



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

AVANCES EN ENFERMERÍA

Dolly Montoya Castaño
RECTORA 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 y registrada en/Indexed and registered in/Indexada e registrada em

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

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

Índice Nacional de Publicaciones Seriadas Científicas y Tecnológicas Colombianas (PUBLINDEX), categoría C

Fuente Académica de EBSCO

Plataforma REDIB

Scientific Electronic Library Online (SciELO-COLOMBIA)

Base de Datos Bibliográfica CUIDEN de la Fundación INDEX
Repositorio Virginia Henderson International Nursing Library
de la Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International
Lista Qualis-Periódicos de la CAPES, clasificada en B2

Directory of Open Access Journals (DOAJ)

Ulrich's Periodicals Directory

Portal Dialnet

Ranking Rev-Sapiens 2018

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. ALINE CRISTIANE DE SOUSA AZEVEDO AGUIAR**
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
- MG. ALEJANDRO HERNÁNDEZ DÍAZ**
Universidad Mayor Temuco, Chile
- MG. SANDRA GUÁQUETA PARADA**
Universidad Nacional de Colombia, Colombia
- DRA. XIMENA PALACIOS ESPINOSA**
Universidad del Rosario, Colombia
- MG. LUIS DAZA CASTILLO**
Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Colombia
- MG. MARCELA SANHUEZA PARRA**
Universidad San Sebastián, Chile
- MG. DIANNE SOFÍA GONZÁLEZ ESCOBAR**
Universidad Francisco de Paula Santander, Colombia
- DRA. FERNANDA JORGE GUIMARÃES**
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil
- MG. DANIEL AUGUSTO SILVA**
Universidade Federal de São Paulo, Brasil
- DRA. TERESITA ALZATE YEPES**
Universidad de Antioquia, Colombia
- DRA. DOLORES SILVESTRE CASTELLÓ**
Universidad Cardenal Herrera CEU, España
- MG. AUGUSTO CEZAR ANTUNES DE ARAUJO FILHO**
Universidade Federal do Piauí, Brasil
- MG. HELLEN POLLYANNA MANTELO CECILIO**
Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Brasil
- MG. BRÍGIDA MARIA GONÇALVES DE MELO BRANDÃO**
Universidade de Pernambuco, Brasil
- DRA. SABRINA AYD PEREIRA JOSÉ**
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
- DRA. ADELA JUDITH STOPPEL DE GUELLER**
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil
- MG. ÁNGEL NOÉ ALVARADO PIZARRO**
Universidad Autónoma de Chihuahua, México
- DRA. YESICA YOLANDA RANGEL FLORES**
Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México
- MG. ANA MARIA BORGES MARQUES**
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
- DR. JAIRO JAVIER VANEGAS LÓPEZ**
Universidad de Santiago de Chile, Chile
- CARLOS ROMUALDO DE CARVALHO E ARAÚJO**
Universidade Estadual Vale do Aracajú, Brasil
- DRA. TATIANA CARVALHO REIS MARTINS**
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Brasil

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 3 septiembre-diciembre 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: Viviana Zuluaga

Diagramación: Diana Carolina Castro C.

Contenido

EDITORIAL

271 **Educación y pedagogía en enfermería: un camino recorrido**

Ana Maritza Gómez Ochoa

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

273 **Ações desenvolvidas por cuidadores de idosos institucionalizados no Brasil**

Acciones desarrolladas por cuidadores de ancianos institucionalizados en Brasil

Actions developed by institutionalized caregivers of the elderly in Brazil

Amanda Karolina Torres de Medeiros Alves, Candice Alves Esmeraldo, Mariela Samantha de Carvalho Costa, Mônica Larissa Padilha Honório, Vilani Medeiros de Araújo Nunes, Anna Alice Lessa de Freitas, Isac Davidson Santiago Fernandes Pimenta, Isaac Newton Machado Bezerra, Grasiela Piuvezam

283 **Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI**

Associação entre o nível de incerteza e o tipo de enfermidade em pacientes hospitalizados em UTI

Association between the level of uncertainty and the type of illness in patients hospitalized in ICU

Inna Elida del R. Flórez Torres, Amparo Montalvo Prieto, Elizabeth Romero Massa

292 **Arranjos familiares com pessoas idosas: fatores contributivos** **Arreglos familiares con personas mayores: factores contributivos**

Family arrangements with the elderly: contributory factors

Aline Cristiane de Sousa Azevedo Aguiar, Tânia Maria de Oliveira Menezes, Climene Laura de Camargo

302 **Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas**

Salud mental y calidad de vida de personas mayores

Mental health and quality of life of elderly people

Jussara Marília Gato, Leoni Terezinha Zenevicz, Valéria Silvana Faganello Madureira, Tatiana Gaffuri da Silva, Kátia Lilian Sedrez Celich, Sílvia Silva de Souza, Marcela Martins Furlan de Léo

311 **Menores de dos años y la disfunción nutricional: la visión del enfermero de la atención básica**

Menores de dois anos e a disfunção nutricional: a visão do enfermeiro da atenção básica

Under two years old children and nutritional dysfunction: the vision of the primary care nurse

Luciana Ferreira Lemos, Leda Maria Albuquerque, Liliana Müller Larocca, Verônica de Azevedo Mazza

320 **Satisfação dos usuários com um serviço de referência no cuidado do HIV**

Satisfacción de usuarios en un servicio de referencia en el cuidado para el VIH

Satisfaction of users with a reference health service for care of HIV

Betina Hörner Schindwein Meirelles, Micheline Henrique Araújo da Luz Koerich, Veridiana Tavares Costa, Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

328 **O melhor da hospitalização: contribuições do brincar para o enfrentamento da quimioterapia**

Lo mejor de la hospitalización: contribuciones del juego al enfrentamiento de la quimioterapia

The best of hospitalization: contributions of playing to cope with chemotherapy

Amanda Mota Pacciullo Sposito, Nathália Rodrigues Garcia-Schinzari, Rosa Maria de Araújo Mitre, Luzia Iara Pfeifer, Regina Aparecida Garcia de Lima, Lucila Castanheira Nascimento

338 **Más allá de los síntomas: vivir con VIH es motor de cambio**

Além dos sintomas: viver com HIV é motor de mudança

Beyond symptoms: living with HIV is a life changing motor

Ana María Bastidas Erazo, Gladys Eugenia Canaval Erazo

ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN DERIVADOS DE
INVESTIGACIÓN

347 **Aporte de la ética convergente a la enseñanza
de bioética para investigación**

Contribuição da ética convergente para o ensino
de bioética para investigação

Contribution of convergent ethics to the
teaching of bioethics for research

Yanira Astrid Rodríguez Holguín

REPORTES DE CASO

355 **Experiências de estudantes internacionais
ao gerar longe do seu país de origem**

Experiencias de estudiantes internacionales al
gestar lejos de su país de origen

Experiences of international students on
gestation away from their country of origin

Francisca Mayra de Sousa Melo, Marks Passos Santos, Leilane
Barbosa de Sousa, Violeta Maria de Siqueira Holanda, Márcio
Flávio Moura de Araújo, Emanuella Silva Joventino

Educación y pedagogía en enfermería: un camino recorrido

• Ana Maritza Gómez Ochoa¹ •

•1• Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia (Bogotá, Colombia). Correo electrónico: amgomez@unal.edu.co

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.76407>

La educación y pedagogía en enfermería inician unidas a las acciones propias del ser enfermero. Como escenario histórico, la enfermería registró nociones y conceptos que sin duda se nutrieron de la pedagogía, cuyo objeto de estudio es la educación y las formas de adquisición del conocimiento.

Para el siglo XX se plantearon conceptualizaciones sobre el porqué y el cómo de la educación, las cuales, retomadas desde diversas perspectivas filosóficas lideradas por Juan Amos Comenio, Johann Friedrich Herbart, John Dewey, Maria Montessori, Friedrich Nietzsche, Søren Aabye Kierkegaard, Karl Marx, Michel Foucault y Paulo Freire, entre otros, situaron la función de la educación en relación con diversas orientaciones y elevaron la pedagogía al nivel de ciencia, para hacer fuertes críticas a ciertos modelos educativos que atendían no solo al poder y las formas de dominación, sino al conocimiento del sujeto y su compleja individualidad (1); propuestas que tienen auge aun en el siglo XXI, entre quienes reflexionan sobre la educación y su lugar social.

Enfermería por su parte, desde que se inauguró como profesión y disciplina en el país, vinculó una práctica educativa hacia el cuidado de la salud, a

partir de estrategias y acciones pedagógicas que propendían por restaurar o mejorar las condiciones de salud de la población; desde la formación, se visibilizó en los currículos dichas orientaciones (2); ya desde 1926 se venía promulgando una educación sanitaria, definida por Wood como: “la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud del individuo y de la comunidad”(3 p55).

De acuerdo con estos enunciados, tomaron fuerza la educación y la pedagogía para el cuidado de la salud y dieron mayor importancia a la pregunta por los fines educativos a partir de la efectividad de los procesos de la enseñanza, el aprendizaje, el método y el quehacer docente, en donde se advirtió que el contexto sociopolítico y cultural influían decididamente en las formas de educación y la reflexión de sus procesos.

Múltiples cambios de orden curricular y orientación pedagógica se registraron en diferentes momentos históricos para enfermería, que pasaron de enseñanzas centradas en técnicas y procesos a una pedagogía que diera cuenta del saber ser y hacer de una manera más argumentada y reflexiva desde las perspectivas antológica, axiológica y epistemológica.

Hoy la discusión de la educación y de la pedagogía, cuyos campos y objetos de saber presentan distintas posiciones, se acercan al entendimiento de un individuo que conoce y construye intersubjetividades propias las cuales este retoma para reflexionar el mundo en el que vive y se desarrolla, inspiradas por aquellos pensadores que en su momento expusieron sus indiscutibles aportes en el campo educativo. Enfermería recoge estos objetos de saber que logra interconectar con su experiencia profesional para articular nuevas formas de enunciación en su labor docente, las cuales delimitan las metas y los alcances en la formación profesional.

Las experiencias actuales en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia sobre educación muestran una preocupación por configurar una episteme cuyos pilares son tomados de la pedagogía misma, para tener mayores elementos de análisis que permitan develar el camino educativo y responder a la misión encomendada como formadores de recurso humano en el país. Diversos trabajos del orden investigativo se están llevando a cabo en la facultad, cuya pretensión radica principalmente en conquistar un horizonte conceptual que plantee una praxis transformadora y argumentativa y se refleje en los planes, programas de estudio y elementos que la constituyen, en términos de la evaluación, la enseñanza y el aprendizaje, en virtud de lograr un cambio en los educandos, quienes finalmente son los que tienen la responsabilidad de atender los desafíos futuros que les impone la sociedad.

Referencias

(1) Böhm W. La historia de la pedagogía. Desde Platón hasta la actualidad [Internet]. Córdoba: Eduvim, Universidad Nacional de Villa María [citado 2018 Nov 7]; 2010. Disponible en: http://www.academia.edu/27230944/La_Historia_De_La_Pedagogia_-_Desde_Platon_Hasta_La_Actualidad.pdf

(2) Gómez AM. La salud como una práctica pedagógica en Colombia 1920-1990 [tesis doctoral; virtual]. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional de Colombia [citado 2018 Nov 7]; 2015. Disponible en: <http://repositorio.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/84/TO-17886.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

(3) Salleras L. Educación Sanitaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A. [citado 2018 Nov 7]; 1990, p235. Disponible en: <http://www.editdiazdesantos.com/libros/salleras-sanmarti-l-educacion-sanitaria-principios-y-aplicaciones-C01000190201.html#contenido>

Ações desenvolvidas por cuidadores de idosos institucionalizados no Brasil*

Acciones desarrolladas por cuidadores de ancianos institucionalizados en Brasil

Actions developed by institutionalized caregivers of the elderly in Brazil

- Amanda Karolina Torres de Medeiros Alves¹ • Candice Alves Esmeraldo² • Mariela Samantha de Carvalho Costa³ • Mônica Larissa Padilha Honório⁴ • Vilani Medeiros de Araújo Nunes⁵ • Anna Alice Lessa de Freitas⁶ • Isac Davidson Santiago Fernandes Pimenta⁷ • Isaac Newton Machado Bezerra⁸ • Grasiela Piuvezam⁹

* Esta pesquisa insere-se no projeto “Saúde Bucal de Idosos Institucionalizados no Brasil” e tem relação com outros trabalhos publicados pelos autores (16, 17).

•1• Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal/RN, Brasil). Correio eletrônico: amandaalves.medufrn@gmail.com

•2• Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal/RN, Brasil). Correio eletrônico: candice_alves@hotmail.com

•3• Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal/RN, Brasil). Correio eletrônico: marielasamanta@gmail.com

•4• Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal/RN, Brasil). Correio eletrônico: monicalarissa14@gmail.com

•5• Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Saúde Coletiva (Natal/RN, Brasil). Correio eletrônico: vilani.nunes@gmail.com

•6• Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal/RN, Brasil). Correio eletrônico: aalicefreitas_@hotmail.com

•7• Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Saúde Coletiva (Natal/RN, Brasil). Correio eletrônico: isacdavidson29@gmail.com

•8• Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Saúde Coletiva (Natal/RN, Brasil). Correio eletrônico: isaacnewtonb@yahoo.com.br

•9• Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Saúde Coletiva (Natal/RN, Brasil). Correio eletrônico: gpiuvezam@yahoo.com.br

Recibido: 30/08/2017 Aprobado: 16/08/2018

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.67355>



Resumo

Objetivo: analisar as ações desenvolvidas por cuidadores de idosos direcionadas a residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) no Brasil.

Método: estudo de natureza qualitativa com análise de dados quantitativa, sendo classificado como observacional e analítico, desenvolvido em 36 ILPI selecionadas em 11 municípios brasileiros de médio e grande porte, distribuídas nas 5 regiões geográficas brasileiras. Foram realizadas entrevistas com os cuidadores no período de 2008 a 2011. A análise do material discursivo (corpus) foi mediada pelo *software* de análise quantitativa dos dados textuais, o *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE)*, versão 4.9 para Windows.

Resultados: participaram da pesquisa 117 cuidadores de idosos das ILPI estudadas. A maioria dos cuidadores pertence ao sexo feminino e trabalha em ILPI sem fins lucrativos (filantrópica). O material textual originou 5 classes semânticas, as quais foram distribuídas em dois eixos principais. O primeiro eixo denominado foi *Assistência à saúde do idoso institucionalizado* e o segundo eixo *Atividades habituais dos cuidadores nas ILPI*.

Conclusões: os discursos puderam trazer à tona que as principais ações realizadas estão relacionadas ao cuidado direto ao idoso, como a alimentação, higiene pessoal –bucal e geral– e administração de medicamentos. Além disso, a saúde bucal ocupa um lugar de relevância para os cuidadores, apesar de relatarem dificuldades para realização desta prática.

Descritores: Idoso; Cuidadores; Saúde Bucal; Instituição de Longa Permanência para Idosos (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: analizar las acciones realizadas por cuidadores de ancianos dirigidas a residentes de instituciones de larga estancia para ancianos (ILEA) en Brasil.

Metodología: estudio de naturaleza cualitativa con análisis de datos cuantitativo, clasificado como observacional y analítico, desarrollado en 36 ILEA seleccionadas en 11 municipios brasileños de medio y gran porte, distribuidas en las 5 regiones geográficas. Se realizaron entrevistas a los cuidadores en el periodo 2008-2011. El análisis del material discursivo (corpus) fue mediado por el *software* de análisis cuantitativo de datos textuales *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE)*, la versión 4.9 para Windows.

Resultados: los participantes fueron 117 cuidadores de ancianos de las ILEA estudiadas. La mayoría de los cuidadores son mujeres y trabajan en ILEA sin ánimo de lucro (filantrópicas). El material textual originó 5 clases semánticas que se dividieron en dos ejes principales. El primer eje se denominó *Asistencia a la salud de ancianos institucionalizados* y el segundo eje *Actividades habituales de cuidadores en ILEA*.

Conclusiones: los discursos evidenciaron que las principales acciones realizadas están relacionadas con el cuidado directo al anciano, como la alimentación, higiene personal –bucal y general– y administración de medicamentos. Además, la salud bucal ocupa un lugar de relevancia para los cuidadores, a pesar de que relaten dificultades para realizar esta práctica.

Descritores: Anciano; Cuidadores; Salud Bucal; Hogares para Ancianos (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to analyze the actions taken by caregivers of the elderly aimed at long-stay institutions for elderly residents (LSIE) in Brazil.

Methodology: qualitative study with quantitative data analysis, classified as observational and analytical, developed in 36 (LSIE) selected in 11 Brazilian municipalities of medium and large size, distributed in the 5 Brazilian geographic regions. Interviews were carried out with the caregivers from 2008 to 2011. The analysis of the discursive material (corpus) was mediated by quantitative analysis software of textual data, *Analyse lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE)*, version 4.9 for Windows.

Results: the participants were 117 elderly institutionalized caregivers of LSIE. Most caregivers are female and work in philanthropic institutions. The textual material originated 5 semantic classes, which were divided into two fundamental areas. The first area was called *Assistance to the health of institutionalized elderly* and the second area *Usual activities of caregivers in LSIE*.

Conclusions: the speeches showed that the main actions carried out are related to direct care to the elderly, such as food, personal hygiene –oral and general– and medication administration. In addition, oral health occupies a place of relevance for caregivers, despite the fact that they report difficulties to perform this practice.

Descriptors: Aged; Caregivers; Oral Health; Homes for the Aged (source: DeCS, BIREME).

Introdução

O cuidado ultrapassa a definição de atendimento ou do nível de atenção em saúde (1). Entendido como uma extensão da integralidade, o cuidado em saúde busca tratar, respeitar, acolher e compreender o outro em suas diversas dimensões. Segundo Boff (2) esse cuidado caracteriza-se por uma busca da efetivação da integralidade, onde o desenvolvimento da empatia torna-se primordial.

O cuidado ao idoso, em meio à alta frequência de comorbidades e dificuldades da vida diárias tipicamente verificadas, demanda uma associação de conhecimentos e condutas específicas para este grupo. A literatura aponta que pelo menos um quinto da população idosa apresenta dificuldades para realização de ao menos uma atividade instrumental de vida diária, como preparo de alimentos, locomoção pela comunidade, cuidar das finanças ou de animais de estimação, e dessa, 10 % necessita de auxílio para atividades básicas de vida diária como tomar banho e vestir-se (3). Essas limitações sejam físicas ou advindas de um problema de saúde, indicam uma incapacidade funcional (4), condição essa disparadora da presença de um cuidador.

O cuidador de idosos é o profissional responsável pela atenção ao idoso, auxiliando-o com as atividades diárias. Esta função pode ser exercida por uma pessoa da família ou amiga (cuidador informal) ou contratada para tal (cuidador formal) (5).

A importância do cuidador aumenta à medida que se eleva a expectativa de vida e cresce o número de idosos (6). Dados da Organização Mundial de Saúde sugerem que em 2025, o Brasil terá a sexta maior população de idosos no mundo (7).

No Brasil, aos poucos, essa profissão vem ganhando espaço. A necessidade desses profissionais é reforçada por instrumentos legais como o Estatuto do Idoso em 2003 (8) e pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em 2006 (9), que descreveu sobre a necessidade de recursos humanos capacitados para a atenção à saúde do idoso.

Neste sentido, apesar da valorização do cuidado domiciliar do idoso com vistas a reduzir custos com assistência hospitalar, percebe-se uma tendência de aumento das taxas de institucionalização (10).

Em 2002 eram 0,14 % aumentando para 1,5 % em 2008 (11). Dentre as causas desse fenômeno estão as mudanças na estrutura familiar, como redução do número de filhos e a maior inserção da mulher no mercado de trabalho, sendo esta na maioria das vezes a cuidadora principal. Soma-se a isso o crescente nível de dependência dos idosos (12). Assim, a institucionalização se torna uma alternativa de suporte social ao idoso.

Entretanto, a literatura aponta que o cuidado formal, organizado, eficiente e que possua uma proposta de trabalho voltada para manter o idoso independente e autônomo mostra-se praticamente inexistente no Brasil (5, 12). Os cuidadores das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) geralmente não receberam uma formação direcionada no sentido de prestar cuidado especializado ao idoso (13).

Diante de tais constatações, evidencia-se a necessidade de conhecer as práticas de cuidados exercidas por esses profissionais na perspectiva de ofertar um cuidado qualificado ao idoso e, em contrapartida, uma melhor qualidade de vida ao cuidador (14, 15).

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo identificar e analisar as principais ações desenvolvidas por cuidadores de idosos direcionadas a residentes de ILPI no Brasil.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa com análise de dados quantitativa, classificado como observacional e analítico realizado no período 2008-2011.

O estudo foi realizado em 36 ILPI selecionadas em 11 municípios brasileiros de médio e grande porte, distribuídas nas 5 regiões geográficas brasileiras (norte, nordeste, sul, sudeste e centro-oeste).

Os municípios pesquisados foram sorteados, dois em cada região geográfica, atendendo aos seguintes critérios de inclusão: municípios com 100 mil habitantes ou mais, de acordo com a Lista de Projeção Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o ano de 2005; municípios com percentagem de idosos na população maior ou igual à mediana encontrada em cada região geográfica.

Os municípios selecionados foram: Ji-Paraná (RO) e Araguaína (TO) na região Norte; Crato (CE) e Arapi-

raca (AL) na região Nordeste e Natal (RN) por conveniência; Poços de Caldas (MG) e Magé (RJ) na região Sudeste; Rio Verde (GO) e Rondonópolis (MT) na região Centro-Oeste e Maringá (PR) e Bagé (RS) na região Sul. O município de Natal foi incluído por conveniência em virtude do acesso facilitado aos pesquisadores.

As instituições de idosos que participaram da pesquisa seguiram os seguintes critérios de inclusão: i) instituições públicas, privadas ou filantrópicas; e ii) instituições que possuíam o Alvará de Funcionamento Municipal e com registro na Vigilância Sanitária, em cada um dos municípios.

Realizou-se um censo com cuidadores de idosos com vínculo formal de emprego nas ILPI nos municípios investigados. Os participantes cuidadores de idosos incluídos atenderam aos seguintes critérios específicos: i) ser cuidador de idosos da ILPI pesquisada; e ii) exercer a função de cuidador de idoso há mais de um ano.

