e revelá-lo, ainda que em parte. É o *sentido* da existência do *Dasein*. Assim, para um pesquisador, ao ir em busca do sentido de experiências humanas, segundo o referencial filosófico heideggeriano, é importante que ele esteja distante de todo e qualquer pensamento predicativo, concepções e julga-

mentos a respeito do fenômeno a ser interrogado, movimento este denominado *epoché* (23-25).

Ao ir em busca das experiências e exposições que o sujeito faz em relação ao fenômeno vivido, que é de seu interesse (26, 27), intenciona compreender o seu sentido. Heidegger destaca que esse caminhar em busca da compreensão vaga e mediana se constitui em uma análise compreensiva e uma análise hermenêutica, que ocorre a partir da interpretação dos significados à luz de um pensamento (11).

Vale ressaltar que o pesquisador vai em direção às experiências dos sujeitos e depara-se com um conjunto de significados, uma vez que o sujeito só apresenta ele mesmo. Para tal, não há preocupação com a quantidade de significados, mas sim com a qualidade, o que demonstrará as diversas percepções dos sujeitos sobre suas experiências, não cabendo critérios tradicionais de representatividade (23, 28).

Portanto, “todo o trabalho de pesquisa, desde o polimento da questão, definição dos objetivos, passando pela pesquisa bibliográfica, elaboração da metodologia, trabalho de campo, análise, até a escrita final do que vai sendo desvelado, é uma experiência propriamente dita” (29 p158).

Experienciar esse caminho foi a escolha de alguns enfermeiros para desenvolverem seus estudos, que, para além do cuidado do outro, possibilitaram o repensar de seu próprio *Dasein*, o que será apresentado a seguir:

Caminhos da pesquisa em enfermagem à luz da fenomenologia existencial de Martin Heidegger

Para produzir conhecimento em enfermagem, enfermeiros têm utilizado o referencial filosófico de Martin Heidegger, visto que os conceitos desse filósofo possibilitam o desvelamento do sentido de fenômenos que permite compreender as experiências vividas pelo outro (8, 12-14).

Desse modo, torna-se possível contemplar os valores e significados subjetivos que os indivíduos atribuem às suas vivências quando se encontram lançados em um mundo que envolve o processo saúde-doença na perspectiva da assistência integral (8).

Refletir o cuidado na visão heideggeriana é pensar em um encontro existencial entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, com o intuito de deixar o *Dasein* ser realmente quem ele é (19, 30).

Estudo teórico desenvolvido por enfermeiros, com o objetivo de refletir sobre a essência do cuidado em condição de vulnerabilidade sob a perspectiva fenomenológica heideggeriana, permitiu o desvelamento de facetas do Ser do cuidado, agregando visão compreensiva ao corpo do conhecimento da enfermagem. A proximidade com a pessoa humana em situação vulnerabilidade possibilitou a apreensão do ser vulnerável como ser que requer cuidado autêntico (31).

O cuidado revela-se nas relações existenciais, que envolvem consideração e respeito aos modo-de-ser do outro, como essência. O cuidado autêntico possibilita que o *Dasein* assuma suas possibilidades e escolhas, no intuito de alcançar saúde e bem-estar. Dessa forma, proporciona liberdade e condições para viver o próprio ser (19).

Muitos dos profissionais de saúde já tomam como dadas as experiências dos entes que estão cuidando e, ao fazerem isso, se fecham para o modo específico de adoecer de cada um deles, isto é, as formas particulares, como cada um vivencia sua existência. Para tal, é necessário ir em busca do que está imerso nas relações, o que o *Dasein* é a cada vez.

(Re)pensar cuidadosamente acerca do cuidado que vem sido prestado sem considerar o aspecto existencial dos entes envolvidos nesse processo vem ao encontro dos questionamentos de Heidegger, quando este afirma que houve um *esquecimento-do-ser* e, ao retomar essa questão do ser, como já explicitado anteriormente, só se é possível quando o *Dasein* se compreende a partir de sua existência.

Na perspectiva de construção do cuidado de enfermagem fundado na subjetividade, um estudo realizado com casais heterossexuais sorodiscordantes para o HIV desvelou facetas sobre a gestação que oportunizaram uma experiência tranquila, minimizando os riscos de infecção para o(a) companheiro(a) soronegativo e para o recém-nascido, qualificando e aprimorando o cuidado de enfermagem (32).