A avaliação da atuação dos cuidadores dos idosos foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada. Os tópicos guia abordaram as ações do cuidador direcionadas à saúde do idoso e também o cuidado prestado ao idoso no cotidiano das ILPI. As sessões foram gravadas com prévia autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas.

A análise do material discursivo (corpus) foi mediada pelo *software* de análise quantitativa dos dados textuais, o *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE)*, versão 4.9 para Windows. O *software* faz cálculos estatísticos e classificação léxica das palavras de um conjunto de textos. Ele agrupa raízes semânticas definindo-as por classes, levando em consideração a função da palavra dentro do texto.

Na intenção de diminuir a subjetividade do pesquisador sobre o objeto de estudo, a denominação das classes e eixos resultantes da análise do ALCESTE foi realizada por meio de consulta *ad hoc* a três pesquisadores externos à pesquisa. Posteriormente realizou-se consenso sobre a denominação mais representativa da análise.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa sob o número do SISNEP 0033.0.051.000-06. Todos os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participarem da pesquisa, de acordo com a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, vigente à época da pesquisa. O anonimato dos participan-

tes foi garantido através de um número identificador que substituiu o nome no registro da entrevista.

Resultados

Foi encontrado dentro das 36 ILPI participantes da pesquisa um total de 307 cuidadores e 1412 idosos. As caracterizações das ILPI participantes do estudo estão descritas na Tabela 1.

Dos 307 cuidadores, 117 atendiam os critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa. As informações acerca das características sociodemográficas dos participantes estão representadas na Tabela 2.

No que tange à análise mediada pelo programa ALCESTE, este identificou 117 Unidades de Contexto Iniciais, que correspondem ao total de entrevistas submetidas à análise. O corpus elaborado foi dividido em 982 unidades de contexto elementares, constituindo 100 % do material analisado. Em seguida, após uma nova classificação 78 % do material submetido à análise foi aproveitado, originando 5 classes semânticas, as quais foram distribuídas em dois eixos principais que estão apresentadas na Figura 1.

Figura 1. Dendograma com as representações dos eixos e das suas respectivas classes.

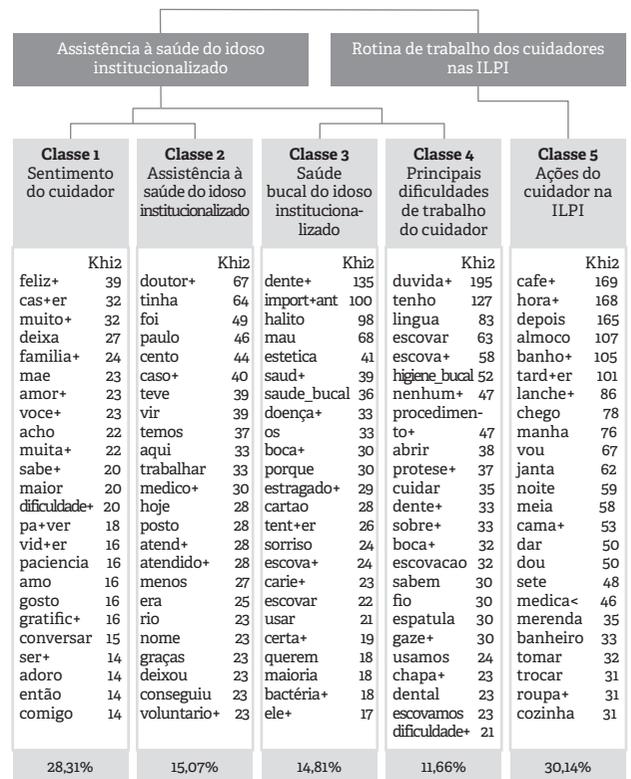


Tabela 1. Relação das Instituições de Longa Permanência para Idosos distribuídas por município e região, capacidade instalada, número de idosos residentes e número de cuidadores por instituição.

ILPI	Município	Região	Capacidade instalada	Idosos Residentes	Total de Cuidadores	Cuidadores participantes do estudo	% de cuidadores participantes do estudo	Relação Idoso/cuidador
ILPI 1	Arapiraca, AL		45	38	12	9	75	3,16
ILPI 2	Crato, CE	NE	35	9	2	2	100	4,50
ILPI 3			32	31	8	6	75	3,87
ILPI 4	Ji-Paraná, RO	N	70	61	11	3	27,27	5,54
ILPI 5	Araguaína, TO		45	35	8	6	75	4,37
ILPI 6			22	21	2	2	100	10,50
ILPI 7	Rio Verde, GO	CO	22	10	3	3	100	3,33
ILPI 8			100	94	19	5	26,31	4,94
ILPI 9	Rondonópolis, MT		80	40	11	8	72,72	3,63
ILPI 10		90	86	19	6	31,57	4,52	
ILPI 11	Magé, RJ	SE	40	39	5	4	80	7,80
ILPI 12	Poços de Caldas, MG		80	73	7	2	28,57	10,42
ILPI 13			17	17	6	1	16,66	2,83
ILPI 14			10	9	0	0	100	--
ILPI 15			27	22	9	3	33,33	2,44
ILPI 16			50	46	10	2	20	4,60
ILPI 17			28	28	15	3	20	1,86
ILPI 18			23	23	2	0	0	11,5
ILPI 19			30	25	12	4	33,33	2,08
ILPI 20		20	12	10	2	20	1,20	
ILPI 21		36	35	14	1	7,14	2,50	
ILPI 22	Maringá, PR	S	10	4	2	2	100	2,00
ILPI 23			45	37	8	3	37,50	4,62
ILPI 24			60	52	13	4	30,76	4,00
ILPI 25			80	68	20	2	10	3,40
ILPI 26			20	18	5	2	40	3,60
ILPI 27	Bagé, RS		50	44	5	5	100	8,80
ILPI 28		133	79	5	3	60	15,80	
ILPI 29	Natal, RN	NE	40	38	8	4	50	4,75
ILPI 30			38	38	7	3	42,85	5,42
ILPI 31			170	156	32	12	37,50	4,87
ILPI 32			50	45	21	0	0	2,14
ILPI 33			45	20	5	0	0	4,00
ILPI 34			22	20	7	2	28,57	2,85
ILPI 35			15	14	2	0	0	7,00
ILPI 36			50	25	3	3	100	8,33
TOTAL			1730	1412	307	117	38,11	4,59

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 2. Características sociodemográficas dos cuidadores de idosos entrevistados pertencentes à ILPI no Brasil.

Variáveis	N	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	98	83,7
Masculino	19	16,2
Município		
Arapiraca	9	7,69
Araguaína	8	6,83
Bagé	8	6,83
Crato	8	6,83
Ji-Paraná	3	2,56
Magé	4	3,41
Maringá	20	17,09
Natal	24	20,51
Poços de Caldas	11	9,40
Rio Verde	8	6,83
Rondonópolis	14	11,96
Formação		
Técnico de enfermagem	33	28,20
Auxiliar de enfermagem	17	14,52
Cuidador	28	23,93
Sem formação	39	33,33
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	20	17,05
Ensino fundamental completo	10	8,54
Ensino médio completo	58	49,57
Não informado	29	24,78

Fonte: dados da pesquisa.

Discussão

Primeiro eixo: Assistência à saúde do idoso institucionalizado

Esse eixo trouxe as características da assistência à saúde do idoso institucionalizado a partir de quatro classes. A classe 1 denominada *Sentimento do cuidador* é a segunda classe mais evidente na fala dos cuidadores, com 28,31 % de representação. Sendo perceptíveis na contextualização do discurso as palavras 'feliz' (Qui-quadrado = 39); 'amor' (Qui-quadrado = 23); 'dificuldades' (Qui-quadrado = 20) e 'paciência' (Qui-quadrado = 16), mostrado a seguir:

A gente vai levando, o que me deixa feliz, eu amo a terceira idade, adoro elas virem conversar comi-

go e elas estão sempre agradecendo e a gente acha que faz tão pouco e eu estou até me cobrando isso então [Cuidador 100].

Para alguns cuidadores de idosos as atividades realizadas são fonte de prazer, conforto e satisfação pessoal, apesar do esforço exigido nesta profissão (18).

As dificuldades eu sinto um pouco mais. Eu gosto do que faço. Adoro estar em contato com os pacientes, quero eles muito bem e estou sempre disponível [Cuidador 112].

Os sentimentos e situações desenvolvidos por estes profissionais são muito variados e podem incluir: estresse, cansaço, ternura, afeição e bem-estar. Há também conflitos emocionais gerados pelo sofrimento e pela dor presenciados pelos cuidadores nestas instituições o que gera desgaste psicológico (12).

Tem que ter muita paciência, tem que ter muito carinho com eles, tem que saber até a maneira de falar, porque eles já estão idosos. Se a pessoa não conseguir conversar com eles machuca muito os sentimentos. Tem que saber até conversar com eles [Cuidador 59].

Observa-se nos discursos dos cuidadores que muitos se sentem realizados, felizes com sua profissão e seguem acreditando que seu trabalho é importante. Apesar disto, alguns cuidadores relataram que esta profissão requer habilidades específicas como ter bastante paciência, ter carinho com os idosos, além de saber conversar já que, segundo eles, os idosos são mais sensíveis.

É necessário ressaltar a grande participação das mulheres cuidadoras de idosos entre os cuidadores, o que representa a feminização do cuidado em saúde haja vista que o ato de cuidar por vezes é concebido como ato naturalmente feminino. Soma-se também a maior inserção da mulher no mercado de trabalho, com a participação maior de mulheres na função de cuidador de idosos (19).

A classe 2 intitulada *Assistência à saúde do idoso institucionalizado* contemplou 15,07 % dos discursos dos cuidadores. Evidenciam-se 3 elementos que contextualizam as falas: 'doutor' (Qui-quadrado = 67); 'trabalhar' (Qui-quadrado = 33) e 'voluntário' (Qui-quadrado = 23). Tais constatações são mostradas a seguir:

Tem um motorista que presta favor à casa, que leva o profissional e traz para fazer este serviço. Nós somos voluntários remunerados, todos nós aqui. Nós temos um cardiologista quando precisa ou então o doutor mesmo encaminha [Cuidador 01].

Nessa classe, observa-se que a assistência à saúde do idoso institucionalizado depende da prestação de cuidados médicos essencialmente e que, em algumas circunstâncias, esse tipo de serviço é ofertado por outros profissionais de saúde de forma voluntária (20).

Na classe 3, *Saúde bucal do idoso institucionalizado* as palavras mais citadas foram 'dentes' (Qui-quadrado = 135); 'importante' (Qui-quadrado = 100); 'hálito' (Qui-quadrado = 98) e 'estética' (Qui-quadrado = 41). Estão evidentes nos seguintes discursos:

Se não fizer a higiene bucal certa pode ocorrer tantas doenças, mau hálito, problemas de estômago, que incomodam eles. Eles sempre têm os dentes bem escovados, as próteses também porque alguns usam prótese [Cuidador 89].

Acho que saúde bucal passa dignidade, respeito, e a aparência também importa. Acho que passa dignidade e é importante a saúde bucal dos idosos por causa da higiene, pelo fato de poder sorrir, se orgulhar. Tem muitos idosos que tem vergonha de sorrir porque faltam os dentes [Cuidador 25].

A saúde bucal do idoso é um tema relevante a ser discutido entre os cuidadores de idosos. Estudos já apontam a precária condição de saúde bucal dos idosos institucionalizados brasileiros, em um cenário de elevada perda dentária, principalmente quando comparado ao de outros países. Soma-se ao fato de que as perdas dentárias em idosos desencadeiam outros problemas de saúde, como a desnutrição, além de problemas sociais, como baixa autoestima e dificuldades de comunicação (21, 22).

De acordo com Portella e colaboradores (23) a atenção com a saúde oral dos idosos dependentes é um item em que não há a devida formação entre os cuidadores de idosos, inclusive corroborando com o fato de que tais profissionais em sua maioria não possuem uma instrução adequada para exercer este serviço. Observamos no discurso, entretanto, que alguns cuidadores de idosos acreditam estarem capacitados para esta função específica, enquanto outros evidenciaram que gostariam de aperfeiçoamento para realizar melhor esta função tão importante à saúde dos idosos por eles cuidados.

Para outros autores a falta de cooperação dos idosos foi um dos principais itens citados que contribuem para a dificuldade de se realizar uma higiene oral adequada (24). Além disso, mostrou-se que alguns cuidadores revelam que este procedimento específico é visto como um fardo no trabalho dos mesmos e que eles não seguem um protocolo padrão, item que foi observado também em algumas entrevistas.

O nível educacional dos cuidadores de idosos observados nesta pesquisa foi em sua maioria insatisfatório, item também observado na literatura, e apesar de terem consciência dos problemas que a falta de higiene bucal pode provocar, a prática é deficiente entre estes profissionais (25).

Na classe 4, *Principais dificuldades de trabalho do cuidador* houve a menor representação entre as 5 classes, contando com apenas 11,66 %. Sendo perceptíveis na contextualização do discurso as palavras: 'dúvidas' (Qui-quadrado = 195); 'higiene bucal' (Qui-quadrado = 52); 'procedimentos' (Qui-quadrado = 47); 'escovação' (Qui-quadrado = 32) e 'dificuldades' (Qui-quadrado = 21). Essa classe trouxe à tona que a principal dificuldade sentida pelos cuidadores foi a relacionada com o cuidado com a saúde bucal, corroborando com os resultados da classe 3.

Não sei se cuidamos certo da higiene bucal dos idosos. Tenho medo de machucar o idoso. Na higiene bucal dos idosos usamos bicarbonato, espátula, gaze. Com gaze no dedo a gente faz a higiene bucal do idoso. Escovamos os dentes ou a prótese e a língua [Cuidador 88].

A gente não sabe nada sobre higiene bucal. Quanto mais a gente aprender sobre isso, melhor. A gente usa enxaguante bucal, usa com gaze, limpa a gengiva, boca e língua, tudo com enxaguante bucal [Cuidador 67].

Muitos cuidadores realizam suas atividades sem ajuda, sendo estes os principais responsáveis pelas atividades diárias dos idosos (25). Contudo, a baixa qualificação ocasiona diversas ações inadequadas em seus ambientes de trabalho (18).

Segundo eixo: Atividade habitual dos cuidadores nas Instituições de Longa Permanência para Idosos

No segundo eixo obtivemos apenas a classe 5, classificada como *Ações do cuidador na ILPI*, com a maior porcentagem de representação entre as 4 demais classes, 30,14 %. Nesta classe destacamos as seguintes palavras: 'café' (Qui-quadrado = 169); 'almoço' (Qui-quadrado = 107); 'banho' (Qui-quadrado = 105) e 'medicações' (Qui-quadrado = 46).

Entramos no trabalho às sete horas da manhã, tem o café da manhã dos idosos, depois iniciamos os banhos e após isso curativos e medicações. À tarde tem o almoço dos idosos, trocamos as fraldas e seguida tem um novo café para eles. À noite trocamos fralda novamente e às vezes os curativos [Cuidador 76].

Nessa classe, percebemos nos discursos que as

ações dos cuidadores estão relacionadas às tarefas da vida diária dos idosos, como alimentação, administração de medicamentos e higiene pessoal, dentro do que se preconiza nas atividades destes profissionais (3, 4). Todavia, cabe ressaltar que algumas tarefas necessitam de habilidades e capacitação específicas como a administração de medicamentos ou banho leito e na maioria das vezes não são acompanhadas de orientações adequadas (18).

Conclusão

O presente estudo descreveu as principais ações e dificuldades enfrentadas por cuidadores de idosos de ILPI no Brasil. Nesse sentido, as falas desses cuidadores puderam trazer à tona que as principais ações realizadas estão relacionadas com cuidado direto ao idoso, como a alimentação, higiene pessoal –bucal e geral– e administração de medicamentos.

Além disso, identificamos os complexos sentimentos de um profissional que lida diariamente com a dor e o sofrimento de pessoas que contribuíram uma vida toda para a construção do país.

Os discursos também evidenciaram que a saúde bucal ocupa um lugar de relevância na concepção de cuidado para esse cuidador, seja no processo ou nas dificuldades em relação a esse tema específico, como capacitação e nível educacional, falta de protocolos padrão e sobrecarga de trabalho.

Assim, considerando que nos últimos anos não houve mudanças na legislação brasileira e tampouco nas práticas de cuidado, os dados referem-se à situação atual e mostram a importância desse profissional para a sociedade sendo fundamental que as políticas públicas possam garantir uma formação adequada e o reconhecimento legal dessa profissão.

Apoio financeiro

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, por meio do Edital MCT-CNPQ/MS-DAB/SAS-Nº 49/2005.

Referências

(1) Soto MB, Rodríguez RV, Ortiz LG, Martínez AB, Núñez LMA, Rodríguez ML. Valoración de la capacidad

- funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Rev Enferm Mex Seg Soc* [Internet]. 2015 [citado 2018 ago. 9];23(1):9-15. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>
- (2) Boff, L. *Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra*. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.
- (3) Brito TA, Fernandes MH, Coqueiro RS, Jesus CS, Freitas R. Capacidade funcional e fatores associados em idosos longevos residentes em comunidade: estudo populacional no Nordeste do Brasil. *Fisioter Pesqui* [Internet]. 2014 [citado 2018 ago. 3];21(4):308-13. Disponível em: DOI: <https://dx.doi.org/10.590/1809-2950/11556021042014>
- (4) Arturo YVP, Pinzón EY, Acevedo DCA. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Rev Cienc Salud* [Internet]. 2018 [citado 2018 ago. 9];16(1):114-28. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>
- (5) De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enferm Univ* [Internet]. 2015 [citado 2018 ago. 9];12(1):19-27. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000100004&lng=es
- (6) Pineda, JA. Trabajo de cuidado de la vejez en una sociedad en envejecimiento. *La Manzana de la Discordia* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago. 9];9(1):53-69. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v9i1.1613>
- (7) World Health Organization. *World report on ageing and health* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [citado 2018 ago. 3]. 260 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1
- (8) Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde do Idoso*. Portaria n.º 1.395 de 10 de dezembro de 1999. Brasília: Diário Oficial da União; 2006. Disponível em: <http://crn3.org.br/Areas/Admin/Content/upload/file-0711201573034.pdf>
- (9) Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília: Diário Oficial da União; 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
- (10) Silva AG, Garbaccio JL. Registro do uso de antimicrobianos em Instituições de Longa Permanência para Idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago. 15];19(2):325-34. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150032>
- (11) Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. *Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos*. Região Nordeste [Internet]. Brasília (DF): IPEA; 2008 [citado 2018 ago. 3]. 348 p. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Livro__CaractdasInstituicoesRegiao_Nordeste.pdf
- (12) Locatelli PAPC, Oliveira JS, Cavedon NR. A construção do sentido de envelhecimento para os assistentes sociais: uma abordagem contextualista das emoções a partir do cotidiano de trabalho. *Rev Ciências da Adm* [Internet]. 2014 [citado 2018 ago. 3];16(38):77-92. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5007/2175-8077.2014v16n38p77>
- (13) Salcher EBG, Portella MR, Scortegagna H de M. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [citado 2018 ago. 3];18(2):259-72. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14073>
- (14) Hallberg IR, Cabrera E, Jolley D, Raamat K, Renom-Guiteras A, Verbeek H et al. Professional care providers in dementia care in eight european countries; their training and involvement in early dementia stage and in home care. *Dementia* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago. 9];15(5):931-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1471301214548520>
- (15) Bermejo JC, Villacieros M, Hassoun H. Diseño y validación de dos escalas de medida de sobrecarga y necesidad de apoyo profesional para cuidadores formales e informales. *Gerokomos* [Internet]. 2017 [citado 2018 ago. 9];28(3):116-20. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300116&lng=es
- (16) Piuvezam G, Nunes V, Alves AK, Esmeraldo C, Costa M, Honório M, Pimenta ID. Idosos institucionalizados e a atenção primária no Brasil: a perspectiva dos profissionais de saúde. *JMPHC* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago. 2];6(2):205-22. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/292>
- (17) Piuvezam G, Costa KL, Carvalho MS, Xavier VGP, Silva RA, Dantas ARF et al. Atenção primária à saúde e os idosos institucionalizados: a perspectiva da gestão municipal no Brasil. *Rev Port Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago. 3];34(1):92-100. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.05.003>
- (18) Araújo JS, Vidal GM, Brito FN, Gonçalves DCA, Leite DKM, Dutra CDT, Pires CAA. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2013 [citado 2018 ago. 2];16(1):149-58. Disponível em: DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100015>
- (19) Pimentel M, Rocha DS. A família cuidadora do idoso dependente e o olhar para o cuidador familiar. *Rev Portal de Divulg* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago. 3];47:60-7. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/view/572>
- (20) Sanford AM, Orrell M, Tolson D, Abbatecola AM, Arai H, Bauer JM et al. An international definition for "nursing home". *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2015 [citado 2018 ago. 3];16(3):181-4. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.12.013>
- (21) Piuvezam G, De Lima KC. Factors associated with missing teeth in the Brazilian elderly institutionalised population. *Gerodontology* [Internet]. 2013 [citado

2018 ago. 3];30(2):141-9. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-2358.2012.00655.x>

(22) Pessoa DMV, Pérez G, Mari-Dell'Olmo M, Marco CO, Carme B, Piuvezam G et al. Comparative study of the oral health profile of institutionalized elderly persons in Brazil and Barcelona, Spain. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago. 3];19(5):723-32. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.160013>

(23) Portella FF, Rocha AW, Haddad DC, Fortes CB, Hugo FN, Padilha DM et al. Oral hygiene caregivers' educational programme improves oral health conditions in institutionalised independent and functional elderly. *Gerodontology* [Internet]. 2015 [citado 2018 ago. 15];31(2):28-34. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/ger.12049>

(24) Luo J, Wu B, Zhao Q, Guo Q, Meng H, Yu L et al. Association between tooth loss and cognitive function among 3063 chinese older adults: a community-based study. *PLoS ONE* [Internet]. 2015 [citado 2018 ago. 3];10(3):1-11. Disponível em: DOI: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0120986>

(25) Urrutia CG, Ormazábal FR, Araya D, López DM, Espinoza I. Cuidado bucal en mayores dependientes de un programa de cuidados domiciliarios. *Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehab Oral* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago. 9];9(2):140-5. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.piro.2016.05.001>

Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI

Associação entre o
nível de incerteza e o
tipo de enfermidade
em pacientes
hospitalizados em
UTI

Association
between the level
of uncertainty and
the type of illness in
patients hospitalized
in ICU

• Inna Elida del R. Flórez Torres¹ • Amparo Montalvo Prieto² • Elizabeth Romero Massa³ •

•1• Facultad de Enfermería, Universidad
de Cartagena (Cartagena, Colombia).
Correo electrónico:
iflorezt@unicartagena.edu.co

•2• Facultad de Enfermería, Universidad
de Cartagena (Cartagena, Colombia).
Correo electrónico:
amparo.montalvoprieto@yahoo.com

•3• Facultad de Enfermería, Universidad
de Cartagena (Cartagena, Colombia).
Correo electrónico:
elyroma57@hotmail.com

Recibido: 21/07/2017 Aprobado: 01/06/2018

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.66508>



Resumen

Objetivo: determinar la asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo de Cartagena, Colombia.