Quando refletimos sobre as questões do adoecimento, estas se encontram fundamentadas, na maioria das vezes, em ontologias, embora, durante a relação de cuidado, quando o profissional se refere ao ser que está sendo cuidado como uma pessoa que possui uma doença, que necessita de medicamentos, procedimentos técnicos e tecnologia avançada, ele esteja recorrendo a um refe-

rencial metafísico cartesiano fundamentado na distinção entre sujeito e objeto, ou seja, cuidando de modo superficial (20).

Assim, ao assistir o outro, deve-se considerar o *Dasein* em sua facticidade, considerando a solidariedade, a verdade e a moralidade, atributos que contribuem para todos os envolvidos no processo (31).

Ao descrever o processo e os significados de corpo atribuídos por pacientes com câncer de cólon, que realizaram colostomia, emergiu a compreensão de que, à medida que os enfermeiros apreendem as suas capacidades para se adaptar e para exercer a si mesmos, são capazes de ajudar os pacientes a se integrarem e a se reconhecerem como seres individuais, independentes, únicos e com a capacidade física e emocional de seguir a própria vida, limitado e/ou não pela facticidade que o *Dasein* encontra-se lançado (33).

A fenomenologia de Heidegger permitiu a autor-reflexão de enfermeiros que trabalham em uma unidade de pronto-atendimento, o que possibilitou prestar um cuidado efetivo ao outro. Esse movimento evidencia a compreensão do enfermeiro ao dar sentido às suas ações de forma autêntica, quando cuida do outro. No entanto, o cuidar do outro implica cuidar de si, essencial para que o profissional se reconheça no mundo (34).

Assim, emergem as possibilidades de o *Dasein* projetar-se no mundo, na busca do seu *vir-a-ser-no-mundo*. Ao projetar-se, o *Dasein* encontra a sua condição mais originária, a de não poder-ser, sua finitude, que é uma questão profundamente incômoda para todos os homens (11).

Por vezes, a vivência da morte é inautêntica, em que constantemente o privilégio do poder-ser-mais-próprio é encoberto e, com isso, passamos a morrer de nós mesmos. Falar sobre morte significa pensar sobre nossa própria morte (35).

Essa é mais uma possibilidade do referencial heideggeriano quando se trata de compreender a possibilidade do *Dasein*, isto é, vislumbrar a morte como um acontecimento inerente à própria vida, impulsionando reflexões acerca da sua própria finitude, como um ser impotente diante da terminalidade enquanto ser-no-mundo-com-o-outro (11).

Ser-no-mundo-com-o-outro durante a pesquisa fenomenológica heideggeriana não é uma tarefa simples, pois Heidegger não teve como pretensão

elaborar um método de pesquisa empírica, mas sim, fornecer elementos que possam auxiliar no desenvolvimento das ciências eidéticas (36). Os estudos citados anteriormente possibilitam que os leitores se deparem com a diversidade dos resultados que as pesquisas fenomenológicas podem revelar.

Não se deve pensar que há procedimentos, etapas e/ou manuais que norteiam esse tipo de pesquisa, pois, ao mesmo tempo que uma faceta do fenômeno é desvelada, há a possibilidade do *Dasein* de escolher e refletir a respeito do que lhe convém diante da sua facticidade, de vir-a-ser e não-*vir-a-ser* (36).

Assim, diante do exposto, é possível apreender como a fenomenologia possibilita à enfermagem compreender o ser do outro, como também o seu próprio *ser*, permitindo que o mundo, as relações humanas e o cuidar possam se dar de modos plurais.

Considerações finais

O exposto até aqui evidencia o encontro entre a Fenomenologia como método de pesquisa e a possibilidade de intersecção com a enfermagem. Contudo, essa relação tem se dado quase que exclusivamente na pesquisa, mas não na prática de enfermagem. Esta tem se mostrado, por vezes, tecnicista, com foco apenas na dimensão física, sem considerar os demais aspectos que abarcam o ser humano — psicológico, social e espiritual.

As ideias da fenomenologia podem colaborar para um cuidado que valorize as questões existenciais do *Dasein*. Certamente, é uma das muitas possibilidades de cuidar de modo autêntico, com um olhar para novos e diferentes ângulos de compreensão do ser humano.

Contudo, a tarefa que se mostra é complexa, não só para a fenomenologia, pois não são apenas os resultados de pesquisas fenomenológicas que não são postas em prática, no cotidiano do cuidado. Isso acontece com outros paradigmas de pesquisas também. Porém, no que diz respeito à fenomenologia, compreender o outro como ser-no-mundo no contexto do adoecimento é favorecer sua compreensão, maximizar potencialidades, aceitar limitações, cuidando de modo a preservar sua essência.

Conceber o cuidado sob o olhar fenomenológico, portanto, é vê-lo para além da simples questão de administração de medicamentos e realização

de procedimentos. Implica apreendê-lo tal como no sentido original, *ex-ducere*, que é a possibilidade que o ser tem de se colocar num determinado caminho. É estar-com-o-outro, numa construção individual e coletiva desse cuidado, o qual se dá no movimento e em perspectivas.

Portanto, o referencial filosófico de Martin Heidegger demonstra-se pertinente para a realização não apenas de pesquisas na área de enfermagem, mas também para a prática de enfermagem, de modo a compreender o *Dasein* na sua singularidade de ser-no-mundo.

Subsídios

Este manuscrito teve o auxílio da agência de fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). Os estudos financiados por essa agência de fomento e que deram origem a este manuscrito são: *Análise das transformações ocorridas nas disciplinas de Enfermagem Pediátrica da Unicamp: subsídios para reestruturações futuras*, auxílio à pesquisa, processo n.º 04/15802-6. *Em busca da normalidade: sendo-com adolescentes com insuficiência renal crônica*, bolsa de mestrado, processo n.º 2013/21148-3.

Referências bibliográficas

- (1) Pires DEP. Necessary changes for advancing Nursing as caring science. *Rev Bras Enferm* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2018 Apr 6];66(esp):39-44. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700005>
- (2) Silva MJP. Nursing science. *Acta Paul Enferm (Online)* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2016 Dec 10];25(4):1-2. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400001>
- (3) Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMRD et al. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for the nursing. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Dec 10];47(3):736-41. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300030>
- (4) Esquivel DN, Silva GTR, Medeiros MO, Soares NRB, Gomes VCO, Costa STL. Production of studies in nursing under the phenomenology referential. *Rev Baiana Enferm* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2017 Jan 25];30(2):1-10. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i2.15004>
- (5) Saliema AMO, Oliveira IE, Amorim TV. Método fenomenológico heideggeriano e sua contribuição epistemológica para a Enfermagem: revisitando questões do movimento analítico. *Atas CIAIQ2015* [Internet]. 2015 [access: 15 jan. 2017];1:310-3. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/73/70>
- (6) Santos DG, Sá RN. A existência como "cuidado": elaborações fenomenológicas sobre a psicoterapia na contemporaneidade. *Rev Abordagem Gestalt* [periódico na internet]. 2013 [acesso: 6 abr 2018];19(1):53-9. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000100007&lng=pt&tlng=pt
- (7) García-Vera M, Merighi MAB, Conz CA, Silva MH, Jesus MCP, Muñoz-González LA. Primary health care: the experience of nurses. *Rev Bras Enferm* [serial on the Internet]. 2018 [access: 2018 Apr 6];71(Suppl 1):531-7. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0244>
- (8) Torres LM, Turrini RN, Merighi MAB. Patient readmission for orthopaedic surgical site infection: an hermeneutic phenomenological approach. *J Clin Nurs* [serial on the Internet]. 2017 [access: 2018 Apr 6];26(7):1011-20. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13719>
- (9) Giles TR. História do existencialismo e da fenomenologia. São Paulo (SP): EPU; 2006.
- (10) Heidegger M. Interpretações fenomenológicas sobre Aristóteles. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011.
- (11) Heidegger M. Ser e tempo. Campinas (SP): Editora da Unicamp/Vozes; 2012.
- (12) Hennessy L. The lived experience of registered nurses educated in accelerated second degree bachelor science in nursing programs: a hermeneutical phenomenological research study. *Nurs Educ Pract* [serial on the Internet]. 2018 [access: 2018 Apr 6];28:264-9. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2017.09.010>
- (13) Guimaraes MA, Husserl, Heidegger e a fenomenologia. *Cadernos da EMARF* [periódico na internet]. 2015 [acesso: 15 jan. 2016];8(2):117-24. Disponível em: <http://emarf.trf2.jus.br/site/documentos/revistafilosofia16.pdf>
- (14) Missaggia J. Heidegger e a transformação da fenomenologia: a aproximação da hermenêutica e o afastamento de Husserl. *Ágora Filos* [periódico na internet]. 2015 [acesso: 10 jan. 2017];15(1):135-48. Disponível em: www.unicap.br/ojs/index.php/agora/article/download/619/488
- (15) González AD, Garanhani ML, Bortoletto MSS, Almeida MJ, Melchior R, Nunes EFPA. Heidegger's phenomenology as a framework for health education studies. *Interface, Comun, Saúde, Educ (Online)* [serial on the Internet]. 2012 [access: 2017 Jan 15];16(42):809-17. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000035>
- (16) Mantzavinos C. O círculo hermenêutico. Que problema é este? *Tempo Soc* [periódico na internet]. 2014 [acesso: 25 jan. 2017];26(2):57-69. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v26n2/v26n2a04.pdf>
- (17) Silva RS. O círculo hermenêutico e a distinção entre ciências humanas e ciências naturais. *Ekstasis, Rev Hermenêut Fenomenol* [periódico na internet]. 2012 [acesso: 15 abril 2018];11(2):54-72. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/Ekstasis/article/view/4266/3815>