Materiales y métodos: estudio observacional de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 72 pacientes a quienes les fue aplicada la escala de incertidumbre de Merle Mishel. Se estimaron las asociaciones entre el tipo de enfermedad y la incertidumbre mediante la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis.

Resultados: la edad promedio de los participantes fue 58,3 años (DE = 19,4), con predominio del sexo femenino en el 54,2 %, la mediana de estancia hospitalaria correspondió a seis días. El 27,8 % presentó enfermedades cardiovasculares, seguidas de las metabólicas en un 19,4 %. El nivel de incertidumbre fue regular en el 63,9 % y alto en el 34,7 %. Respecto a la asociación entre variables, no se encontraron diferencias significativas entre los puntajes promedios de la escala según tipo de enfermedad (Prob. de Kruskal-Wallis > 0,05).

Conclusión: la complejidad de la situación, las expectativas relacionadas con el compromiso de la salud, la presentación de los síntomas y los tratamientos médicos o quirúrgicos instaurados originaron incertidumbre independiente del tipo de enfermedad.

Descriptores: Incertidumbre; Enfermedad Grave; Unidad de Cuidados Intensivos (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Objetivo: determinar a associação entre o nível de incerteza e o tipo de enfermidade em pacientes hospitalizados em unidades de terapia intensiva de Cartagena, Colômbia.

Materiais e métodos: estudo observacional de corte transversal. A amostra esteve constituída por 72 pacientes aos quais se aplicou a escala de incerteza de Merle Mishel. Estimaram-se as associações entre o tipo de enfermidade e a incerteza mediante o teste não paramétrico Kruskal-Wallis.

Resultados: a idade média dos participantes foi 58,3 anos (DE = 19,4), com predomínio do sexo feminino em 54,2 %, a mediana de permanência hospitalar correspondeu a seis dias. Entre os participantes 27,8 % apresentaram enfermidades cardiovasculares, seguidas das metabólicas em 19,4 %. O nível de incerteza foi regular em 63,9 % e alto em 34,7 %. Com relação à associação entre variáveis, não foram encontradas diferenças significativas entre as pontuações médias da escala segundo o tipo de enfermidade (teste de Kruskal-Wallis > 0,05).

Conclusão: a complexidade da situação, as expectativas relacionadas com o compromisso da saúde, a apresentação dos sintomas e os tratamentos médicos ou cirúrgicos instaurados originaram incerteza independente do tipo de enfermidade.

Descritores: Incerteza; Enfermidade Grave; Unidade de Terapia Intensiva (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to determine the association between the level of uncertainty and the type of disease in patients hospitalized in intensive care units of Cartagena, Colombia.

Materials and methods: cross-sectional observational study. The sample consisted of 72 patients to whom the Merle Mishel uncertainty scale was applied. Associations between the type of disease and uncertainty were estimated using the Kruskal Wallis nonparametric test.

Results: the average age of the participants was 58.3 years (SD = 19.4), with a predominance of females in 54.2 %, the median length of hospital stay was 6 days. 27.8 % had cardiovascular diseases, followed by metabolic diseases in 19.4 %. The level of uncertainty was regular at 63.9 % and high at 34.7 %. Regarding the association between variables, no significant differences were found between the average scores of the scale according to the type of disease (Kruskall Wallis prob. > 0.05).

Conclusion: the complexity of the situation, the expectations related to the commitment to health, the presentation of symptoms and the medical or surgical treatments established originated uncertainty independent of the type of disease.

Descriptors: Uncertainty; Catastrophic Illness; Intensive Care Units (source: DeCS, BIREME).

Introducción

Merle Mishel (1) en su teoría de mediano rango de la incertidumbre frente a la enfermedad (UIT, por sus siglas en inglés) y su posterior reconceptualización (RUIT) define este concepto como la inhabilidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad. Como estado cognitivo la incertidumbre se presenta en situaciones de enfermedad, caracterizadas por ser ambiguas, complejas e impredecibles o cuando la información proporcionada a los pacientes es inconsistente o no está disponible (1).

Esta teoría ofrece un sólido soporte para la investigación en sujetos que experimentan la fase aguda o la trayectoria de una enfermedad. La RUIT direcciona la experiencia de vivir la incertidumbre permanente en situaciones crónicas, las respuestas psicológicas ante la falta de definición de un diagnóstico y tratamiento y la disrupción que causa en el equilibrio del sistema humano como una totalidad (2).

En este sentido, desde su desarrollo la teoría provee un marco de referencia a las enfermeras para comprender la experiencia de pacientes en situaciones como el cáncer, el control de la incertidumbre y su anticipación en la práctica, como el cambio inexplicado de los síntomas, el resultado de una biopsia pendiente, el apoyo social limitado y otros contextos en los que los pacientes y las familias no tienen información suficiente. Asimismo, sustenta la necesidad de intervenciones que faciliten el ajuste a lo largo de la trayectoria de la enfermedad y el afrontamiento a la muerte (3).

La aplicación de la teoría ha sido útil en otras condiciones crónicas como la fibromialgia (4), las enfermedades cardíacas y renales y su asociación con la calidad de vida (5), el afrontamiento, la depresión, entre otras variables (5, 6).

Como un evento agudo que genera incertidumbre, la experiencia de la admisión y hospitalización de pacientes en un escenario complejo como la unidad de cuidado intensivo (UCI), representa un importante impacto físico y emocional, que modifica y pone en peligro la vida; estar críticamente enfermo en el alto ambiente tecnológico produce una disrupción temporal, perturbadora y alienante con efectos duraderos, cargada de incertidumbre frente al futuro (7). Desde la psicología han sido estudiadas las

necesidades emocionales de los pacientes, en las que los temores, la soledad y la pérdida de autonomía son condiciones frecuentes, además de la presencia de estresores biológicos, psicológicos y sociales (8).

Desde la disciplina de enfermería, el abordaje de la incertidumbre en los pacientes hospitalizados en UCI posibilitará la comprobación teórica de Mishel mediante el uso de su indicador empírico; los resultados permitirán valorar las necesidades de cuidado más allá de sus dimensiones físicas.

Teniendo en cuenta el contexto y los antecedentes del estudio, la hipótesis se planteó en los siguientes términos: el nivel de incertidumbre está asociado con el tipo de enfermedad de los pacientes hospitalizados en UCI; en consecuencia, el objetivo general fue determinar la asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI.

Metodología

Los aspectos éticos de la investigación se respaldaron en la Resolución 008430 de 1983 del Ministerio de Salud de Colombia y en el Código de Ética en Enfermería (9, 10). El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigaciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena (Cartagena, Colombia) y por los comités de ética institucionales. El estudio fue clasificado de riesgo mínimo, se contempló el consentimiento informado, la participación voluntaria, el manejo confidencial de la información y el pago de derechos a la autora por el empleo del instrumento.

Se realizó un estudio observacional de corte transversal (11), la población la conformaron todos los pacientes que representaron el promedio de egresos hospitalarios mensuales del primer semestre del año 2012 de tres UCI de la ciudad de Cartagena. Se codificó a cada institución participante como A (60 pacientes), B (35 pacientes) y C (45 pacientes). La muestra la constituyeron 72 pacientes, se calculó considerando una proporción esperada del 20 %, error tipo I de 5 %, poder de 80 % y precisión de 6 %.

Se seleccionaron los pacientes adultos de ambos sexos hospitalizados por primera vez en UCI con cualquier diagnóstico médico o quirúrgico, que se encontraran conscientes y estables en sala de hospitalización, con menos de siete días de egreso de UCI.

Se aplicaron dos instrumentos: una ficha sociodemográfica y clínica diseñada por las investigadoras

y la escala de incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel, versión para el adulto hospitalizado; la cual consta de 29 preguntas agrupadas en cinco subescalas: incertidumbre frente al diagnóstico, síntomas, tratamiento, relaciones con el equipo de salud o proveedores de estructura y frente al pronóstico (12).

Las opciones de respuestas para cada ítem se presentan en una escala tipo Likert, que va desde muy en desacuerdo, desacuerdo, indiferente a, de acuerdo, hasta muy de acuerdo, con valores mínimo de 1 punto y máximo de 5 puntos. La puntuación total de la escala oscila entre 29 y 145 puntos, a mayor puntaje mayor incertidumbre. Para el análisis de los resultados se obtuvo un valor único de la sumatoria de las opciones, muy de acuerdo y de acuerdo, y muy en desacuerdo y desacuerdo.

Se tomaron como referencia los puntos de corte contemplados en el estudio de Gómez y Durán (13), nivel de incertidumbre bajo: menor de 59 puntos; regular: entre 59 y 87 puntos; y alto: mayor de 87 puntos.

Han sido reportadas adecuadas propiedades psicométricas de la escala en estudios hechos con pacientes hospitalizados (14, 15); Gómez *et al.* (16) en pacientes diabéticos de Cartagena, informaron una buena consistencia interna medida por un alfa de Cronbach de 0,81. En este estudio la confiabilidad reportó un alfa de Cronbach de 0,789.

La información la recolectaron las investigadoras y dos auxiliares de investigación previamente entrenadas. Los datos se incorporaron en una matriz creada en Microsoft Excel y todos los análisis se condujeron empleando el paquete estadístico IBM SPSS v. 20 para Windows (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Inicialmente se verificó la normalidad de distribución de los datos con la prueba Shapiro-Wilk, luego se aplicó estadística descriptiva a las características sociodemográficas y clínicas, a la puntuación obtenida a nivel global de incertidumbre y por subescalas. Se calcularon proporciones e intervalos de confianza al 95 % a las variables cualitativas y a las cuantitativas media y desviación estándar (12).

Dado que los datos no siguieron una distribución normal y para estimar las diferencias entre los puntajes de incertidumbre y el tipo de enfermedad, se utilizó la prueba Kruskal-Wallis, asumiendo como significancia estadística para todos los resultados un valor de $p < 0,05$.

Resultados

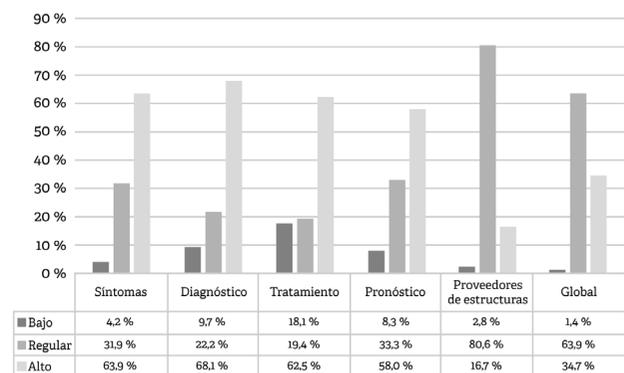
Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes hospitalizados en UCI

El promedio de edad de los participantes fue de 58,3 años (DE = 19,4), 54,2 % correspondió al sexo femenino, 45,8 % de ellos casados, seguidos por un 33,3 % que vive en unión libre. Un 12,5 % es analfabeta, igual porcentaje cursó estudios de primaria y secundaria en el 38,9 % y cerca del 10 % tiene estudios superiores y técnicos, más del 50 % pertenece al estrato socioeconómico 2. Predominaron las enfermedades cardiovasculares en un 27,8 %, y metabólicas en un 19,4 %, hospitalizados por tratamiento médico el 79 % de los pacientes. La mediana de días de estancia hospitalaria fue de seis (rango intercuartílico entre tres y doce días).

Nivel de incertidumbre global y por subescalas

El nivel de incertidumbre global fue regular en el 63,9 % y alto en el 34,7 %. Por subescalas, se encontraron altos niveles de incertidumbre frente al diagnóstico (68,1 %), síntomas (63,9 %), tratamiento (62,5 %) y pronóstico (58 %). Niveles regulares de incertidumbre fueron hallados en mayor proporción frente a las relaciones entre el paciente y los proveedores de estructura en un 80,6 % (Figura 1).

Figura 1. Nivel de incertidumbre global y por subescalas



Fuente: datos del estudio, 2012.

Incertidumbre por subescalas

Los ítems que sustentan el alto nivel de incertidumbre frente a los síntomas correspondieron a: no tener claro lo que le está sucediendo en el 80,6 % y cuándo se va a sentir mejor en el 73,6 %, el 70,8 % desconoce el significado del dolor para su condición de salud, informan que su malestar físico es impredecible, no saben cuándo están mejorando o empeorando en el 62,5 % (Tabla 1).

Con respecto al diagnóstico el 73,6 % de los participantes no tiene claridad sobre el daño que le produce la enfermedad, en menor porcentaje los participantes manifestaron desconocerla (Tabla 1).

Con relación al tratamiento, se encontró que el 83,3 % de los participantes no sabe cuándo habrá cambios en el mismo, para el 77,8 % es complejo

entenderlo, el 70,8 % informó no tener la claridad de su finalidad (Tabla 1).

Al valorar la incertidumbre frente al pronóstico, el 84,7 % de los participantes indica no poder determinar el tiempo que pasará antes de cuidarse por sí mismo, el 77,8 % no puede predecir cuánto demorará la enfermedad y el 69,5 % declara imposibilidad para predecir su curso (Tabla 1).

A diferencia de las anteriores subescalas, en el nivel regular de incertidumbre encontrado frente a los proveedores de estructura, los pacientes informaron que las explicaciones recibidas les parecen confusas en el 76,3 %, no entienden las explicaciones el 73,6 % de ellos y el 70,9 % refirió que los médicos no comparten la misma opinión acerca de cómo tratar la enfermedad (Tabla 1).

Tabla 1. Incertidumbre por subescalas

Ítems	Muy de acuerdo	%	De acuerdo	%	Indiferente	%	Desacuerdo	%	Muy en desacuerdo	%
Incertidumbre frente a los síntomas										
*¿Cuándo usted tiene dolor sabe lo que significa para su condición de salud?	17	23,6	2	2,8	2	2,8	1	1,4	50	69,4
Usted no tiene claro lo que está sucediendo	27	37,5	31	43,1	6	8,3	3	4,2	5	6,9
*Es claro para usted cuándo se va a sentir mejor	16	22,2	3	4,2	0	0,0	0	0,0	53	73,6
*Su malestar físico es predecible, usted sabe cuándo está mejorando o empeorando	23	31,9	4	5,6	0	0,0	3	4,2	42	58,3
Incertidumbre frente al diagnóstico										
¿Usted no conoce cuál es su enfermedad?	7	9,7	14	19,4	0	0,0	2	2,8	49	68,1
¿Tiene usted muchas dudas sin respuesta?	8	11,1	19	26,4	0	0,0	1	1,4	44	61,1
No tiene claro cuánto daño le hace su enfermedad	18	25,0	35	48,6	5	6,9	0	0,0	14	19,4
Incertidumbre frente al tratamiento										
*La finalidad de cada tratamiento le es clara	19	26,4	1	1,4	1	1,4	1	1,4	50	69,4
¿Su tratamiento es complejo de entenderlo?	30	41,7	26	36,1	7	9,7	1	1,4	8	11,1
Usted no sabe cuándo habrá cambio en su tratamiento	27	37,5	33	45,8	2	2,8	2	2,8	8	11,1
Incertidumbre frente al pronóstico										
*¿Usted puede predecir cuánto demorará su enfermedad?	16	22,2	0	0,0	0	0,0	3	4,2	53	73,6
*Usted puede generalmente predecir el curso de su enfermedad	17	23,6	3	4,2	2	2,8	3	4,2	47	65,3
Es difícil determinar cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarse por sí mismo	29	40,3	32	44,4	3	4,2	4	5,6	4	5,6
Incertidumbre frente a los proveedores de estructura										
Las explicaciones que le dan parecen confusas	23	31,9	32	44,4	5	6,9	3	4,2	9	12,5
*¿Usted entiende todo lo que se le explica?	18	25,0	1	1,4	0	0,0	6	8,3	47	65,3
No le han dicho cómo tratar su enfermedad	28	38,9	31	43,1	4	5,6	4	5,6	5	6,9
*Los médicos comparten la misma opinión acerca de cómo tratar la enfermedad	19	26,4	2	2,8	0	0,0	2	2,8	49	68,1

*ítem inverso.

Fuente: datos del estudio, 2012.

Tabla 2. Promedio de puntajes y subescalas de incertidumbre según tipo de enfermedad

Tipo de enfermedad	de incertidumbre	DS	Incertidumbre en las subescalas según tipo de enfermedad				
			Síntomas	Proveedores de estructura	Pronóstico	Tratamiento	Diagnóstico
Respiratoria	81,7	11,9	24,7	24,5	13,9	9,8	9,0
Cardiovascular	81,5	7,9	25,7	21,8	14,7	9,3	10,7
Metabólica	82,1	11,6	24,2	24,5	12,9	10,6	10,6
Infecciosa	86,2	12,4	24,3	26,8	15,0	10,1	11,1
Neurológica	85,6	4,0	25,4	23,4	13,8	10,2	13,8
Trauma	83,0	11,9	24,6	23,0	13,8	10,5	11,7
Otra	89,0	9,6	25,3	25,7	17,3	10,7	11,7
Prob. Kruskal- Wallis			0,923	0,052	0,423	0,650	0,549

$p > 0,05$

Fuente: datos del estudio, 2012.

Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la incertidumbre y el tipo de enfermedad. Los resultados de las asociaciones al desagregar por subescalas fueron: incertidumbre y síntomas ($p = 0,923$), diagnóstico ($p = 0,549$), tratamiento ($p = 0,650$), pronóstico ($p = 0,423$) y proveedores de estructura ($p = 0,052$) (Tabla 2).

Discusión

Frente a la hipótesis planteada, no se encontró aquí asociación estadísticamente significativa entre el tipo de enfermedad y la incertidumbre de los pacientes. En relación con los hallazgos, Cypress (17) hace referencia a la percepción de la incertidumbre del paciente críticamente enfermo, como una consecuencia de la admisión a la UCI y el carácter repentino, inesperado, complejo y potencialmente mortal de las enfermedades graves cualquiera que sea su condición.

Como elemento conceptual que antecede a la incertidumbre, el marco de estímulos alude a las señales externas que el paciente recibe a partir del ingreso a la UCI y al ambiente mediado por la novedad y la complejidad ante el gran número de estímulos experimentados. La familiaridad con el evento se desarrolla con el tiempo dentro del ambiente de cuidado (1).

Por ende, la autovaloración de la incertidumbre (1) en el paciente crítico se ve afectada por factores como la información relacionada con una experiencia de enfermedad previa, la familiaridad con

un profesional del cuidado de la salud y factores culturales y sociales (17), entre estos, las características sociodemográficas.

El promedio de edad de los participantes fue de 58,3 años, por sexo se observaron porcentajes similares; Fernandes *et al.* y Santana *et al.* (18, 19) informan un predominio de pacientes varones (68,7 % y 65,9 % respectivamente) y promedios de edades similares para ambos sexos (50 y 56,7 años). Hallazgos comparables con los de Achury *et al.* (20); quienes reportan una media de edad de 58 años y una estancia promedio en la UCI mayor de 72 horas.

Los niveles de escolaridad predominantes fueron primaria y secundaria en el 77,8 % y el estrato socioeconómico bajo en el 88,8 %, Burbano (21) señaló un 40 % de pacientes con el nivel educativo de primaria, 94 % pertenecía al estrato bajo, el 76 % presentó un nivel regular de incertidumbre, el cual se asoció significativamente con la escolaridad ($p = 0,043$).

Dado el carácter polivalente de las UCI, las primeras causas de hospitalización fueron las enfermedades cardiovasculares y metabólicas seguidas por las infecciosas y traumas, el tratamiento médico predominó en el 79,2 % y el uso de dispositivos mecánicos fue necesario en un 4,2 %. Al respecto, Mas *et al.* (22) en su análisis comparativo de pacientes ingresados a UCI exponen como principales motivos de admisión: el médico no coronario (47,1 %), coronario (20,0 %), posoperatorio de cirugía programada (20,2 %) y el motivo urgente en el 12,7 % (22, 23).

La incertidumbre a nivel global fue regular y alta, por subescalas los participantes presentaron en mayor proporción niveles altos frente al diagnóstico, los síntomas y el tratamiento; manifestaron

no tener claro cuánto daño les hace la enfermedad, no conocerla, no saber lo que les está sucediendo y falta de claridad en la finalidad del tratamiento.

A la luz del análisis de los conceptos teóricos, los resultados revelan que la incertidumbre de los pacientes hospitalizados en UCI surge en situaciones ambiguas, complejas e impredecibles (1). Situación similar correspondió a la experimentada por gestantes con trastornos hipertensivos, enfrentadas a hospitalizaciones tempranas por la gravedad de la enfermedad, el desconocimiento de la alteración de salud de ella y de su hijo y el riesgo del nacimiento y hospitalización de un hijo pretérmino (24).

La situación de ambigüedad asociada con el estado de la enfermedad se relaciona con la falta de predicción de su curso, el carácter repentino e inesperado, el pronóstico, los resultados de los tratamientos y la probabilidad de discapacidad o muerte (17).

El patrón de síntomas permite a la persona estructurar un esquema que aminore su incertidumbre y determinar el significado de los mismos (25). En la incertidumbre frente a los síntomas, los participantes los señalan como inconsistentes en la presentación de un patrón que les ayude a tener claridad sobre la enfermedad; informaron un alto nivel frente a la experiencia de sentir dolor y no saber lo que significa para su condición de salud, no tienen claro el curso de la enfermedad y apuntaron lo impredecible de los síntomas. Estos resultados son consistentes con la incertidumbre relacionada con la tipología de los síntomas en pacientes diabéticos tipo 2, quienes presentaron niveles regulares en el 76,1 %, vinculados con la incapacidad para identificar si han mejorado o no en el 86,5 %, de predecir o explicar la causa de un malestar físico en el 76,7 % o el cambio de los síntomas en el 60,1 % (13).