- (18) Heidegger M. Being and time. Trad. J. Macquarrie e E. Robinson. Nova York: Harper & Row; 1962.
- (19) Sebold LE, Locks MOH, Hammerschmidt KSA, Fernandez LR, Tristão FR, Girondi JBR. Círculo hermenêutico heideggeriano: uma possibilidade de interpretação do cuidado de enfermagem. Texto contexto enferm [periódico na internet]. 2017 [acesso: 15 mar. 2018];26(4):e2830017. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201700283001>
- (20) Nunes B. Heidegger & Ser e Tempo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2004.
- (21) Inwood M. Dicionário Heidegger. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2002.
- (22) Silva LE, Amorim TV, Souza IEO, Batista DCS, Padoin SSM, Melo MCSC. Historiografia e historicidade de mulheres portadoras de cardiopatia: revelações na consulta de enfermagem que contribuem para a integralidade da atenção em saúde. Atas CIAIQ2015 [Internet]. [periódico na internet]. 2015 [acesso: 15 mar. 2018];1:221-3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201700283001>
- (23) Bicudo MAV, Esposito VHC. Pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico. Piracicaba (SP): Unimep; 1997.
- (24) Melo LL. Bases da fenomenologia. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Ribeirão Preto: USP; 1997 (mimeo).
- (25) Corrêa AK. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. Rev Latinoam Enferm (online) [periódico na internet]. 1997 [acesso: 15 jan. 2017];5(1):83-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691997000100010>
- (26) Evangelista PER. Psicologia fenomenológica existencial: a prática psicológica à luz de Heidegger. Curitiba (PR): Juruá; 2016.
- (27) Pereira OS. Fenomenologia da prática: investigação em enfermagem da experiência vivida. Rev Enferm UFPE online [periódico na internet]. 2015 [acesso: 17 jan. 2017];9(10):9608-15. Disponível em: DOI: [10.5205/reuol.7944-69460-1-SM.0910201525](https://doi.org/10.5205/reuol.7944-69460-1-SM.0910201525)
- (28) Martins J, Bicudo MAV. Pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo (SP): Centauro; 2005.
- (29) Morato HTP, Cabral BEB. Considerações metodológicas a partir da formulação de uma questão para pesquisa. Interlocuções: Revista de Psicologia da Unicamp [periódico na internet]. 2003 [acesso: 25 jan. 2017];3(1/2):155-76. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/267923872_consideracoes_metodologicas_a_partir_da_formulacao_de_uma_questao_para_pesquisa_i
- (30) Amorim TV, Salimena AMO, Souza IEO, Melo CSC, Silva MF, Cadete MMM. Women's temporality after cardiac surgery: contributions to nursing care. Rev Bras Enferm [serial on the Internet]. 2015 [acesso: 2018 Apr 7];68(6):748-54. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680609i>
- (31) Cestari VRF, Moreira TMM, Pessoa VLMP, Florêncio RS, Silva MRF, Torres RAM. A essência do cuidado na vulnerabilidade em saúde: uma construção heideggeriana. Rev Bras Enferm [periódico na internet]. 2017 [acesso: 15 mar. 2018];70(5): 1112-6. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0570>
- (32) Langendorf TF, Oliveira SIE, Melo PSM, Paula CC, Azevedo QAB, Vasconcelo MMAS, et al. Possibilidades de cuidado ao casal sorodiscordante para o HIV que engravidou. Rev Bras Enferm [periódico na internet]. 2017 [acesso: 15 mar. 2018];70(6):1199-205. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0344>
- (33) Gómez GP, Mejfa BC, González SH. Tener una colostomía: transformación de la corporalidad. Cult Cuid [revista en Internet]. 2017 [acceso: 15 mar 2018];21(48):23-32. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2017-n48-tener-una-colostomia-transformacion-de-la-corporalidad>
- (34) Elias EA, Souza IEO, Spíndola T, Simões SMF, Vieira LB. Modos de ser de profissionais de enfermagem em uma unidade de pronto-atendimento. Rev Enferm UERJ [periódico na internet]. 2016 [acesso: 15 mar. 2018];24(1):e11726. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.11726>
- (35) Harada H. A finitude humana: o homem, um ser-para-a-morte. Rev Filosófica São Boaventura [periódico na internet]. 2015 [acesso: 10 jan. 2017];9(1):53-65. Disponível em: <https://revistafilosofica.saoboaventura.edu.br/filosofia/article/download/4/4>
- (36) Gil AC, Yamauchi NI. Elaboração do projeto na pesquisa fenomenológica em enfermagem. Rev Baiana Enferm [periódico na internet]. 2012 [acesso em: 15 abril 2018];26(3):565-73. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6613>

Política editorial

Ética en la publicación científica

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

1. Criterios generales

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

2. Autoría

Criterios:

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

Recomendaciones:

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

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

3. Cambios en la autoría

Criterios:

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

4. Conflicto de intereses

Criterios:

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

Recomendaciones:

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

5. Publicación duplicada

Criterios:

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

Recomendaciones:

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

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

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

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

6. Reconocimiento de las fuentes

Criterios:

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

7. Fraude científico

Criterios:

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

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

Recomendaciones:

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

8. Plagio

Criterios:

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

- 8.3. El plagio en todas sus formas constituye una conducta no ética en el ámbito editorial y académico, lo cual es inaceptable.
- 8.4. La copia literal sólo es aceptable si se indica la fuente e incluye el texto copiado con los signos de citación adecuados.

Recomendaciones:

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

9. Fragmentación

Criterios:

- 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 pagados por promotores comerciais—; autores *convidados*, que não fazem nenhuma contribuição discernível, mas que são nomeados para aumentar as possibilidades de publicação; e autorias *honorárias*, que se baseiam unicamente em uma afiliação tênue com um estudo.

Recomendações:

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

3. Mudanças na autoria

Critérios:

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

4. Conflito de interesses

Critérios:

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

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

Recomendações:

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

6. Reconhecimento das fontes

Critérios:

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

7. Fraude científica

Critérios:

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

Recomendações:

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

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

Bibliografía

- Black W, Russo R, Turton D. The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes. *Physics Letters*. 2010; 694(3); 246-51.
- Elsevier. "Autoría. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0010/183394/ETHICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf.
- . "Conflicto de intereses. Ethics in research & publication". Accedido 28 de abril de 2017. https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_COI02_ES_2015.pdf
- . "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". Accedido 28 de abril de 2017. https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_SSUB02_ES_2015.pdf

- . Elsevier. "Autoría". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_AUTH02_ES_2015.pdf
- . "Ethics in Research & Publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Brochure_Ethics_2_web.pdf
- . "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_SSUB02_ES_2015.pdf
- . "Ethics. Conducting research". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>
- . "Ethics. Writing an article". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>
- . "Fraude en investigación. Ethics in research & publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_RF02_ES_2015.pdf

Instruções para os autores

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

Tipos de artigos para publicação (segundo Colciencias)

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

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

3. Artigo de revisão. Documento que decorre de uma pesquisa onde se analisam, sistematizam e 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.

Critérios 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:
- Fabrication of data: invention of data and investigation results in order to be published.
 - Falsification of data: manipulation of investigation materials, images, data, equipment or processes. Forgery includes modification or omission of data or results, so that the investigation is not properly represented. Someone may falsify data to adequate them to the final desired result.

Recommendations:

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

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

8. Plagiarism

Principles:

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

Recommendations:

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

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

9. Fragmentation

Principles:

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

Recommendations:

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

10. Informed consent

Principles:

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

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

11. Correction of published articles

Principles:

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

Bibliography

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

Elsevier. "Autoría. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. 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.