El ambiente complejo de la UCI también se asocia con la incertidumbre; al respecto, Alonso (26) expresa que por su estructura física, la gran cantidad de equipos que la conforman y la separación de sus familiares, la UCI provoca en los pacientes temor, soledad y ansiedad por la poca información que poseen para afrontar las posibilidades de sufrimiento y en algunos casos la muerte (26). Flórez (27) al valorar la incertidumbre en pacientes con cardiopatía isquémica hospitalizados en UCI, encontró un alto nivel de incertidumbre, enlazado con el pronóstico, el tratamiento y las relaciones entre el paciente y el personal de salud; anota la poca información que reciben para comprender los síntomas, la enfermedad y su evolución.

De acuerdo con la teoría, los proveedores de estructura, autoridades confiables por su educación y apoyo social reducen la incertidumbre de manera directa e indirecta (1). Burbano (21) encontró un nivel alto de incertidumbre ligada con la insatisfacción con la atención brindada por el equipo interdisciplinario en salud y en especial, con la poca claridad de la información o ambigüedad entre ellos al momento de informar sobre el tratamiento y el pronóstico (21).

Asimismo, Reinoso (28) al evaluar la incertidumbre y los elementos de teoría, advirtió las puntuaciones más altas entre las autoridades del cuidado de la salud y la incertidumbre en pacientes con hepatitis C ($r = 0,725$, $p < 0,001$), además señala a los proveedores de estructura como fuentes de información que pueden aumentar o reducir la incertidumbre.

La incertidumbre asociada con la falta de información y conocimiento acerca del ambiente de la UCI, las opciones de diagnóstico y tratamiento, el pronóstico y los resultados, hace que la valoración de la experiencia sea difícil e incierta (17). En consecuencia, las intervenciones de enfermería estarán dirigidas a disminuir la incertidumbre, al brindar información completa y oportuna al paciente y a los familiares, ofrecer apoyo educativo para permitirle expresar sus temores y a través de la enseñanza comprender la situación y el ambiente que les rodea (29).

Conclusiones

La gran vulnerabilidad originada ante la enfermedad grave, el peligro asociado a la muerte inminente y los eventos inesperados generan en los pacientes incapacidad para otorgar significados a la hospitalización en UCI. En los participantes del estudio, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad.

La gravedad de la situación, las expectativas relacionadas con compromiso de la salud, la presentación de los síntomas y los tratamientos médicos o quirúrgicos instaurados suscitaron incertidumbre independiente del tipo de enfermedad.

Los resultados de este estudio contribuyen a la práctica de la enfermería en el contexto del cuidado a pacientes en estado crítico y demuestran la importancia de la valoración de la incertidumbre por parte de las enfermeras como proveedoras de

estructura para favorecer la adaptación, asimismo constituyen una evidencia empírica para la comprobación de la teoría de mediano rango de Mishel, su adecuación y credibilidad. En este sentido, aportan a la academia y a los procesos de formación profesional.

Conflicto de intereses

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

Fuentes de financiación

Recursos propios de las investigadoras.

Referencias

- (1) Mishel MH. Theories of uncertainty in illness. In: Smith MJ, Liehr PR, editores. Middle range theory for nursing. 3.a ed. Nueva York: Springer Publishing Company; 2014.
- (2) Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *J nurs scholarsh* [Internet]. 1990 [citado 2018 abr. 30];22(4):256-62. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x>
- (3) Zhang Y. Uncertainty in illness: theory review, application, and extension. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2017 [citado 2018 may. 2];44(6):645-9. Disponible en: DOI: 10.1188/17.ONF.645-649
- (4) Martínez AT, Solano-Ruiz MC, Siles-González J. Aplicación del modelo de incertidumbre a la fibromialgia. *Aten Primaria* [Internet]. 2016 [citado 2018 may. 2];48(4):219-25. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.04.007>
- (5) Caruso V, Giammanco MD, Gitto L. Quality of life and uncertainty in illness for chronic patients. *MJCP* [Internet]. 2014 [citado 2017 jul. 30];2(2):1-12. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.6092/2282-1619/2014.2.990>
- (6) Giammanco MD, Gitto L, Barberis N, Santoro D. Adaptation of the Mishel Uncertainty of Illness Scale (MUIS) for chronic patients in Italy. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2015 [citado 2018 abr. 30];21(4):649-55. Disponible en: DOI: 10.1111/jep.12359
- (7) Tembo A, Parker V, Higgins I. Being in limbo: the experience of critical illness in intensive care and beyond. *Open J Nurs* [Internet]. 2012 [citado 2017 ago. 19];2(3):270-6. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2012.23041>
- (8) Contreras AM, Palacios X. Contribuciones de la psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). *Rev Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2014 [citado 2017 jul. 20];46(1):47-60. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072014000100006
- (9) Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993, octubre 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, Colombia.
- (10) República de Colombia. Tribunal Nacional Ético de Enfermería, TNEE. Ley 911 de 2004, octubre 5. 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. Bogotá, Colombia.
- (11) Burns N, Grove S. Investigación en enfermería. 5.ª ed. Barcelona: Elsevier-Saunders; 2012.
- (12) Mishel MH. *Uncertainty in illness scales manual*. Chapel Hill: University of North Carolina, School of Nursing; 1997.
- (13) Gómez IP, Durán-De Villalobos MM. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad: adultos diabéticos tipo 2. *Av Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2014 jun. 25];30(3):18-28. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39681/42376>
- (14) Lin L, Acquaye AA, Vera-Bolanos E, Cahill JE, Gilbert MR, Armstrong TS-J. Validation of the Mishel's uncertainty in illness scale-brain tumor form (MUIS-BT). *Neurooncol* [Internet]. 2012 [citado 2017 jun. 25];110(2):293-300. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11060-012-0971-8#page-1>
- (15) Torres-Ortega C, Peña-Amaro P. Adaptación cultural de la escala de incertidumbre de Mishel en el paciente tratado con hemodiálisis. *Enferm Clin* [Internet]. 2015 [citado 2017 ago. 19];25(1):9-18. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862114001259-S300>
- (16) Gómez IP, Castillo IY, Alvis LR. Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. *Aquichan* [Internet]. 2015 [citado 2017 ago. 19];15(2):210-8. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3969/3865>
- (17) Cypress BS. Understanding uncertainty among critically ill patients in the Intensive Care Unit using Mishel's theory of uncertainty of illness. *Dimens Crit Care Nurs* [Internet]. 2016 [citado 2017 jul. 20];35(1):42-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26627072>
- (18) Fernandes-Da Cruz Silva L, Machado RC, Fernandes-Da Cruz Silva VM, Salazar-Posso MB. Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. *Enferm Glob* [Internet]. 2013 [citado 2017 ago. 20];12(32):88-103. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/154061>
- (19) Santana L, Lorenzo R, Sánchez M, Martín J, Hernández J. Pronóstico de los pacientes médicos según duración de su estancia en la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva* [Internet]. 2014 [citado 2017 ago. 19];38(2):161-5. Disponible en: DOI: 10.1016/j.medint.2013.06.004

(20) Achury-Saldaña DM, Rodríguez-Colmenares SM, Achury-Beltrán LF. El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos. *Investig Enferm Imagen Desarr* [Internet]. 2014 [citado 2017 ago. 20];16(1):49-59. Disponible en: DOI: 10.11144/Javeriana.IE16-1.spci

(21) Burbano C, Sánchez L. Traumatismo de la médula espinal e incertidumbre desde la teoría de Merle Mishel. *Enfer Univer* [Internet]. 2017 [citado 2017 ago. 20];14(3):176-183. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.004>

(22) Mas N, Olaechea P, Palomar M, Álvarez F, Rivas R, Nuvials X et al. Análisis comparativo de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos españolas por causa médica y quirúrgica. *Med Intensiva* [Internet]. 2015 [citado 2016 jun. 25];39(5):279-89. Disponible en: DOI: 10.1016/j.medin.2014.07.006

(23) Alvear S, Canteros J, Jara J, Rodríguez P. Costos reales de tratamientos intensivos por paciente y día cama. *Rev Med Chile* [Internet]. 2013 [citado 2017 jul. 20];141(2):202-8. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000200009>

(24) Ruydiaz KS, Fernández SP. Incertidumbre y apoyo social en gestantes con trastornos hipertensivos. *Index Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2017 jul. 20];24(1-2):67-70. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100015>

(25) Trejo F. Incertidumbre ante la enfermedad: aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enf Neurol* [Internet]. 2012 [citado 2017 ago. 20];11(1):34-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>

(26) Alonso-Ovies A, Álvarez J, Velayos C, García MM, Luengo MJ. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2014 [citado 2016 jun. 25];29(6):325-333. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2014.11.004>

(27) Flórez I, Ruidiaz RL, González J. Valoración de la incertidumbre en pacientes con cardiopatía isquémica. *Actual Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2015 jun. 25];17(3):15-21. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve173/valoracion-cardiopatia-isquemica/>

(28) Reinoso H. Uncertainty and the treatment experience of individuals with chronic hepatitis C. *J Nurse Pract* [Internet]. 2016 [citado 2017 ago. 19];12(7):445-51. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.01.012>

(29) Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M et al. Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Index Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2017 ago. 20];22(1-2):60-4. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100013>

Arranjos familiares com pessoas idosas: fatores contributivos*

Arreglos familiares con personas mayores: factores contributivos

Family arrangements with the elderly: contributory factors

• Aline Cristiane de Sousa Azevedo Aguiar¹ • Tânia Maria de Oliva Menezes² •
• Climene Laura de Camargo³ •

* Este artigo é oriundo da tese de doutorado: "Significado do cuidar da pessoa idosa na concepção de familiares".

•1• Departamento de Educação Campus XII, Universidade do Estado da Bahia (Salvador, Brasil). Correio eletrônico: alinecte@hotmail.com

•2• Universidade Federal da Bahia, Departamento de Enfermagem (Salvador, Brasil). Correio eletrônico: tomenezes50@gmail.com

•3• Universidade Federal da Bahia, Departamento de Enfermagem (Salvador, Brasil). Correio eletrônico: climenecamargo@hotmail.com

Recibido: 21/10/2017 Aprobado: 30/08/2018

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.68425>



Resumo

Objetivo: conhecer fatores que contribuem para a conformação de arranjos familiares com pessoas idosas.

Materiais e métodos: pesquisa qualitativa, fundamentada na teoria do Interacionismo Simbólico. Colaboraram dezenove familiares de idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família, de um município do Estado da Bahia, Brasil. A seleção ocorreu intencionalmente e foi determinado por índice de saturação. Os dados foram coletados através de um roteiro de entrevista semiestruturado, no ano de 2015 e analisados a partir da análise de conteúdo temática.

Resultados: delinearam-se as seguintes categorias: *evitar a solidão da pessoa idosa; dificuldades financeiras de familiares; necessidades de cuidar da pessoa idosa; e avós como provedoras de cuidados aos netos.*

Conclusão: os arranjos de familiares com pessoas idosas são responsáveis pelas transferências de apoio, recursos e cuidados entre as gerações, sendo uma realidade vivenciada por famílias de baixa renda. Destaca-se, ainda, a necessidade de profissionais de saúde, sobretudo de enfermagem, reconhecerem os desafios enfrentados pela família ao atender as demandas de cuidado da pessoa idosa, instigando-os a inserir as famílias como objeto de seu trabalho.

Descritores: Família; Envelhecimento; Pessoa Idosa; Relação entre Gerações; Enfermagem (fonte: Decs Bireme).

Resumen

Objetivo: conocer factores que contribuyen a la conformación de arreglos familiares con personas mayores.

Materiales y métodos: investigación cualitativa fundamentada en el referencial teórico del Interacionismo Simbólico. Colaboraron diecinueve familiares de personas ancianas registradas en una Unidad de Salud de la Familia de un municipio del Estado de Bahía, Brasil. La selección ocurrió de manera intencional y fue determinada por índice de saturación. Los datos fueron recolectados a través de un guion de entrevista semiestruturado en el año 2015 y analizados a partir del análisis de contenido temático.

Resultados: se delinearon las siguientes categorías: *evitar la soledad de la persona mayor; dificultades financieras de los familiares; necesidades de cuidar de la persona mayor; y abuelas como proveedores y proveedoras del cuidado de los nietos.*

Conclusión: los arreglos de familiares con las personas mayores son responsables de las transferencias de apoyo, recursos y cuidados entre las generaciones, siendo una realidad vivenciada por familias de bajos ingresos. Se destaca, además, la necesidad de los profesionales de salud, sobre todo de enfermería, de reconocer los desafíos enfrentados por la familia al atender demandas de cuidado de la persona anciana, instigando a insertar a las familias como objeto de su trabajo.

Descritores: Familia; Envejecimiento; Anciano; Relaciones Intergeneracionales; Enfermería (fuente: Decs Bireme).

Abstract

Objective: to know the factors that contribute to the conformation of family arrangements with the elderly.

Materials and methods: qualitative research, based on the theoretical reference of Symbolic Interactionism. Nineteen relatives of elderly people enrolled in a family health unit, from a municipality in the State of Bahia, Brazil, collaborated. Selection was intentional and determined by saturation index. The data were collected through a semi-structured interview script in the year 2015 and analyzed based on the thematic content analysis.

Results: outlined the following categories: *avoid the loneliness of the elderly; financial difficulties of family members; needs to care for the elderly; and grandparents as caregivers to grandchildren.*

Conclusion: the arrangements of relatives with elderly people are responsible for transfers of support, resources and care between the generations, being a reality experienced by low income families. It is also important to emphasize the need of health professionals, especially nursing professionals, to recognize the challenges faced by the family in meeting the demands of care of the elderly, encouraging them to include families as the object of their work.

Descriptors: Family; Aging; Elderly; Intergenerational Relations; Nursing (source: Decs Bireme).

Introdução

O cenário mundial vivencia uma transição demográfica marcada por uma diminuição no número de jovens e um aumento considerável de idosos. Tal fato reflete no percentual de idosos, que passou de 10 % em 2000 para 12,3 % em 2015. Países em desenvolvimento concentram o maior número de idosos, com perspectivas de aumentar ainda mais, de modo que em 2050 estima-se que 80 % dos idosos estejam vivendo em países que hoje têm menores índices de desenvolvimento, como os da América Latina, Ásia e África (1).

A região Nordeste no Brasil conta com aproximadamente 5441 milhões de pessoas acima de 60 anos, ficando atrás apenas da região Sudeste. A Bahia é o Estado que concentra o maior número de idosos na região, representando 10,7 % do total da população (2).

Esse expressivo número de idosos no Brasil repercute em diversos aspectos, inclusive na conformação dos arranjos familiares, já que se observa, com frequência, o surgimento de famílias intergeracionais, ancoradas na coresidência (3), e marcada pela convivência entre idosos, filhos, genros, noras, netos e bisnetos, além do cônjuge, quando não vivenciam a viuvez (4).

Arranjo familiar pode ser compreendido como diferentes configurações familiares que emergem na sociedade, com laços consanguíneos ou não, convivendo sob o mesmo teto, de forma que o modelo de organização, a função dos papéis familiares e as relações de afeto determinem a configuração na qual está inserida (5). Destaca-se que os arranjos familiares se modificam ao longo dos anos em decorrência de uma série de fatores históricos, sociais, culturais, políticos e econômicos (6).

Assim, dar voz aos familiares, valorizar suas concepções e identificar motivos que levaram à coresidência com idosos emerge como estratégia relevante para se conhecer a realidade vivenciada por esses familiares, subsidiar o cuidado no âmbito da saúde da família bem como para se apreender o fenômeno em estudo, já que a longevidade permite a convivência prolongada de três ou mais gerações, levando familiares a participarem ativamente da vida de seus idosos.

Compreender a coresidência familiar com o idoso como um fenômeno social e mediado por ações e interações, comportamentos e atitudes, faz considerar que os princípios do Interacionismo Simbólico (IS) podem ser utilizados como arcabouço teórico para mediar a discussão desse estudo. Essa corrente teórica baseia-se na interação humana, uma vez que, se busca compreender as características simbólicas da vida social, além de procurar entender significados que indivíduos atribuem a certo contexto (7).

Considerando esta contextualização, o estudo apresenta como questão norteadora: Quais fatores contribuem para a conformação de arranjos familiares com pessoas idosas? Tal inquietação justifica-se pela importância dos profissionais de saúde, sobretudo de enfermagem, de reconhecer os desafios enfrentados por familiares ao atender as demandas de cuidado apresentadas pelo idoso. Além disso, espera-se que conhecer a realidade dessas famílias os instiguem a inseri-las como objeto de trabalho, de modo a subsidiar sua abordagem assistencial.

Destarte, este estudo objetivou conhecer fatores que contribuem para a conformação de arranjos familiares com pessoas idosas, já que em épocas anteriores, não houve um contato tão prolongado e intenso entre as gerações no mesmo domicílio como na atualidade.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa e fundamentado no referencial teórico do IS, que parte de três premissas:

A primeira é que o ser humano orienta seus atos em direção às coisas em função do que estas significam para ele... A segunda é que o significado dessas coisas surge como consequência da interação social que cada qual mantém com seu próximo. A terceira é que os significados se manipulam e se modificam mediante um processo interpretativo desenvolvido pela pessoa ao defrontar-se com as coisas que vai encontrando em seu caminho (8, p2).

O cenário do estudo foi o domicílio de 15 famílias, cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um bairro periférico, do município de Guanambi-Bahia, Brasil. Colaboraram com a pesquisa 19 familiares de idosos.

Os critérios de inclusão dos colaboradores foram: i) familiares que conviviam no mesmo domicílio do idoso cadastrado na USF selecionada; e ii) que possuíssem capacidade preservada de comunicação verbal. Como critérios de exclusão: i) crianças, ou seja, familiares com idade inferior a 12 anos, por entender que esses não possuem grau de compreensão para responder ao instrumento; e ii) famílias que por três vezes consecutivas não foram encontradas no domicílio.

As famílias foram intencionalmente selecionadas, a partir dos cadastros dos enfermeiros e dos agentes comunitários de saúde da respectiva USF. Considerou-se família aquela formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade, ou vontade expressa (9).

A coleta das informações ocorreu através de um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo dados sociodemográficos e perguntas direcionadas ao objeto do estudo tais como: 1. O que levou você a morar com a pessoa idosa ou o que levou o(a) idoso(a) a morar com você? 2. Você cuida dos idosos que moram aqui? 3. O que significa para você cuidar da pessoa idosa? 4. O que você faz no dia a dia para cuidar da pessoa idosa? 5. O que mudou na sua vida desde que você passou a cuidar da pessoa idosa? 6. Como é para o(a) senhor(a) a convivência cotidiana com uma pessoa idosa no domicílio? Estas entrevistas foram gravadas em dispositivo eletrônico e realizadas por meio de visitas domiciliares. O objeto de estudo foi investigado até o aparecimento de um ponto de saturação.

A análise das informações desenvolveu-se pela técnica de análise de conteúdo temática, que se estrutura em torno de três etapas: a pré-análise, a exploração do material ou codificação e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (10).

A pré-análise consiste na etapa de organização e sistematização das ideias iniciais, a partir da escolha dos documentos, formulação de hipóteses, objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação final. Na segunda etapa, os dados brutos são transformados, de forma organizada através de operações de codificação. A codificação compreende a escolha de unidades de registro e a escolha de categorias. Na terceira e última fase é possível propor inferências e realizar interpretações, com o intuito de obter resultados válidos e significativos (10).

A maioria dos procedimentos de análise qualitativa organiza-se em torno de categorias, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Neste estudo, utilizou-se a categorização temática, pois permite analisar a descrição do conteúdo que emerge das entrevistas. Sua escolha deveu-se, ainda, ao fato deste tipo de análise ser amplamente aplicável nas ciências sociais, em estudos que busquem respostas às entrevistas individuais (10).

O estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, sob o parecer 1.239.431/2015. Foi obtida a autorização dos colaboradores, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para manter o sigilo e anonimato esses foram codificados com letra maiúscula C (colaboradores), seguida por número ordinal (C1, C2..., C22).

Resultados

Entre os familiares, 13 eram do sexo feminino e seis do sexo masculino; a faixa etária variou de 13 a 75 anos; em relação à cor, 15 se autodeclararam pardos e quatro se consideraram brancos. No que tange ao estado civil, 10 colaboradores eram solteiros, seis casados e três divorciados. Predominou a religião católica, com 15 familiares, seguido de quatro evangélicos.

A predominância do nível de escolaridade em ordem decrescente foi oito colaboradores com ensino fundamental incompleto, quatro analfabetos, quatro com ensino médio incompleto e três com ensino médio completo. No tocante à renda familiar mensal, 14 declararam renda de até dois salários mínimos, 3 de até três salários e apenas 2 com renda por vezes inferior ou igual a um salário.

A fim de se conhecer os arranjos familiares obtidos fez-se necessário apresentar a Tabela 1 com a conformação desses, na qual foi possível observar a coabitação entre familiares e pessoas idosas em um mesmo domicílio.

Considerando os aspectos supracitados, os familiares foram estimulados a relatar os fatores que contribuíram para conformação desses arranjos familiares, e a partir da análise de conteúdo temática apreendida nos depoimentos foram delineadas quatro categorias temáticas, apresentadas a seguir.

Tabela 1. Conformação dos arranjos familiares com pessoas idosas. Guanambi/Ba, 2017.

Famílias	Arranjo familiar	Entrevistados
F1	Idoso/filha/neta	Filha
F2	Idoso/filho/nora/netos	Nora/neto
F3	Idoso/neto	Neto
F4	Idoso/filha/genro/netos/bisneto	Filha/neta
F5	Idoso/nora/filhos/neto/bisneto	Nora
F6	Idoso/cônjuge/filha/neta	Filha/ neta
F7	Idoso/filho/nora/neto	Nora
F8	Idoso/cônjuge/filha/genro/neto	Cônjuge
F9	Idoso/cônjuge/filho/netos	Neta
F10	Idoso/filha/neta	Filha/neta
F11	Idoso/neto	Neto
F12	Idoso/cônjuge/neto	Neto
F13	Idoso/filho	Filho
F14	Idosa/ filho/nora/netos	Nora
F15	Idosa/cônjuge/neta/bisneta	Neta

Fonte: elaboração própria.

Evitar a solidão da pessoa idosa

Os depoimentos revelam que a conformação de arranjos familiares com pessoas idosas no domicílio relaciona-se ao fato da pessoa idosa passar a viver só e demandar cuidados em determinada fase do seu ciclo vital. Diante dessa situação, a família se sente no dever de cuidar, fornecer suporte e evitar a solidão da pessoa idosa, optando pela coresidência intergeracional, como mostram as falas:

Se fosse para eu morar em outro lugar eu ia, mas, ela ia acabar ficando sozinha. Tenho que ajudar a cuidar, estar perto dela [C8: filha].

Ela morava sozinha na zona rural; ela é minha sogra. O filho acabou trazendo para vir morar com a gente, para ela não ficar sozinha e, também, para ser cuidada [C2: nora].

A condição de morar sozinho pode levar a pessoa idosa a vivenciar inúmeros sentimentos e a enfrentar diversas situações, principalmente pela falta de contato com o familiar. A coresidência se torna, então, um instrumento facilitador para as trocas entre as gerações, proporcionando amparo em caso de problemas e evitando o isolamento social da pessoa idosa (11).

Observa-se que, o fato da filha e nora coabitarem com a pessoa idosa que morava só, e sentirem-se no dever de prestar o cuidado, passa a ter um significado conforme as expectativas sociais passadas de geração em geração, ou seja, o de dar continuidade à tradição familiar do cuidado intergeracional.

Assim, assumir o cuidado não é um ato pensado, uma possibilidade, mas, sim, uma imposição de tarefas ocultas pré-concebidas entre os membros familiares (12). Nesse contexto, o IS encontra aderência à compreensão do fenômeno em estudo, já que esse referencial considera que o comportamento de uma pessoa diante de determinadas situações ocorrerá de acordo com os significados e interpretações adquiridos por ela ao longo dos anos, ou seja, o cuidado à pessoa idosa, nessa categoria desvelado por evitar a solidão desses indivíduos, é resultado dos significados construídos e das interações estabelecidas.

O IS parte da premissa de que a maneira das pessoas agirem em relação às coisas e os significados formados desse processo são decorrentes da interação estabelecida entre os seres humanos.

Outro aspecto que favorece a coresidência é o falecimento do cônjuge, como se observa nas falas:

Mãe faleceu e ele ficou sozinho. Achávamos ele muito triste lá, sozinho o tempo todo, com muita dor de cabeça. Certo dia eu falei: pai, você quer vir morar comigo? Ele respondeu que sim e veio morar comigo [C1: filha].

Meu pai faleceu e ela morava sozinha. Eu a trouxe para morar comigo. Ela também já vinha adoentada [C13: filha].

A viuvez, muitas vezes, leva a pessoa idosa à condição de viver sozinha (11). Um número considerável de pessoas idosas passa a vivenciar a solidão emocional em decorrência da perda do companheiro. Essa perda muitas vezes se torna insustentável, fazendo com que o idoso recorra à família como a principal rede de apoio (13).

Com a morte do cônjuge, a pessoa idosa necessita adaptar o ambiente em que vive, reestruturar a composição familiar no espaço doméstico, ou, até

mesmo, mudar para outros locais. Nesse sentido, verifica-se que as transições nos arranjos familiares é fruto de eventos que ocorrem no curso de vida dessas pessoas e se relacionam à natureza das trocas sociais, aos recursos financeiros, à saúde, às características demográficas e às necessidades da pessoa idosa (14).

Pesquisadores pontuam que o ato de cuidar perpassa pelo dever e obrigação moral, muitas vezes imposto socialmente. Destarte, observa-se que esse cuidado se baseia em valores sociais e culturais construídos a partir da interação entre os familiares (15). Assim, a coabitação de familiares com pessoas idosas torna-se fundamental no processo de transferências intrafamiliares de apoio e suporte. Reitera-se que essas se baseiam no processo de interação construído ao longo do tempo e têm por base o significado que as coisas representam para esses familiares.

Dificuldades financeiras de familiares

As falas revelam que filhos e netos coabitam com idosos devido às inúmeras dificuldades financeiras. Muitos destes não conseguem adquirir uma casa própria e residem, durante toda a sua vida com o idoso. Apesar da coresidência inicialmente surgir de uma necessidade do familiar, as falas nos remetem a pensar em uma solidariedade intergeracional, posto que os familiares são ajudados, mas, a pessoa idosa em algum momento também é auxiliada, como elucidam as falas:

Eu moro com minha avó, porque minha mãe não tem onde morar. A casinha de minha mãe ainda não saiu. Ela está sem trabalho [C9: neta].

Moro com mãe desde criança. A condição financeira foi fazendo com que eu ficasse aqui. Tenho que sair para trabalhar e mãe me ajuda ficando com os meninos. Aí quando chego, arrumo a casa. Eu ajudo ela e ela me ajuda [C8: filha].

Não tenho moradia. A condição é pouca para eu conseguir levantar uma casa. Eu tive que morar com minha avó. E assim a gente

vai se ajudando. Eu faço comida na hora certa e lavo as roupas para ela. Neste momento estou sem trabalho [C19: neta].

Dificuldades financeiras potencializam as chances de familiares residirem com idosos. Em alguns momentos, esses se tornam fonte de ajuda econômica, ou, até mesmo, arrimo de família, contribuindo com os filhos e netos, a ponto de compartilhar sua renda com aqueles que não estão inseridos no mercado de trabalho. Os idosos também, por vezes, se beneficiam dos cuidados dos seus descendentes, uma vez que esses auxiliam nas tarefas diárias.

Na atual conjuntura, o idoso se apresenta como sustentáculo familiar, ou seja, sua renda é responsável pela manutenção da família (16), que muitas vezes vêm sua aposentadoria como a única fonte capaz de gerar renda. Estudo aponta que além da aposentadoria, os idosos complementam a renda familiar com trabalhos informais (17). Assim, a participação no orçamento familiar é uma das contribuições que o idoso desempenha no apoio às famílias (11).

A coabitação entre várias gerações é mais incidente entre famílias de idosos pobres. Existe um fluxo bidirecional de transferência de apoio, recursos e cuidados entre a pessoa idosa e seus familiares, configurando-se em importante estratégia de sobrevivência entre esses indivíduos (18). Entretanto, vale destacar que a coabitação aumenta o fluxo de ajuda financeira, porém, não garante apoio afetivo e amparo ao idoso em casos de dificuldade (19).

Destarte, a necessidade que o familiar possui de apoio funcional, emocional e principalmente financeiro, torna a pessoa idosa fonte direta de suporte, de modo que esses passam a se ajudarem na busca de um bem-estar coletivo.

Necessidades de cuidar da pessoa idosa

A necessidade de ofertar cuidados à pessoa idosa também se apresentou como fator contributivo para coresidência de familiares com pessoas idosas. Assim, idosos que apresentam fragilidades inerentes ao processo fisiológico de envelhecimento, limitações funcionais e problemas de saúde apresentam maiores chances de coresidirem com seus familiares, uma vez que necessitam de cuidados, como se observa nas falas:

As condições que ela morava na roça nos fez trazer ela para cá. Aqui é mais favorável à sua saúde, aqui podemos fazer de tudo por ela. Por conta da idade, ela precisa, pois já não anda assim direito, não tem tanto equilíbrio nas pernas [C3: neto].

Eu estou de perto, vendo a sua saúde, fazendo as coisas para ela na hora certa, a comidinha. Se eu não morasse com mãe, eu não ia poder cuidar dela. Morando aqui, eu sei de tudo que acontece com a saúde dela [C5: filha].

Eu preciso cuidar dela. É uma necessidade. Só tem eu para cuidar, preciso cuidar, porque ela tem problema de saúde, virou criança, pior que criança [C18: nora].

As falas demonstram que a coresidência possibilita aos familiares acompanharem o estado de saúde, bem como proporcionar melhorias na qualidade de vida da pessoa idosa. Neste contexto, verifica-se uma reversão de papéis, uma vez que as gerações mais novas passam a ter a responsabilidade de cuidar dos idosos que, no passado, lhes proporcionaram proteção e cuidado.

Da perspectiva do IS, os familiares constroem símbolos significantes para o cuidado que permeiam entre a retribuição, a responsabilidade e o dever moral para o cuidado. O estudo desvela que o ato de cuidar é resultado de uma construção social e representa, sob alguns aspectos, padrões interacionais e simbólicos.

Desse modo, a partir de fatos da vida cotidiana, o IS analisa a relação existente entre a sociedade e o indivíduo, o comportamento da mente e a construção de símbolos significantes (7).

Com o avançar da idade, a incapacidade funcional ou cognitiva torna a pessoa idosa mais carente de cuidado e, conseqüentemente, mais suscetível a novos arranjos domiciliares de suporte, passando a depender da ajuda de seus familiares (19). Nesse

sentido, a pessoa idosa passa a depender da ajuda de seus familiares para o desempenho das suas atividades da vida diária (20), visto que as redes formais de apoio ao idoso ainda são incipientes.

É possível constatar, neste estudo, que o cuidado à pessoa idosa perpassa por gerações de filhos, netos e noras. Nesse pensar, o IS traz que o agir do ser humano é baseado na construção de significados e a interação social estabelecida entre esses indivíduos reflete no comportamento e no cuidado que familiares têm para com o idoso.

Observa-se, ainda, que o familiar percebe o idoso como uma criança, o que de certa forma pode interferir na conduta e no comportamento ao cuidar. O depoimento de C18 (nora) retrata a infantilização do cuidador com o idoso:

[...] é uma necessidade, preciso cuidar, virou criança, pior que criança [C18: nora].

A infantilização da pessoa idosa tem se tornado algo recorrente e a velhice passa a ser concebida como um retorno à infância. Essa visão infantilizada relaciona-se diretamente com a dependência física que a pessoa idosa tem para executar suas atividades cotidianas. No entanto, vale ressaltar que as experiências, vivências e capacidades da pessoa idosa são ignoradas, o que culmina na perda de autonomia desses indivíduos (21).

As famílias assumem cada vez mais a responsabilidade no cuidado domiciliar ao idoso, e nesse sentido, elas precisam de uma assistência adequada, visto que necessitam desenvolver habilidades e competências, bem como se reestruturarem para atender as demandas de cuidado a esses indivíduos.

Dessa forma, torna-se relevante que profissionais de saúde das ESF ofertem suporte às famílias, bem como lancem mão de estratégias que contribuam para a melhoria da QV do familiar cuidador, que repercutirá diretamente no cuidado prestado ao idoso. As equipes de saúde da família devem valorizar atividades de educação em saúde como grupos de convivência e de apoio, ensino do autocuidado e visitas domiciliares, para atentar às necessidades de saúde do cuidador familiar (22).

Avós como provedoras de cuidados aos netos

No contexto atual, as avós se tornaram fundamentais no apoio à família, uma vez que assumem os cuidados aos netos quando os pais encontram dificuldades para conciliar os compromissos profissionais com a criação dos filhos; se mostram ausentes (abandono) ou negligentes e, quando vivenciam conflitos conjugais insustentáveis.

As falas abaixo retratam o papel de provedor de cuidados que as avós têm desempenhado:

Minha mãe largou eu e meu irmão aqui (na casa da avó). Meu pai não criou a gente, me abandonou desde os seis anos de idade, nunca cumpriu nada. Eu não tive opção, tive que ficar com minha avó mesmo [C4: neto].

Minha mãe foi trabalhar e eu fiquei com minha avó. Fui criado por ela. Gosto demais dela, é uma mãe para mim. Moro com ela desde pequeno. Tenho pouco contato com minha mãe [C16: neto].

Meus pais brigavam muito, separavam direto um do outro. Eu era bem pequena e não tinha nem um mês de nascida, quando minha avó me levou para morar com ela. Já estou com 21 anos [C14: neta].

Os depoimentos evidenciam que as avós se tornam a rede de apoio concreta dos netos, que por algum motivo não dispõem dos cuidados dos pais. Essa participação nos cuidados dos netos nem sempre se configura em uma ação voluntária, a ser negociada entre os envolvidos, mas, em algo muitas vezes socialmente posto, devido à construção simbólica que as avós desempenham na sociedade perante seus netos.

As avós incorporam a responsabilidade materna, se sentindo mais mãe do que avós, atuando como mães substitutas e assumindo a responsabilidade integral por seus netos (23, 24). Também assu-

mem por sentirem pena das filhas por trabalharem muito, ou por estarem separadas, pela falta de tempo de cuidar dos filhos (24), evidenciando uma forte solidariedade intergeracional entre mães e filhas (25).

Nesse contexto, autores pontuam que netos jovens, que vivem em domicílios de menor renda apresentam maiores chances de serem cuidados pelas avós, em contrapartida, as chances de os netos serem cuidados pelas avós diminuem com o aumento da escolaridade da avó (19).

Em virtude das diversas relações estabelecidas e das experiências familiares vivenciadas nos novos arranjos familiares, observa-se que o símbolo daquela avó na cadeira de balanço, contando histórias, significando apenas respeito e tranquilidade é desconstruído, dando lugar a avó ativa, protagonista e responsável pelo cuidado e sustento dos seus dependentes. Na contemporaneidade, construiu-se um significado simbólico diferente para as avós idosas.

Nesse pensar, autores descrevem o símbolo como algo que vemos, que interpretamos, sendo esse responsável por dar sentido à ação individual e por possuir um significado que, por sua vez, é resultado da interação social (25).

Ressalta-se o problema social que permeia essa configuração familiar, uma vez que nem sempre as avós têm condição suficiente para o sustento e educação dos netos (26), já que arcar com as despesas do neto causa impacto na vida financeira destas pessoas, tendo que redistribuir sua renda (27).

Outro ponto a refletir é que, apesar de todas as atribuições e responsabilidades direcionadas às avós, vale pontuar a solidariedade que se estabelece entre as gerações, pois, para muitos idosos, conviver com seus netos é uma oportunidade de companhia e de reconhecimento pelos ensinamentos transmitidos.

Nesse sentido, autores acrescentam a importância dos idosos poderem desfrutar da companhia de seus netos. Essa se torna um dos principais benefícios da coresidência, permitindo que as pessoas idosas não se sintam sozinhas, mas amadas e respeitadas pelas gerações mais jovens (18). Assim, é imprescindível considerar que, não obstante a ênfase esteja voltada, na maioria das vezes, para benefícios na vida dos netos, a recíproca acontece, já que os idosos desfrutam da companhia dos netos.

Essa categoria revelou, então, que as modificações ocorridas no entorno familiar em virtude do envelhecimento populacional trazem o destaque para as avós como provedoras de cuidados dos netos e para o companheirismo entre gerações, apesar das dificuldades.

Conclusões

O estudo evidenciou que a coabitação de familiares com pessoas idosas é uma realidade de famílias com baixa renda e, se mostra fundamental para evitar a solidão da pessoa idosa, amenizar as dificuldades financeiras de familiares, suprir as necessidades de cuidados da pessoa idosa, bem como para a transferência de cuidados de avós idosas para seus netos.

Constatou-se também que, apesar das constantes mudanças ocorridas na conformação das famílias brasileiras, permanecem os significados simbólicos tradicionalmente atribuídos à família, ou seja, como a principal provedora de cuidados e como a responsável pela transferência de apoio informal a seus descendentes. Apreendeu-se, então, uma construção social que perpassa gerações.

Destarte, haja vista que o envelhecimento da população brasileira e a diversidade de arranjos familiares constituídos são uma realidade emergente no cenário contemporâneo, compreende-se a necessidade de mais pesquisas com foco nas transferências familiares intergeracionais, com destaque para as avós, que emergem como protagonistas na vida de seus netos.

Além disso, o estudo servirá para construção de um conhecimento teórico na área da saúde da família, bem como contribuirá para que profissionais de saúde, com destaque para enfermagem, se aproximem da complexidade que enlaça o contexto familiar, de modo a subsidiar sua prática assistencial, de ensino e pesquisa com famílias intergeracionais que convivem com pessoas idosas.

Assim, o estudo desvela que a conformação de arranjos familiares com pessoas idosas é resultado de uma construção social e representa, sob alguns aspectos, padrões interacionais e simbólicos.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela concessão da bolsa de doutorado.

Referências

- (1) United Nations Organization. World population prospects: the 2015 revision. Key findings and advance tables [Internet]. Nova York: United Nations; 2015 [citado 2017 fev. 10]. Disponível em: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf
- (2) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e unidades da federação por sexo e idade para o período de 2000 a 2030 [site web]. 2013 [citado 2017 jun. 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>
- (3) Silva DM, Vilela ABA, Oliveira DC, Alves MR. How the social representation of family is structured in elderly residents of intergenerational homes. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2015 [citado 2016 fev. 14];23(1):21-6. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.8739>
- (4) Fallerr JW, Marcon SS. Family's role regarding the elderly person from the perspective of brazilian and lebanese elderly people. Rev Cienc Cuid Saude [Internet]. 2013 [citado 2016 fev. 12];12(3):452-60. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v12i3.21896>
- (5) Souza ABL, Beleza MCM, Andrade RFC. Novos arranjos familiares e os desafios ao direito de família: uma leitura a partir do Tribunal de Justiça do Amazonas. PRACS, Rev Eletrônica Humanid Curso Ciênc Soc UNIFAP [Internet]. 2012 [citado 2016 jun. 20];5(1):105-19. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/viewFile/577/n5Souza.pdf>
- (6) Melo NCV, Teixeira KMD, Barbosa TL, Montoya AJA, Silveira MB. Household arrangements of elderly persons in Brazil: analyses based on the national household survey sample (2009). Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2016 [citado 2016 mar. 22];19(1):139-51. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.15011>
- (7) Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 4.ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
- (8) Blumer H. El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Barcelona: Hora; 1982.
- (9) Brasil. Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União; 2006 [citado 2016 out. 22]. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496319/000925795.pdf>
- (10) Bardin L. Análise de conteúdo. 5.ª ed. Lisboa: Edições 70; 2016.
- (11) Ramos JLC, Menezes MR, Meira EC. Idosos sozinhos: razões para o envelhecimento em domicílios unipessoais. Memorialidades [Internet]. 2013 [citado 2016 out. 22];19(9):9-24. Disponível em: <http://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/view/12>

- (12) Barpi M, Vilela SC. Family caregivers of older adults with mental and behavioral disorders: experiences and feelings unveiled. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015 [citado 2016 abr. 22];3(6):805-10. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.11866>
- (13) Carmona CF, Couto VVD, Comim FS. A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. *Psicol Estud* [Internet]. 2014 [citado 2016 set. 22];19(4):681-91. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-73722395510>
- (14) Ramos MP. Arranjos e relações familiares na velhice: um estudo sobre famílias com idosos no Rio Grande do Sul. *Rev Bras Hist Ciênc Soc* [Internet]. 2013 [citado 2016 set. 22];5(9):1-15. Disponível em: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/173>
- (15) Aguiar ACSA, Menezes TMO, Camargo CL. The meaning of caring for the elderly from the perspective of family members: a symbolic interactionist study. *REME – Rev Min Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2016 set. 10];21(e):1-7. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170014>
- (16) Santana NCG, Lima IMSO. A nova velhice do provedor. *Rev Mediações* [Internet]. 2012 [citado 2016 ago. 22];17(2):181-95. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/2176-6665.2012v17n2p181>
- (17) Castro SFF, Oliveira CCS, Almeida-Filho LD, Barros-Júnior FO, Alves ELM, Moura MEB. The experience of sexuality by elderly individuals. *J Nurs UFPE* [Internet]. 2013 [citado 2016 set. 14];7(spe):6067-73. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12240>
- (18) Silva DM, Vilela ABA, Nery AA, Duarte ACS, Alves MR. Dynamics of intergenerational family relationships from the viewpoint of elderly residents in the city of Jequié (Bahia), Brazil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015 [citado 2016 set. 11];20(7):2183-91. Disponível em: DOI: [10.1590/1413-8123201520717972014](http://dx.doi.org/10.1590/1413-8123201520717972014)
- (19) Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Rev Bras Est Pop* [Internet]. 2011 [citado 2016 nov. 13];28(1):217-30. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982011000100012>
- (20) Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Functional dependency of older individuals and caregiver burden. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [citado 2016 nov. 18];47(1):134-41. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100017>
- (21) Floriano LA, Azevedo RCS, Reiners AAO, Sudré MRS. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2018 ago. 29];21(3):543-8. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/viewFile/6793/4335>
- (22) Couto AM, Castro EAB, Caldas CP. Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment. *Rev Rene* [Internet]. 2016 [citado 2016 out. 13];17(1):76-85. Disponível em: DOI: [10.15253/2175-6783.2016000100011](http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100011)
- (23) Ribeiro NA, Zucolotto MPR. Avós cuidadoras e seus netos: uma reflexão sobre as configurações familiares. *Disciplinarum Scienti* [Internet]. 2015 [citado 2016 nov. 13];16(1):27-41. Disponível em: <https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1838/1727>
- (24) Klein A. Una aproximación a las formas de relacionamiento abuelos-nietos adolescentes desde perspectivas tradicionales, no tradicionales e inéditas. *Rev Psicol* [Internet]. 2009 [citado 2016 nov. 25];18(1):1-20. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/3311>
- (25) Cardoso AR, Brito LMT. Ser avó na família contemporânea: que jeito é esse? *Psico-USF* [Internet]. 2014 [citado 2016 mar. 13];19(3):433-41. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712014019003006>
- (26) Pacheco MEAG, Alves SMM. A função social dos idosos avós na contemporaneidade: uma análise preliminar da estrutura familiar. *Conhecimento Divers* [Internet]. 2012 [citado 2015 nov. 25];8(esp):93-103. Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/conhecimento_diversidade/article/view/974/77
- (27) Mainetti AC, Wanderbroocke ACNC. Grandmothers that assume grandchildren's raise. *Rev Pensando Famílias* [Internet]. 2013 [citado 2016 jun. 13];17(1):87-98. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n1/v17n1a09.pdf>

Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas

Salud mental y calidad de vida de personas mayores

Mental health and quality of life of elderly people

• Jussara Marília Gato¹ • Leoni Terezinha Zenevich² • Valéria Silvana Faganello Madureira³ • Tatiana Gaffuri da Silva⁴ • Kátia Lilian Sedrez Celich⁵ • Sílvia Silva de Souza⁶ • Marcela Martins Furlan de Léo⁷ •

•1• São Carlos (Santa Catarina, Brasil).
Correio eletrônico: j.mg@hotmail.com

•2• Universidade Federal da Fronteira Sul.
Chapecó (Santa Catarina, Brasil). Correio
eletrônico: leoni.zenevich@uffs.edu.br

•3• Universidade Federal da Fronteira
Sul. Chapecó (Santa Catarina, Brasil).
Correio eletrônico:
valeriamadureira2005@hotmail.com.br

•4• Universidade Federal da Fronteira Sul.
Chapecó (Santa Catarina, Brasil). Correio
eletrônico: tatiana.silva@uffs.edu.br

•5• Universidade Federal da Fronteira
Sul. Chapecó (Santa Catarina, Brasil).
Correio eletrônico:
katia.celich@uffs.edu.br

•6• Universidade Federal da Fronteira Sul.
Chapecó (Santa Catarina, Brasil). Correio
eletrônico: silvia.souza@uffs.edu.br

•7• Universidade Federal da Fronteira Sul.
Chapecó (Santa Catarina, Brasil). Correio
eletrônico: marcela.leo@uffs.edu.br

Recibido: 25/10/2017 Aprobado: 12/10/2018

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.68498>



Resumo

Objetivo: avaliar o estado de saúde mental, índice de depressão, humor e qualidade de vida (qv) de idosos.

Metodologia: estudo transversal quantitativo com 122 pessoas com mais de 60 anos atendidas pela atenção primária. Os dados foram coletados com inventários de avaliação da qv (WHOQOL-OLD/WHOQOL-BREF), Escala de Depressão Geriátrica, questionário sociodemográfico e clínico e analisados com estatística descritiva.

Resultados: a maioria se considera saudável, embora 40,2 % apresentem agravos à saúde; 55,6 % usam ansiolíticos e antidepressivos; 61,5 % apresentaram depressão associada estatisticamente ao estado civil viúvo/solteiro/divorciado, sexo feminino, viver sozinho, não praticar atividades de lazer e comunitárias. A depressão foi inversamente associada ao estado civil casado, residir com outras pessoas e prática de atividade física/lazer. Houve forte associação entre aumento da intensidade dos sintomas depressivos e diminuição da qv em todos os domínios. A satisfação com a qv foi moderada, com maior pontuação em 'relações sociais' e menor no domínio 'físico'. No WHOQOL-OLD, escores médios mais elevados nos domínios 'intimidade' e 'participação social' e menor escore no domínio 'morte e morrer'.

Conclusões: percepção de melhor qv associa-se à idade, estado civil, autopercepção de 'estar saudável' e ausência de depressão. Consumo de tabaco relaciona-se à pior qv em todos os domínios. A relação entre consumo de álcool e melhor avaliação no domínio 'morte e morrer' precisa ser elucidada.

Descritores: Idoso; Saúde Mental; Qualidade de Vida; Depressão (fonte: Decs Bireme).

Resumen

Objetivo: evaluar estado de salud mental, índice de depresión, humor y calidad de vida (cv) de ancianos.

Metodología: estudio transversal cuantitativo realizado con 122 personas con más de 60 años, atendidas por la atención primaria. Los datos se recolectaron con inventarios de evaluación de cv (WHOQOL-OLD/WHOQOL-BREF), Escala de Depresión Geriátrica y cuestionario sociodemográfico y clínico. El análisis de los datos se ejecutó mediante estadística descriptiva.

Resultados: la mayoría se considera saludable, aunque el 40,2 % presenta agravios a la salud, 55,6 % utiliza ansiolíticos y antidepressivos y 61,5 % presenta depresión, asociada estadísticamente a pertenecer al sexo femenino, estado civil viudo/soltero/divorciado, vivir solo y no practicar actividades de ocio y comunitarias. La depresión fue inversamente asociada al estado civil casado, residir con otras personas y a la práctica de actividad física y de ocio. Hubo fuerte asociación entre aumento de la intensidad de los síntomas depresivos y disminución de la cv en todos los ámbitos. La satisfacción con su cv fue moderada, con mayor puntuación en 'relaciones sociales' y menor en el dominio 'físico'. En WHOQOL-OLD hubo puntuaciones medias más altas en los dominios 'intimidad' y 'participación social' y menor puntuación en el dominio 'muerte y morir'.

Conclusión: la percepción de mejor cv se asocia a la edad, estado civil, autopercepción de 'estar saludable' y ausencia de depresión. Tabaquismo se relaciona con peor cv en todos los ámbitos. La relación entre consumo de alcohol y mejor evaluación en el dominio 'muerte y morir' necesita ser elucidada.

Descriptorios: Anciano; Salud Mental; Calidad de Vida; Depresión (fuente: Decs Bireme).

Abstract

Objective: to evaluate the state of mental health, depression mood index and the quality of life (QoL) of the elderly.

Methodology: a quantitative cross-sectional study was carried out with 122 people over 60 years old attended by primary care. Data were collected with QoL (WHOQOL-OLD/WHOQOL-BREF), and Geriatric Depression Scale inventories with socio-demographic and clinical questionnaires. Descriptive statistics were used in data analysis.

Results: most are considered healthy, although 40,2 % present health problems; 55,6 % use anxiolytics and antidepressants; 61,5 % presented depression, statistically associated with belonging to the female sex, widowhood/single/divorced status, living alone and not practicing leisure and community activities. Depression was inversely associated with marital status, living with other people and practicing physical activity and leisure. There was a strong association between increased intensity of depressive symptoms and decreased QoL in all domains. Satisfaction with their QoL was moderate, with a higher score in 'social relations' and lower in the 'physical' domain. In the WHOQOL-OLD, higher mean scores were identified in the 'intimacy' and 'social participation' domains and lower score in the 'death and dying' domain.

Conclusion: the perception of better QoL is associated with age, marital status, self-perception of 'being healthy' and absence of depression. Tobacco use is associated with poorer QoL in all domains. The relation between alcohol consumption and better evaluation in the 'death and dying' domain needs to be clarified.

Descriptors: Aged; Mental Health; Quality of Life; Depression (source: Decs Bireme).

Introdução

No Brasil, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais cresceu rapidamente e em 2050 a população idosa poderá ser equivalente à de 0-14 anos (1). No país, a população tem envelhecido mais nas regiões Sul e Sudeste. No Sul são 15,9 % de idosos e em Santa Catarina, região Sul, são 656 mil idosos (2).

Essa transição demográfica repercute no viver em sociedade, com limitação na mobilidade, desenvolvimento de doenças e agravos crônicos não transmissíveis e surgimento de estados permanentes ou de longo comprometimento à saúde dos cidadãos. Tais situações requerem acompanhamento multiprofissional permanente por serem incuráveis e limitantes, frequentemente associadas às comorbidades, comprometendo a QV e a funcionalidade dos idosos e com grande impacto social (3).

Para evitar comprometimentos e restrições, políticas públicas focalizadas no envelhecimento ativo e saudável e na senescência devem contemplar medidas para favorecer o alcance de idades avançadas com melhor saúde e bem-estar (3). As políticas nacionais de atenção básica, atenção à saúde da pessoa idosa, promoção da saúde e humanização no SUS pretendem subsidiar o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial promovendo condições de saúde à população que envelhece.

Assim, este estudo avaliou o estado de saúde mental, índice de depressão, humor e a QV de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do oeste catarinense.

Metodologia

Estudo transversal quantitativo realizado em município do oeste catarinense, Brasil, com 10 371 habitantes (2), dos quais 1 694 são idosos. A amostra aleatória selecionada por sorteio incluiu 122 pessoas idosas de ambos os sexos, sem déficit de cognição, de diferentes faixas etárias, moradores do município, participantes/não participantes de grupos de convivência de idosos e atendidos pela APS. Todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados ocorreu em 2015 nos grupos de convivência, em mais de uma ocasião em cada grupo e cada período de coleta estendeu-se por quatro horas.

Os dados foram gerados com os instrumentos WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF, Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e questionário sociodemográfico e clínico. A GDS é complemento no diagnóstico e conhecimento da saúde mental de idosos (4). O WHOQOL-OLD avalia QV de idosos a partir da auto-percepção da QV considerando os últimos quinze dias. O WHOQOL-BREF tem 26 questões e estabelece comparação entre as frequências observadas (5).

A estatística descritiva foi utilizada na análise dos dados. A simetria das distribuições contínuas foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para a análise bivariada entre variáveis qualitativas utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson. Para as variáveis contínuas aplicou-se o teste *t-Student* e de Mann Whitney quando a comparação ocorreu entre dois grupos independentes. Para comparação entre três ou mais grupos utilizou-se a análise de variância (*one way*)-*Post Hoc* Tukey ou o teste de Kruskal Wallis-*Post Hoc* Dunn. Utilizou-se o *software* Statistical Package to Social Sciences for Windows 17.0. Para critérios de decisão adotou-se o nível de significância de 5 %.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidad Nacional de Entre Ríos sob a resolução CD n.o 462/20015.

Resultados e discussão

A idade dos participantes variou de 60-99 anos (média: 70,8 anos), com homens e mulheres igualmente distribuídos e maior concentração nas faixas de 60-69 anos (61,9 %). Naturais de Santa Catarina (83,5 %), casados (39,7 %) e viúvos (38,8 %), com filhos (98,4 %). A maioria (76,9 %) reside com outras pessoas. O ensino fundamental incompleto prevaleceu (85,1 %). A maioria (98,2 %) é aposentada e da agricultura (46,7 %), considera-se religiosa (95,9 %) e recebe algum apoio de familiares (94,3 %), tal como suporte emocional, apoio econômico/emocional/instrumental e econômico/emocional. O apoio familiar ao idoso engloba a manutenção e integridade da saúde física e psicológica, melhorando socialização, cuidados, autoestima, sentimento de pertencimento e auxílio no enfrentamento de adversidades e na recuperação da saúde (6).

Atividade física é realizada por 47,5 %, prevalecendo caminhada e hidroginástica. No lazer (86,1 %) predominam passeios, jogos de carta/bocha/bolão, viagens e danças/festas/matinês. Na participação em atividades comunitárias, relatada por 75,4 %,

destacam-se grupo de idosos, grupo de liturgia/igreja/orações/carismáticos e coral. Tal participação indica comprometimento com atividades sociais, fator determinante para a sensação de bem-estar físico e mental (7).

Os participantes fumam (35 %), são ex-fumantes (28,1 %) e 60,7 % consomem bebida alcoólica, dos quais 51,4 % o fazem na frequência de uma vez por semana. Dos idosos, 53,5 % é chefe da família, com renda familiar de até dois salários mínimos (54,4 %). Consideraram-se saudáveis (82,2 %), ainda que 40,2 % tenham problemas de saúde (hipertensão arterial, agravos osteomusculares e relacionados ao sistema nervoso central). Usam medicamentos (43,0 %) principalmente antibióticos/anti-inflamatórios, anti-hipertensivos, hipoglicemiante injetável e antidepressivos.

A avaliação GDS (Tabela 1) indica características depressivas em 61,5 % dos idosos. A mediana (11,5 pontos) determina depressão leve ou moderada. A depressão provoca mudanças de humor e interfere na QV, é comum em idosos, mas não faz parte do curso normal do envelhecimento (8, 9).

Tabela 1. Distribuição da classificação dos participantes de acordo com o instrumento Escala de Depressão Geriátrica

Depressão	n	%
Severa	6	4,9
Moderada	69	56,6
Ausência	47	38,5
TOTAL	122	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Depressão interfere na qualidade de vida, gerando maior busca pelos serviços de saúde, baixa adesão ao tratamento, descaso pelo autocuidado e maior propensão ao suicídio (10, 11). Em Porto Alegre, estudo indicou prevalência de depressão em 30,6 %, com predomínio de mulheres (63,8 %) (12). Estudo em Portugal apontou sintomas leves a severos de depressão em 73,5 % (13). Idosos com depressão relatam tristeza, melancolia e sensação de abandono, comprometendo a autonomia e agravando as doenças preexistentes (9, 14).

O WHOQOL-OLD indicou QV geral ligeiramente superior ao nível médio do instrumento (50,0 %), com escore médio mais elevado nos domínios 'intimidade' e 'participação social', indicando melhor desempenho em relacionamentos íntimos e pessoais, uso

do tempo e oportunidade de participar em atividades comunitárias. A menor pontuação média no domínio 'morte e morrer' indica leves preocupações e medos sobre o tema. Estudo feito com idosos portugueses e brasileiros levou os autores a inferir que os idosos brasileiros não estão preocupados com a morte ou com medo de morrer, mas temem sofrer dor antes de morrer, o que se reflete na sua percepção sobre a sua qualidade de vida (15).

Nascer, viver, envelhecer e morrer são ciclos subjetivos, abstratos e pessoais da vida, que sofrem influências temporais e socioculturais manifestadas de maneira própria por indivíduos diferentes, o que torna o envelhecimento uma construção individual. As preocupações manifestadas pelos idosos estão em parte relacionadas com a forma como o processo de morte e morrer ocorrerá, já que a morte se associa a dores físicas e emocionais, bem como ao medo de morrer sozinho (16).

A média do escore geral WHOQOL-BREF apontou satisfação moderada para a QV, com maior pontuação nas relações sociais e menor no domínio 'físico'. As relações sociais são fatores de prevenção para a saúde física e mental no processo de envelhecimento, impactando positivamente na QV (17, 18). Idosos sem contato com amigos, vizinhos e familiares podem apresentar sintomas depressivos (19).

A rede social diminui a solidão e idosos que a mantêm ativa garantem a manutenção da saúde, alívio do estresse e evitam a depressão (20). Ansiedade e depressão são agravos psiquiátricos muito comuns em idosos, associados a suporte social negativo ou insuficiente, o que reforça a importância das redes sociais para a redução destes problemas de saúde (21).

Análise inferencial: correlação entre WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF e Escala de Depressão Geriátrica

A Tabela 2 aponta diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios do escore geral. No domínio físico, a capacidade funcional está fortemente associada ao grau de depressão. Idosos com limitações no ambiente físico têm cinco vezes mais chances de desenvolver depressão e o meio ambiente favorável influencia na percepção da QV (22). Houve diferença entre as pontuações médias para QV nas três classificações para depressão no escore geral WHOQOL-BREF. A depressão diminui globalmente a avaliação de todos os domínios da QV e há evidências de que idosos com depressão a percebem

negativamente (23). No presente estudo, idosos sem depressão ou com depressão leve demonstram percepção melhor da QV no domínio 'físico' em relação àqueles com depressão severa, indicando menor impacto nas atividades de vida cotidiana e no bem-estar.

No domínio psicológico é reforçada a associação entre QV na velhice e capacidade de transcender limitações e adversidades, estar bem consigo, adaptar-se às mudanças do envelhecimento e à capacidade de interação social. Tem melhor percepção de QV o idoso que percebe que as mudanças do envelhecimento podem ser vivenciadas/superadas de forma positiva (24).

Os grupos sem depressão e com depressão moderada apresentam pontuações médias distintas para QV no domínio 'relações sociais', o que evidencia os benefícios da socialização e do apoio sobre o estado psíquico. No grupo com pontuação GDS sem depressão, a QV em 'relações sociais' mostrou-se significativamente maior que no domínio 'físico'. Naqueles com depressão moderada, a diferença significativa foi comprometida no domínio 'físico' em comparação aos demais. No grupo com depressão severa, a percepção de QV mais elevada ocorreu

significativamente nos domínios 'meio ambiente' e 'relações sociais', enquanto foi menor no 'físico'. Os dados reforçam a ideia de que capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual e autoproteção de saúde têm relação direta com QV e diminuição dos sintomas depressivos, tal como indicado em outro estudo (25).

No WHOQOL-OLD, os resultados no domínio 'funcionamento sensorial' reiteram o impacto das alterações biológicas na autonomia e nas relações sociais. No domínio 'autonomia', os dados indicam o ciclo bilateral de influências entre dependência em atividades cotidianas e depressão. No domínio 'passado-presente-futuro', a percepção de QV é menor naqueles com depressão severa. A relação percebida pelo idoso entre seus feitos e suas projeções futuras é decisiva para a QV (26). O domínio 'participação social' indica que idosos participantes de grupos de convivência têm escores maiores em todas as facetas do WHOQOL-OLD.

A pontuação GDS indica maior comprometimento da QV no domínio 'morte e morrer' para todos os idosos. Escores negativos para QV demonstram que os idosos temem à morte devido à perda dos cônjuges e amigos (27).

Tabela 2. Média, desvio padrão e mediana para as pontuações dos domínios para QV WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, segundo a classificação para depressão GDS, em idosos do oeste catarinense, 2015.

Qualidade de vida	Classificação GDS									p [‡]
	Normal (n=47)			Depressão moderada (n=69)			Depressão severa (n=6)			
	Média	DP	Me	Média	DP	Me	Média	DP	Me	
WHOQOL-OLD										
Habilidades sensoriais	53,2a	10,2	56,3	49,8a	12,2	50,0	39,6b	11,6	40,6	0,018
Autonomia	56,5a	11,6	56,3	54,1a	11,3	56,3	42,7b	10,8	40,6	0,022
Passado-presente-futuro	62,9a	9,3	62,5	58,5a	9,8	62,5	44,8b	12,8	46,9	<0,001
Participação social	61,6a	8,3	62,5	61,4a	11,1	62,5	43,8b	19,0	43,8	0,001
Morte e morrer	42,6a	27,0	37,5	35,3a	21,8	37,5	8,3b	12,9	0,0	0,004
Intimidade	66,0a	9,4	68,8	59,6b	14,8	62,5	47,9c	10,9	43,8	0,001
Escore total	57,1a	8,3	55,2	53,2a	8,8	52,1	37,8b	10,5	35,4	<0,001
WHOQOL-BREF										
D físico	63,0a	11,4	64,3	52,9b	14,2	53,6	28,0c	7,3	28,6	<0,001
D psicológico	67,4a	7,2	66,7	62,0a	12,8	62,5	43,1b	10,1	41,7	<0,001
D relações sociais	69,1a	9,1	66,7	63,7a	13,6	66,7	47,2b	6,8	45,8	<0,001
Meio ambiente	65,5a	7,5	65,6	60,7a	9,5	59,4	52,1b	9,2	53,1	<0,001
Escore geral	66,2a	6,3	65,3	59,8b	10,8	60,4	42,6b	5,9	43,8	<0,001

‡Teste de Kruskal Wallis – Post Hoc Dunn, onde médias seguidas de letras iguais na linha não diferem uma significância de 5%.

Fonte: dados da pesquisa.

No domínio 'intimidade', que avalia a capacidade de manter relações pessoais e íntimas, a pontuação média daqueles sem depressão mostrou-se significativamente maior. Estudo desenvolvido em Uberaba indicou melhor qv neste domínio para aqueles que moravam acompanhados, os quais também apresentaram melhores condições de saúde (28). Já pesquisa com idosos portugueses e brasileiros observou alto escore no domínio 'intimidade' nos idosos brasileiros, o que indica sua importância na percepção de qv (15). Em estudo com idosos residentes em cinco instituições de longa permanência do Distrito Federal, 49 % apresentava depressão de leve a severa, o que estava associado à insatisfação do idoso com a instituição em que reside. Para os autores, ser obrigado a conviver com estranhos pode explicar a insatisfação (14). Estabelecendo relação com o presente estudo pode-se inferir que a associação entre depressão e insatisfação decorre da falta de intimidade, de relações pessoais e íntimas.

Na correlação entre GDS e WHOQOL-BREF (Tabela 3) houve forte associação inversa, pois quando aumentou a intensidade de sintomas depressivos, houve forte tendência à diminuição da qv em todos os domínios. Resultados semelhantes foram obtidos em outros estudos (10, 22, 24), que demonstraram a mesma tendência de aumento dos sintomas depressivos associados a pior avaliação da qv.

Não houve associação significativa entre sexo e depressão, embora o sexo masculino predomine no grupo 'sem depressão' e o feminino apresente majoritariamente depressão severa, o que corrobora outro estudo (27). A faixa etária foi significativa no WHOQOL-OLD no domínio 'autonomia', onde a qv foi melhor nos grupos de 66-69 anos e com 70 anos ou mais.

O estado conjugal está significativamente associado à depressão. Casados classificam-se como sem depressão, enquanto divorciados/separados/desquitados e viúvos apresentam depressão moderada. Estar casado influencia favoravelmente o estado de saúde dos idosos (19). O grupo sem depressão se mostrou significativamente associado ao domínio 'morar ou não sozinho'.

No WHOQOL-OLD, melhor qv ocorreu nos grupos de 66-69 anos com convivência marital. No domínio 'intimidade', a pontuação média entre os casados e com convivência marital foi significativamente superior que nos demais estados conjugais. Morar

sozinho ou com outros não foi estatisticamente significativo, evidenciando o papel positivo de um parceiro íntimo, mas não de outros vínculos para a qv dessa população e corroborando os achados de outro estudo brasileiro (28). Estudo aponta menor escore de qv na faceta 'intimidade' e maior escore na faceta 'morte e morrer' nos idosos que moravam sozinhos (29).

Tabela 3. Média, desvio padrão e mediana para as pontuações dos domínios para qv WHOQOL-BREF e OLD, segundo a classificação para depressão GDS em idosos do oeste catarinense (2015).

Qualidade de vida	Coeficiente de correlação - GDS	
	r	p
Whoqol-OLD		
Habilidades sensoriais (HS)	-0,390**	<0,001
Autonomia (AUT)	-0,324**	<0,001
Passado-presente-futuro (PPF)	-0,497**	<0,001
Participação social (PS)	-0,404**	<0,001
Morte e morrer (MM)	-0,218*	0,017
Intimidade (INT)	-0,490**	<0,001
Escore total	-0,521**	<0,001
Whoqol-Bref		
D físico (Fis)	-0,649**	<0,001
D psicológico (Psic)	-0,610**	<0,001
D relações sociais (RS)	-0,517**	<0,001
Meio ambiente (MA)	-0,454**	<0,001
Escore geral	-0,662**	<0,001

**‡Teste de Kruskal Wallis – Post Hoc Dunn, onde médias seguidas de letras iguais na linha não diferem uma significância de 5%.

Fonte: dados da pesquisa.

A prática de alguma religião mostrou-se independente da depressão, enquanto a participação comunitária mostrou associação com depressão. Resultados do domínio 'participação social' do WHOQOL-OLD indicam que idosos com participação comunitária têm melhor percepção de qv positiva. Resultados semelhantes são sugeridos no domínio 'passado-presente-futuro'.

No WHOQOL-BREF, o escore médio para qv mostrou-se significativamente mais elevado nos domínios 'físico', 'meio ambiente' e no escore geral. Idosos com menos patologias apresentam escores melhores no domínio físico do instrumento WHOQOL-BREF (26).

A prática de atividade física se mostrou relevante para a qv no WHOQOL-OLD e no WHOQOL-BREF. O grupo com depressão severa mostrou maior inclinação ao sedentarismo. A atividade física é

benéfica para a QV de idosos e sobre seu estado mental, pois ativa mediadores químicos com efeito calmante e relaxante, diminuindo os efeitos nocivos da depressão (3, 30).

Nas comparações de QV e renda, a única diferença relevante foi observada no domínio 'autonomia' do WHOQOL-OLD, pois idosos com rendimento de três ou mais salários mínimos apresentaram melhor percepção para QV. Houve associação entre idosos sem depressão e percepção de si como saudáveis. Aqueles que se declararam saudáveis apresentaram escores médios de QV mais elevados que aqueles que se caracterizaram como doentes. No WHOQOL-OLD, diferenças significativas ocorreram nos domínios 'habilidades sensoriais', 'participação social', 'intimidade' e no escore total OLD. No WHOQOL-BREF houve diferenças significativas em todos os domínios e no escore geral. Sintomas depressivos e sua intensidade determinam a avaliação negativa da QV de idosos (23, 24). Houve também associação do grupo sem depressão com não percepção de doença e do grupo depressão severa, com percepção de doença. O WHOQOL-OLD apontou melhor percepção para QV no grupo sem problemas de saúde. Doenças crônicas fazem com que idosos declarem ter saúde ruim (24, 25, 31).

Presente em todos os grupos, o tabagismo não apresentou associação estatística significativa com depressão. Nos instrumentos WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF, não fumantes apresentaram percepção de QV mais elevada. Estudos apontam forte associação entre tabagismo e sintomas depressivos, gerando percepção diminuída de QV (17, 18) e relação do tabagismo com menores escores no WHOQOL-BREF (4).

O WHOQOL-OLD indicou melhor percepção sobre QV no domínio 'morte e morrer' dos idosos que consomem habitualmente bebidas alcoólicas. A ingestão de álcool, comum em idosos, é pouco diagnosticada e incide sobre agravos que acometem o idoso gerando comorbidades e complicações clínicas. O WHOQOL-BREF não apontou diferenças estatisticamente consideráveis entre consumo de álcool e QV, diferentemente de estudo (6) que indica relação inversa entre QV e consumo de álcool. O consumo moderado de álcool pelas idosas associou-se negativamente com melhor autoavaliação da saúde. Mulheres idosas são mais propensas aos efeitos do álcool e a processos de vulnerabilidade social, além de enfrentarem mais preconceitos do que idosos do sexo masculino (18).

Considerações finais

A correlação GDS-WHOQOL-BREF evidenciou forte associação entre aumento da intensidade dos sintomas depressivos e diminuição da QV em todos os domínios. O WHOQOL-BREF revelou satisfação moderada dos idosos com sua QV, com maior pontuação no domínio 'relações sociais' e menor no 'físico', onde dor, desconforto, falta de energia e fadiga, falta de sono e repouso prejudicam a mobilidade e o desempenho em atividades cotidianas. No WHOQOL-OLD houve escores médios mais elevados nos domínios 'intimidade' e 'participação social' e menor escore no domínio 'morte e morrer'.

A percepção de melhor QV associa-se a idade, estado civil, autopercepção de 'estar saudável' e ausência de depressão. A relação entre consumo de álcool e melhor avaliação no domínio 'morte e morrer' precisa ser elucidada. O tabaco está relacionado à pior QV em todos os domínios.

O estudo é original por avaliar estado mental e QV de idosos correlacionando múltiplas variáveis independentes. É relevante porque amplia o conhecimento sobre QV de idosos e seu funcionamento psicossocial. Limitações biológicas, perdas cognitivas e afetivas e isolamento maximizam a vulnerabilidade dos idosos para depressão e prejudicam sua QV, comprometendo sua funcionalidade e gerando dependência social.

Os resultados sinalizam a necessidade de diferentes profissionais incluírem idosos em atividades com valor social e oferecerem apoio psicossocial a suas famílias para minimizar complicações clínicas, expandir a QV e fortalecê-los para um maior nível possível de autonomia. Na formação em saúde é preciso tratar a saúde do idoso como central nas práticas em saúde. Na atenção primária, os resultados reforçam a necessidade de outras estratégias de cuidado que ultrapassem a medicalização.

Acredita-se que um estudo desta natureza ofereça subsídios para a atenção em saúde, e especialmente ao cuidado de enfermagem, aos idosos do município, além de possibilitar avaliação da assistência de saúde como um todo.

Apoio financeiro

O estudo foi desenvolvido com financiamento próprio.

Referências

- (1) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2002 [citado 2017 ago. 4]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>
- (2) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais (SIS): uma análise das condições de vida da população brasileira 2016 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [citado 2017 ago. 4]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
- (3) Mazo GZ, Cardoso AS, Dias RG, Balbé GP, Virtuoso JF. Do diagnóstico à ação: grupo de estudos da terceira idade: alternativa para a promoção do envelhecimento ativo. RBAFS [Internet]. 2009 [citado 2017 ago. 17];14(1):65-70. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/756>
- (4) Ortiz BR, Wanderley KS. Reflexões sobre o uso da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) em idosos hospitalizados. Rev Kairós [Internet]. 2013 [citado 2017 ago. 17];16(2):307-16. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18553/13741>
- (5) Pedrosa B, Gutierrez GL, Freitas-Junior MA, Picinin CT. Whoqol-SRPB-Bref, Whoqol-Old-Bref e Whoqol-Age: análise das novas versões abreviadas dos instrumentos Whoqol. Rev Espacios [Internet]. 2015 [citado 2017 ago. 4];36(19):15-28. Disponível em: <http://www.revistaespacios.com/a15v36n19/15361915.html>
- (6) Reis LA. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. Psicol Teor Prat [Internet]. 2015 [citado 2017 mai. 18];17(3):28-41. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n3p28-41>
- (7) Gomes-Júnior VFF, Brandão AB, Almeida FJM, Oliveira JGD. Compreensão de idosos sobre os benefícios da atividade física. Rev Bras Ciênc Saúde [Internet]. 2015 [citado 2016 jun. 15];19(3):193-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2015.19.03.04>
- (8) Drago SMMS, Martins RML. A depressão no idoso. Millenium [Internet]. 2012 [citado 2015 abr. 10];43(17):79-94. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.29352/mill>
- (9) Araújo DU, Silva AEFV, Mendonça MS, Munoz RLS. A escala de depressão geriátrica é adequada para avaliar sintomatologia depressiva em idosos hospitalizados? IV Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Anais CIEH; 2015.
- (10) Ribeiro VS, Rosa RS, Sanches GJC, Ribeiro IJS, Cassotti CA. Quality of living and depression in elderly in the home context. Revenf [Internet]. 2018 [citado 2018 ago. 10];34:1-14. Disponível em: DOI: [10.15517/revenf.v0i34.30983](https://doi.org/10.15517/revenf.v0i34.30983)
- (11) Prado MCR, Calais SL, Cardoso HF. Stress, depressão e qualidade de vida em beneficiários de programa de transferência de renda. Interação Psicol [Internet]. 2016 [citado 2017 mai. 18];20(3):330-40. Disponível em: DOI: [10.5380/psi.v20i3.35133](https://doi.org/10.5380/psi.v20i3.35133)
- (12) Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo SS, Gomes I, Cataldo-Neto A. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado ago. 12];48(3):368-77. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014.048004660>
- (13) Pimentel AF, Afonso RM, Pereira H. Depression and social support in old age. Psic Saúde & Doenças [Internet]. 2012 [citado 2014 ago. 6];13(2):311-27. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000200013&lng=pt&nrm=iso
- (14) Silva ER, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [citado 2014 ago. 6];46(6):1387-93. Disponível em: DOI: [10.1590/S0080-62342012000600015](https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600015)
- (15) Ermel RC, Caramelo AC, Fracolli LA, Ortiz FVBC, Zutin TLM, Gianini SHS et al. Percepção sobre qualidade de vida dos idosos de Portugal e do Brasil. REAS [Internet]. 2017 [citado 2018 ago. 5];9(2):1315-20. Disponível em: DOI: [10.25248/REAS98_2017](https://doi.org/10.25248/REAS98_2017)
- (16) Ribeiro MS, Borges MS, Araújo TCCF, Souza MCS. Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2017 [citado 2017 mai. 18];20(6):880-8. Disponível em: DOI: [10.1590/1981-22562017020.170083](https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170083)
- (17) Prado MCR, Calais SL, Cardoso HF. Stress, depressão e qualidade de vida em beneficiários de programa de transferência de renda. Interação Psicol [Internet]. 2016 [citado mai. 18];20(3):330-40. Disponível em: DOI: [10.5380/psi.v20i3.35133](https://doi.org/10.5380/psi.v20i3.35133)
- (18) Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra MP, Rocha RPB, Batista HMTT, Pinheiro WR. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. Rev Epidemiol Control Infec [Internet]. 2016 [citado 2017 mai. 18];6(2):97-103. Disponível em: DOI: [10.17058/reci.v6i2.6427](https://doi.org/10.17058/reci.v6i2.6427)
- (19) Neves RT, Laham CF, Aranha VC, Santiago A, Ferrari S, De Lucia MCS. Envelhecimento e doenças cardiovasculares: depressão e qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio. Psicol Hosp [Internet]. 2013 [citado 2014 mai. 18];11(2):72-98. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-74092013000200006
- (20) Domingues MA, Ordóñez TN, Silva TBL, Torres MJ, Barros TC, Florindo AA. Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2013 [citado 2014 mai. 18];16(1):49-59. Disponível em: DOI: [10.1590/S1809-98232013000100006](https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100006)
- (21) Oliveira DV, Antunes MD, Oliveira JF. Ansiedade e sua relação com a qualidade de vida em idosos: revisão narrativa. Cinergis [Internet]. 2017 [citado 2014 mai. 18];18(4):316-22. Disponível em: DOI: [http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i4.9951](https://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i4.9951)
- (22) Amaral TLM, Amaral CA, Prado PR, Lima NS, Herculano PV, Monteiro GTR. Quality of life and associated morbidities among elderly persons registered with the Family Health

Strategy of senador Guimard in the state of Acre. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [citado 2017 mai. 18];18(4):797-808. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14216>

(23) Teixeira LMF. Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo e exploratório e implementação piloto de um programa de intervenção [Dissertação de mestrado]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010.

(24) Vagetti GC, Moreira NB, Barbosa-Filho VC, Oliveira V, Cancian CF, Mazzardo O, Campos W. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosos de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [citado 2014 mar. 12];18(12):3483-93. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200005>

(25) Bispo EPF, Rocha MCG, Reys MFM. Avaliação da capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família na comunidade do Pontal da Barra, Maceió-AL. *Cad Bras Ter Ocup* [Internet]. 2012 [citado 2014 mar. 12];20(1):81-7. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.009>

(26) Stival MM, Lima LR, Funghetto SS, Silva AO, Pinho DLM, Karnikowski MGO. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014 [citado 2015 mai. 18];17(2):395-405. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000200016>

(27) Silva PCS, Monteiro LA, Graciano ADS, Terra FS, Veiga EV. Avaliação da depressão em idosos com hipertensão arterial sistêmica. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [citado 2015 mai. 18];15(1):151-7. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000100019>

(28) Batista AAS, Santos JG, Timossi LS, Francisco AC. A influência das variáveis sócio demográficas na qualidade de vida no trabalho dos trabalhadores da indústria de laticínios. *Espacios* [Internet]. 2013 [citado 2014 mai. 18];34(4):7-21. Disponível em: <http://www.revistaespacios.com/a13v34n04/13340408.html>

(29) Ribeiro CR, Tavares DMS. Influence of household living arrangement on health conditions and on the quality of life of elderly living in rural areas. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2018 [citado 2018 ago. 8];7(1):76-88. Disponível em: DOI: [10.18554/reas.v7i1.1820](https://doi.org/10.18554/reas.v7i1.1820)

(30) Minghelli B, Tomé B, Nunes C, Neves A, Simões C. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Rev Psiquiatr Clín* [Internet]. 2013 [citado 2014 mar. 12];40(2):71-6. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832013000200004>

(31) Rocha JP, Klein OJ, Pasqualotti A. Quality of life, depression and cognition based on gerontological education mediated by a pole radio in homes for the aged. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014 [citado 2015 mai. 17];17(1):115-28. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100012>

Menores de dos años y la disfunción nutricional: la visión del enfermero de la atención básica

Menores de dois anos e a disfunção nutricional: a visão do enfermeiro da atenção básica

Under two years old children and nutritional dysfunction: the vision of the primary care nurse

• Luciana Ferreira Lemos¹ • Leda Maria Albuquerque² •
• Liliana Müller Larocca³ • Verônica de Azevedo Mazza⁴ •

•1• Secretaria Municipal de Salud (Curitiba, Brasil). Correo electrónico: lemosluciana76@gmail.com

•3• Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Paraná (Curitiba, Brasil). Correo electrónico: larocca_m@terra.com.br

•2• Distrito Sanitario Pinheirinho (Curitiba, Brasil). Correo electrónico: ledaenf@gmail.com

•4• Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Paraná (Curitiba, Brasil). Correo electrónico: mazza@ufpr.br

Recibido: 01/12/2017 Aprobado: 15/06/2018

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.69163>



Resumen

Objetivo: describir los elementos de vulnerabilidad del niño menor de dos años relacionados con disfunciones nutricionales, identificados por los enfermeros de atención primaria.

Materiales y métodos: estudio cualitativo-descriptivo realizado en una ciudad al sur de Brasil, con seis enfermeras de servicio de unidad de salud básica y también del modelo Estrategia Salud de la Familia. La recolección de datos fue por grupos focales, de enero a febrero del 2015. Se adoptó el análisis de contenido de categorías temáticas de Bardin y para la organización y procesamiento de datos se utilizó el programa informático Iramuteq®.

Resultados: el análisis de datos textuales empleados fue la clasificación jerárquica descendente, este *software* procesó y organizó los datos en seis textos, distribuidos en 106 segmentos, de los cuales 81 (76,4 %) fueron aprovechados. El análisis de los datos expresó las siguientes categorías: *Ambiente desfavorable para la alimentación infantil sana y Prácticas y responsabilidades compartidas en el manejo de la lactancia*. Mostraron que el ambiente abarca déficits socioeconómicos familiares, cognitivos y de la salud materna, mala red social y familiar como también fuerte impacto del *marketing* y débil supervisión de las políticas públicas.

Conclusión: la comprensión de los elementos de vulnerabilidad puede permitir un diálogo estrecho entre los distintos segmentos intersectoriales y profesionales, cuyo objetivo común es el entendimiento de que la enfermedad y la discapacidad están influenciadas por aspectos políticos, sociales y económicos.

Descriptor: Salud del Niño; Estado Nutricional; Vulnerabilidad en Salud (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Objetivo: descrever os elementos de vulnerabilidade da criança menor de dois anos relacionados com disfunções nutricionais, identificados pelos enfermeiros de atenção primária.

Materiais e métodos: estudo qualitativo-descriptivo realizado em uma cidade ao sul do Brasil, com seis enfermeiros do serviço da unidade de saúde básica e também do modelo Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados foi por grupos focais, de janeiro a fevereiro de 2015. Adotou-se a análise de conteúdo de categorias temáticas de Bardin e para a organização e processamento de dados utilizou-se o programa informático Iramuteq®.

Resultados: a análise de dados textuais empregada foi a classificação hierárquica descendente, este *software* processou e organizou os dados em seis textos, distribuídos em 106 segmentos, dos quais 81 (76,4 %) foram aproveitados. A análise dos dados expressou as categorias que seguem: *Ambiente desfavorável para a alimentação infantil saudável e práticas e responsabilidades compartilhadas no manejo da lactação*. Mostraram que o ambiente engloba déficits socioeconômicos familiares, cognitivos e da saúde materna, má rede social e familiar como também forte impacto do *marketing* e débil supervisão das políticas públicas.

Conclusão: a compreensão dos elementos de vulnerabilidade pode permitir um diálogo estreito entre os distintos segmentos intersectoriais e profissionais, cujo objetivo comum é o entendimento de que a enfermidade e a deficiência estão influenciadas por aspectos políticos, sociais e econômicos.

Descritores: Saúde da Criança; Estado Nutricional; Vulnerabilidade em Saúde (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to describe the elements of vulnerability of under-two-year-old child related to nutritional dysfunctions, identified by primary care nurses.

Materials and Methods: a qualitative-descriptive study conducted in a city in southern Brazil, with six nurses serving the basic health unit and also the family health strategy model. The data collection was by focus group, from January to February 2015. The content analysis of Bardin thematic categories was adopted and for the organization and data processing, it was used the Iramuteq® computer program.

Results: the text data analysis used was the hierarchical descending classification, this software processed and organized the data in six texts, distributed in 106 segments, of which 81 (76,4 %) were used. The analysis of the data expressed the following categories: *Unfavorable environment for healthy infant feeding and Shared practices and responsibilities in the management of breastfeeding*. They demonstrated that the environment encompasses family, cognitive and maternal health socioeconomic deficits, bad social and family network as well as strong impact of marketing and weak supervision of public policies.

Conclusion: understanding the elements of vulnerability can allow a close dialogue between the different intersectoral and professional segments, whose common objective is the understanding that diseases and disabilities are influenced by political, social and economic aspects.

Descriptors: Child Health; Nutritional Status; Health Vulnerability (source: DeCS, BIREME).

Introducción

Reducir las desigualdades y llegar a los más vulnerables recién nacidos y niños, así como a sus madres, son prioridades para disminuir las muertes evitables, siendo esta una de las metas de los Objetivos del Milenio (1, 2).

La morbimortalidad infantil se correlaciona directamente con los agravamientos nutricionales, por lo tanto, la intervención nutricional en la fase inicial de la vida tiene mayor impacto en la prevalencia de las enfermedades, calidad y expectativa de vida y en el costo de los servicios de salud (3). Desde su nacimiento, el niño depende del potencial nutricional de la madre, siendo vulnerable a las dificultades alimentarias que ella enfrenta. Dichas dificultades abarcan su contexto histórico-social y el soporte de los servicios de salud, pues los aspectos político-programáticos basan la asistencia y acciones de la salud materno-infantil (4).

Considerando los factores que se asocian con las condiciones de salud del niño, este estudio se pauta en el concepto de vulnerabilidad, que se entiende como la posibilidad de los individuos o de la comunidad de ser susceptibles a la enfermedad, según las dimensiones: individual, social y programática. Tal concepto abarca una amplia gama de condiciones de salud, que no se limitan al contexto puramente biológico, sino también social, político y económico (5, 6).

El profesional de enfermería puede partir del concepto de vulnerabilidad para identificar las condiciones que influyen en la atención nutricional adecuada del niño. Por lo tanto, el reconocer y entender las condiciones que rodean la atención de enfermería a disposición del niño, permite ampliar y profundizar las discusiones y reorganizar las acciones. Siendo así, es necesario aprender del personal de enfermería su comprensión sobre este concepto.

El objetivo del presente trabajo es describir los elementos de vulnerabilidad del niño menor de dos años relacionados con las disfunciones nutricionales, identificados por los enfermeros de atención primaria.

La pregunta que dirigió el estudio fue: ¿cuáles son los elementos de vulnerabilidad reconocidos por el

personal de enfermería, relacionados con las disfunciones nutricionales en niños menores de dos años?

Materiales y métodos

Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con enfermeras de una capital al sur de Brasil, entre enero y febrero del 2015. El lugar de estudio se eligió intencionalmente a partir de los datos del Sistema de Vigilancia de Enfermedades Nutricionales del 2013, el cual señaló al Distrito de Salud como el de mayor porcentaje de niños con bajo peso al nacer y con niños menores de dos años de muy bajo peso.

Este distrito se compone de once centros de salud de atención primaria, de los que cinco están incluidos en el programa Estrategia Salud de la Familia (ESF) y seis pertenecen a servicios de Unidad Básica de Salud (UBS), primer nivel en atención sanitaria. Es conveniente mencionar que la atención básica de salud en Brasil se desarrolla en todo el territorio nacional. La ESF se aplica en regiones con riesgo de vulnerabilidad (6).

Se consideró criterio de inclusión: la dotación de los profesionales de salud-enfermeros que actúan en las UBS y ESF del Distrito Sanitario –el cual fue identificado como el de mayor índice de agravios nutricionales en niños de 0 a 24 meses–, por ser la práctica profesional sujeto de interés de estos investigadores. El criterio de inclusión buscó captar participantes con experiencia en el cuidado de familias con niños con déficits nutricionales, pues podrían describir mejor las vulnerabilidades de estos menores. Y como criterios de exclusión se aplicaron: no cumplir criterios arriba descritos, estar de vacaciones, tener licencia médica, alejamiento del trabajo por otro motivo o no estar de acuerdo con participar de la investigación.

Se invitó a un profesional en enfermería de cada centro de salud. Solo seis enfermeras aceptaron participar en el estudio. A cada enfermera se le asignó un número de codificación (Enf01Esf01, Enf02Trad02, Enf03Trad03, Enf04Trad04, Enf05Esf05, Enf06Esf06). Para la recolección de datos se utilizó la técnica de grupo de enfoque, en donde las discusiones fueron grabadas y transcritas. La reunión tuvo una duración de una hora y media y se basó en una guía con las siguientes preguntas:

- En su opinión, ¿qué ocasiona los problemas nutricionales en niños menores de dos años?

- Describa una situación en la que se dio cuenta de que el trastorno nutricional perjudicó o comprometió la salud del niño.
- ¿Qué podría hacerse para cambiar esta situación? Especifique las acciones o actividades realizadas en su área que promueven una nutrición saludable.

Después de transcribir los discursos de los participantes, se organizaron y procesaron los datos mediante el *software* Iramuteq® (7) (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que no se considera un método sino un instrumento de explotación de datos estadísticos sobre variables cualitativas. Es una herramienta que garantiza la imparcialidad en la organización y procesamiento de los datos obtenidos, y que permite el análisis estadístico de corpus textuales y tablas individuales/palabras. En este estudio se adoptó el análisis multivariante (clasificación jerárquica descendente, análisis posfactorial).

En lo que se refiere al análisis de los datos, se implementó el análisis de contenido de categorías temáticas de Bardin (8). La interpretación de los datos se apoyó en el marco teórico de la vulnerabilidad y sus dimensiones, según propuso Ayres *et al.* (6).

Se siguieron los lineamientos COREQ (*consolidated criteria for reporting qualitative research*) (9) y se recibió aprobación por parte del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Federal de Paraná en dictamen 832.521.

Resultados

El análisis de datos textuales utilizados fue la clasificación jerárquica descendente. Con el *software* Iramuteq® se procesaron y organizaron los datos en seis textos, distribuidos en 106 segmentos, de los cuales se aprovecharon 81 (76,4 %). Después del dimensionamiento y clasificación de los segmentos de los textos relacionados con el vocabulario, las clases de segmentos fueron definidas en medianas de tres líneas. La Figura 1 representa esta definición, ilustrada a partir del dendograma de la CHD.

La relación gráfica procesada por el *software* Iramuteq® presenta una aproximación léxica entre las categorías 1 y 2, mientras que la categoría 5 abarca las categorías 3 y 4.

Figura 1. Dendograma de las clases generado por el *software* Iramuteq®. Vocablos más frecuentes

Clase 5 21 %	Clase 4 23,5 %	Clase 3 21 %	Clase 2 16,1 %	Clase 1 18,5 %
Conselho tutelar Muito Suer Realmente Adolescente Ser Fazer Essa Têm Profissional de saúde Mães Mesmo Porque Este Paitre Grand Amamentação materna Partir Vider Importância Cuidado da criança Leite Outro Unidade básica de saúde Casos Ao	Muitas Porque Nós Alimentos in- dustrializados Acho Conter Por Enfermeiros Não Vai Vezes Tem Condição social Então Teve Isto Dar Está Toda Sempre São Casa Consulta do enfermeiro Podem Temos Logo Agora	Aleitamento materno Pois Profissionais de saúde Em Estão Já Mas Parer Consulta da nutricionista Também Ver Esta Familia Quando Como Tudo Crianças Alguma Leite artificial como comple- mento Semana Leite artificial Responsabilidade Sendo Com Pode As	Era Estava Mãe queria amamentar Tinha Caso Receber Marido Foi Pelo Introdução do leite artificial Desgaste Meses Busca ativa Até Mãe Em Filho Mesmo Um Consegue Fazemos Boa Consulta de enfermagem Antes Sempre Patre Grand Consulta da nutricionista	Papel Do Enfermeiro Monitoramento Perguntas Saúde Faz É Condições Agente comunitário de saúde Fazer Pré-natal Busca ativa Importante Gestante Acompanha- mento Em Percebemos Comporta- mento Mãe Filho Criança Avaliar Anos Outra Dizer Tinha Até

Fuente: elaboración propia.

Aquí no se expondrá el análisis del total de datos, sino solo dos categorías: *Ambiente desfavorable para la alimentación infantil sana y Prácticas y responsabilidades compartidas en el manejo de la lactancia.*

En la primera categoría los participantes entienden el medioambiente como un aspecto relevante para la alimentación del lactante y señalan como perjudicial para las prácticas adecuadas de alimentación en los dos primeros años de vida: el entorno familiar adverso, la influencia de los medios sobre los hábitos alimenticios y las debilidades de la política pública.

Considerando al medioambiente como un conjunto de relaciones recíprocas y cada vez más complejas entre actividades, participación biopsicológica humana, objetos y símbolos. Que sobreviene desde las primeras etapas del desarrollo del niño, cuyo comportamiento está influenciado por los sistemas que componen su universo en el tiempo y espacio (10).

En esta categoría surgieron algunos de los elementos de vulnerabilidad asociados con problemas

nutricionales expresados en el contexto familiar. Estos incluyen la poca orientación nutricional de la madre, condiciones socioeconómicas desfavorables de la familia que contribuyen a un destete temprano con consecuencias negativas para la salud del niño, hábitos y cultura intergeneracional inadecuada a la alimentación infantil y enfermedades maternas.

La falta de una red social en la familia para apoyar y sostener el complejo proceso de la lactancia materna. El papel de los medios de comunicación para fomentar el consumo de alimentos procesados no adecuados para la edad del niño, lo que indica la fragilidad de las políticas públicas de seguridad alimentaria, así lo demuestran los siguientes testimonios:

[...] dijo que no tenía los medios económicos para comprar otra leche artificial y dijo no tener leche materna; no podía amamantar porque tenía que conseguir un trabajo. Entonces el niño empezó a ir al servicio de urgencias por neumonía e infección de las vías urinarias [...] (Enf01Esf01).

[...]el personal de enfermería detecta que las condiciones de salud de la familia y la gestante son desfavorables, o [la gestante] tiene poco entendimiento, bajo nivel de educación, usa algunas sustancias químicas [...] (Enf01Esf01).

La cuestión de la cultura, el consumo de drogas, alcohol y sustancias que a veces ni siquiera son psicoactivas, el medicamento que ella utiliza [la madre]... todo eso interfiere [en el destete]. La propia influencia de la familia en la lactancia materna a veces interfiere con la orientación hacia una nutrición adecuada (Enf03Trad03).

El hecho de que la madre abandone la lactancia materna por la influencia de la familia, y cambie a leche artificial porque la abuela dice que la leche materna es débil (Enf06Esf06).

[...] preguntaba a la madre cómo ese niño, siendo el cuarto hijo, estaba desnutrido, pues debería tener conocimiento sobre cuidado infantil, cómo fueron sus embarazos anteriores, su experiencia de lactancia materna (Enf06Esf06).

A menudo, la madre no tenía orientación alimenticia en casa, no ofrece fruta o verduras diferentes y el niño quiere alimentos procesados como frituras, refrescos; niño de un año no puede hablar, pero pide refresco (Enf02Trad02).

[...] El niño succiona adecuadamente y la madre tiene leche, pero su marido presiona para que la madre dé leche artificial como suplemento, ya que fue prescrito [por el médico], y la suegra presiona también diciendo que la leche materna es débil y por eso el niño no aumenta de peso (Enf05Esf05).

Otro problema se asocia con los medios de comunicación, que estimulan fuertemente el consumo de refrescos. Muchas madres tienen problemas, no quieren dar el pecho porque es un embarazo no deseado, o amamantan por poco tiempo, uno o dos meses (Enf01Esf01).

Los problemas que no podemos manejar son los de tipo de políticas públicas que apoyen y promuevan la alimentación sana y natural; por el contrario, a menudo los medios de comunicación difunden más los alimentos procesados. Lamentablemente, las cosas que están detrás de todo esto son los intereses financieros, el patrocinio (Enf05Esf05).

La categoría *Prácticas y responsabilidades compartidas en el manejo de la lactancia* lleva a la discusión sobre las responsabilidades y compromisos de la familia en la nutrición infantil. También se discute el trabajo del equipo de enfermería en la detección y manejo de situaciones que tienden al destete precoz y a la introducción del biberón. Tales situaciones se expresan en las siguientes declaraciones:

[...] el compromiso en el cuidado de los niños, entiende que la nutrición no termina con la lactancia materna, sino que continúa en el transcurso de la vida del niño; sin embargo, se deja esta responsabilidad al profesional de la salud, el cual no está con la familia todo el día, dentro de la casa [del niño] (Enf02Trad02).

Las enfermeras no pueden perder de vista la responsabilidad que tiene la familia. La enfermera no toma sobre sí la responsabilidad de la familia (Enf03Trad03).

El trabajo de la estrategia de salud de la familia implica más profesionales de la salud, y facilita el trabajo en equipo. La consulta de la nutricionista

para los casos graves [problemas nutricionales]. Es importante el apoyo del nutricionista junto con otros profesionales de la salud y este apoyo tiene un buen rendimiento cuando se extrapolan las facultades y los recursos del personal de enfermería (Enf05Esf05).

Cuando es detectado [por el profesional de la salud] algún factor de riesgo [como el biberón], indica si será necesario intensificar la supervisión de profesionales de la salud, durante el cuidado prenatal, y la dieta de la madre también es importante. La nutrición materna está vinculada a la formación del tejido del niño (Enf06Esf06).

[...] es la práctica de la unidad de atención primaria, hay profesionales cualificados que están involucrados con la lactancia materna, pero como las madres no se involucran, asisten una semana, dos semanas. Las madres dejan de asistir a la unidad básica de salud y, a su regreso, el niño ya se encuentra con leche artificial en el biberón (Enf04 Trad04).

Discusión

Los elementos de vulnerabilidad nutricional en los niños menores de dos años, considerados por los participantes fueron la poca orientación nutricional de la madre, las condiciones socioeconómicas desfavorables de las familias, sus hábitos y cultura inadecuadas, las enfermedades maternas específicamente la mental y la mala red social y familiar.

Aunado a esto, se tiene el fuerte impacto del *marketing* de los medios de comunicación que exaltan los alimentos procesados y la débil supervisión de las políticas públicas. La ratificación de estos datos del estudio muestra las variables socioeconómicas, culturales y demográficas desfavorables como factor principal de los trastornos nutricionales en los niños (11).

En esta perspectiva, las condiciones socioeconómicas de las familias, identificadas como desfavorables, implican corresponsabilidades entre todos los niveles de intervención. La desigualdad social presente en los países en desarrollo obliga a realizar acciones gubernamentales de naturaleza política y programática (12).

El bajo presupuesto doméstico se reconoce como un obstáculo en el poder adquisitivo, hecho que trasciende lo profesional estrictamente normativo y prescriptivo, siendo parte de las dificultades que deben superarse (12, 13). Por lo tanto, las discusiones sobre la nutrición apropiada –y la demostración de que ella involucra esfuerzos intersectoriales– pueden asegurar una movilización popular efectiva, la cual beneficiaría indirectamente a las familias y al desarrollo del niño (14).

El aspecto socioeconómico desfavorable está directamente asociado a las posibilidades de desarrollar desnutrición infantil, pues el acceso a la alimentación de calidad es posible teniendo mejores condiciones financieras y sociales. Para ello, motivar inversiones económicas en la población de un modo general reduce el impacto negativo y, a largo plazo, evita perjuicios irreversibles para el desarrollo infantil (15).

Corroborando esta conclusión, el hallazgo que demuestra la incipiente comprensión materna de la calidad y los provechos de los alimentos frescos, esto conlleva un deterioro de la inmunidad de los niños (16). Se admite así que la orientación de los profesionales a las familias sobre la alimentación infantil saludable debe tener en cuenta las dificultades socioeconómicas existentes y crear con ellas oportunidades para la reflexión sobre los peligros de la ingesta errónea de alimentos (17, 18).

La influencia de la familia y el profesional de la salud no puede limitarse solo a fomentar la lactancia materna como un proceso fisiológico, sino que se requiere un entendimiento de la complejidad que implica el acto de la lactancia materna, que incluye un conjunto de aspectos históricos y cultu-

rales, creencias, valores, conceptos y experiencias familiares. Vale la pena señalar que la influencia negativa de la familia estimula la introducción de alimentos procesados (19).

Otro aspecto en la práctica de lactancia referido en las palabras de los participantes fue el uso de biberón como elemento de vulnerabilidad relacionada con agravios nutricionales. La utilización de este artefacto se conecta con patrones culturales de las familias y precede la introducción de alimentos industrializados, por perjudicar la lactancia exclusiva. El hallazgo del potencial trabajo interdisciplinario es reconocido como oportunidad de intervención positiva en la familia durante el uso precoz de biberón, que estaría vinculado a la probabilidad del destete total, con desventaja para la adecuada nutrición del niño (20).

En lo que atañe al consumo de alimentos no nutritivos, existe una fuerte correlación con el *marketing* masivo y abusivo dirigido a las familias, que incentiva el consumo desenfrenado de productos pobres en nutrientes, lo que se contrapone a las directrices de las políticas de alimentos y nutrición propuestas al lactante (21).

Se reconoce que durante el periodo de lactancia materna es menester compartir el cuidado de la salud del niño con la familia y con otros profesionales, haciendo posible así extrapolar la responsabilidad exclusivamente materna. En vista de que múltiples oportunidades de intervención aumentan a medida que se discuten casos y organizan estrategias de resolución con un aspecto diferente (22).

El intercambio de experiencias entre los profesionales refleja el reconocimiento de la labor multidisciplinaria en la ESF, lo cual proporciona una práctica de cooperación en el cuidado brindado al niño, la madre y la familia (23).

El profesional de la salud, considerado como referencia en la familia, posibilita el trabajo multidisciplinario que va al encuentro de las necesidades del binomio madre-niño, involucrando a la familia en su planificación. Por ende, tiene que valorar aspectos, además de las situaciones clínico-biológicas específicas o quejas presentadas por la madre u otros miembros de la familia (24).

El trabajo en equipo en el que se inserta el personal de enfermería permite la identificación temprana de las condiciones de vulnerabilidad, así como también del encaminamiento intersectorial apropiado, carac-

terizándose como una herramienta de acción importante (25). La correcta alineación de las informaciones, con el amparo y la dirección de profesionales de salud, posibilita la valorización de saberes de los individuos en su medio y potencializa el proceso decisorio dentro del espacio domiciliar (26).

Así, cada familia tiene diferentes puntos de vista sobre la alimentación adecuada del niño. La investigación realizada sobre la percepción familiar respecto al factor alimentario demuestra que este debe ser considerado por el profesional de la salud, a fin de alinear sus orientaciones profesionales a partir de la cultura y creencias familiares, elaborando guías más adecuadas para la familia (27).

En este panorama, el papel del profesional frente a las dimensiones que le son atribuidas se pauta en políticas públicas que contemplan estrategias de prevención y educación en salud para las poblaciones, en especial para los niños. En los servicios de salud, el enfermero, como parte de un equipo, asume el compromiso de ofrecer asistencia de calidad y busca garantizar seguridad para la madre y el bebé (28).

La comprensión del profesional en relación con la singularidad del universo familiar impacta profundamente en la práctica del cuidado. De esta manera, se recomienda estrechar el diálogo entre la familia y el equipo de salud (28).

Es una limitación del estudio la muestra de la investigación, por estar atada a enfermeros de un distrito sanitario; se cree que esta representatividad territorial puede expresar elementos de vulnerabilidad de los lactantes en la óptica de estos profesionales de primer nivel en atención de salud. De este modo, se sugiere el desarrollo de nuevos estudios que abarquen profesionales de diferentes distritos sanitarios ampliando la representatividad del municipio.

Conclusión

Los elementos de vulnerabilidad relacionan las condiciones que se derivan del contexto social, cultural y económico de las familias con la forma en que son percibidos frente a su inserción social y la toma de decisiones sobre sus vidas.

En este contexto, los aspectos que componen esta dimensión se vinculan a situaciones experimentadas por las familias en un campo desfavorable para la relectura de sus papeles como inmerso

en un sistema social que incluye las condiciones socioculturales y económicas.

El análisis de los elementos de vulnerabilidad considerados permite a los profesionales elaborar un plan de atención, con acciones preventivas de tipo ambulatorio y de carácter educativo que aborden las necesidades del niño y la familia. Las actividades deben detectar y encaminar las situaciones de exposición del niño o de la madre, con el fin de aumentar su resolución temprana.

Referencias

- (1) World Health Organization. Levels & trends in child mortality [Internet]. Ginebra: WHO; 2017 [citado 2018 ago. 12]. 40 p. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1AAkD9JSozeujOaC1XUJGgGUpxfcp0R86/view>
- (2) Oliveira CS, Iocca FA, Carrijo MLR, Garcia RATM. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2016 en. 15];36(esp):16-23. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56766>
- (3) Singhal A. The role of infant nutrition in the global epidemic of non-communicable disease. *Proc Nutr Soc* [Internet]. 2016 [citado 2018 jun. 11];75(2):162-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0029665116000057>
- (4) Mason JB, Shrimpton R, Saldanha LS, Ramakrishnan U, Victora CG, Girard AW et al. The first 500 days of life: policies to support maternal nutrition. *Glob Health Action* [Internet]. 2014 [citado 2017 oct. 28];7(1):23623. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23623>
- (5) Silva DI, Larocca LM, Chaves MMN, Mazza VA. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência das iniquidades sociais. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2015 [citado 2018 jun. 10];28(1):58-66. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40842428008>
- (6) Ayres JRCM, Paiva V, França JRI. From natural history of disease to vulnerability. In: Parker R, Sommer M. (eds.) *Handbook in Global Public Health*. New York: Routledge; 2011.
- (7) Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software análise textual IRAMUTEQ. Univer Fed de San Catar [Internet]. 2013 [citado 2017 mar. 30]:1-18. Disponible en: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
- (8) Bardin L. *Análise de conteúdo*. 7. a ed. Sao Paulo: Edições; 2011.
- (9) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 [citado 2017 may. 5];19(6):349-57. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

- (10) Bronfenbrenner U, Morris PA. The Bioecological Models of Human Development. In: Parker R, Sommer M. (eds.) Handbook of child psychology. 6 a ed. New York: Wiley; 2006.
- (11) Sotero AM, Cabral PC, Silva GAP. Fatores socioeconômicos, culturais e demográficos maternos associados ao padrão alimentar de lactentes. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2015 [citado 2017 nov. 2];33(4):445-52. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.006>
- (12) Coelho LC, Asakura L, Sachs A, Erbert I, Novaes CRL, Gimeno SGA. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [citado 2017 oct. 21];20(3):727-38. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.15952014>
- (13) Torres LEAS, Sales JRP, Melo MCP, Mendes RNC, Mistura C. Influências sociais no processo de aleitar: percepções das mães. *Rev Espaço para a Saúde* [Internet]. 2014 [citado 2017 sept. 17];15(1):25-36. Disponível em: <http://espacosasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosasaude/article/view/536>
- (14) Lee Y, Yoo J, Chung SJ, Lee SK, Kim H, Kim S. Effect of TV food advertising restriction on food environment for children in South Korea. *Health Promotion International* [Internet]. 2013 [citado 2017 oct. 26];32(1):25-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dato78>
- (15) Pereira RCA, Rivera FJU, Artmann E. The multidisciplinary work in the family health strategy: a study on ways of teams. *Interface* [Internet]. 2013 [citado 2017 oct. 17];17(45):327-40. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000006>
- (16) Vollmer S, Hartlgen K, Subramanyam MA, Finlay J, Klasen S, Subramanyan SV. Association between economic growth and early childhood undernutrition: evidence from 121 demographic and health surveys from 36 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2014 [citado 2017 oct. 24];2(4):e225-34. Disponível em: DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70025-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70025-7)
- (17) Wu Q, Scherpbier RW, Velthoven MHV, Chen L, Wang W, Li Y et al. Poor infant and young child feeding practices and sources of caregivers feeding knowledge in rural Hebei province, China: findings from a cross-sectional survey. *BMJ Open* [Internet]. 2014 [citado 2017 sept. 25];4(7):e005108. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005108>
- (18) Borges CA, Claro RM, Martins APB, Villar BS. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil? *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado 2017 oct. 21];31(1):137-48. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00005114>
- (19) Morrissey TW, Jacknowitz A, Vinopal A. Local food prices and their associations with children's weight and food security. *Pediatrics* [Internet]. 2015 [citado 2017 sept. 22];133(3):422-30. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-1963>
- (20) Kronborg H, Foverskov E, Vaeth M. Predictors for early introduction of solid food among danish mother and infants: an observational study. *BMC Pediatrics* [Internet]. 2014 [citado 2017 sept. 5];14:1-10. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-243>
- (21) Rigotti RR, Oliveira MIC, Boccolini CS. Association between the use of a baby's bottle and pacifier and the absence of breastfeeding in the second months of life. *Ciênc Saude Coletiva* [Internet]. 2015 [citado 2017 sept. 5];20(4):1235-44. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.00782014>
- (22) Huang L, Mehta K, Wong ML. Television food advertising in Singapore: the nature and extent of children's exposure. *Health Promot Int* [Internet]. 2011 [citado 2017 oct. 26];27(2):187-96. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1093/heapro/dar021>
- (23) Gudersen C, Ziliak JP. Childhood food insecurity in the U.S.: trends, causes and policy options. *The Future of Children* [Internet]. 2014 [citado 2017 oct. 22];24(2):1-19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1353/foc.2014.0007>
- (24) Costa L, Silva EF, Lorenzini E, Strapasson MR, Pruss ACF, Bonilha ALL. Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepções de enfermeiras de Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2012 [citado 2017 nov. 22];11(4):792-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v11i4.19414>
- (25) Moreno-Fergusson ME. Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. *Aquichan* [Internet]. 2013 [citado 2017 ago. 29];13(2):146-7. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=741286880006>
- (26) Eijdsden MV, Meijers CMC, Jansen JE, Kroon MLA, Vrijkotte TGM. Cultural variation in early feeding pattern and maternal perceptions of infant growth. *Br J Nutr* [Internet]. 2015 [citado 2017 sept. 30];114(3):481-8. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1017/S0007114515000951>
- (27) Yabuuti PLK, Bernardy CCF. Perfil de gestantes usuárias de drogas atendidas em um centro de atenção psicossocial. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 2017 oct. 27];38(2):344-56. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5327/Z0100-0233-2014380200009>
- (28) Moura MAP, Rocha SS, Pinho DLM, Guilherm D. Facilidades e dificuldades dos enfermeiros no cuidar da alimentação infantil na atenção básica. *O Mundo da Saúde* [Internet]. 2015 [citado 2018 abr. 25];39(2):231-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.20153902231238>

Satisfação dos usuários com um serviço de referência no cuidado do HIV*

Satisfacción de usuarios en un servicio de referencia en el cuidado para el VIH

Satisfaction of users with a reference health service for care of HIV

• Betina Hörner Schlindwein Meirelles¹ • Micheline Henrique Araújo da Luz Koerich² •
• Veridiana Tavares Costa³ • Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni⁴ •

* O artigo é originado do macro projeto: "A gestão do cuidado para a promoção da saúde de pessoas com HIV/AIDS".

•1• Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (Florianópolis, Brasil).
Correio Eletrônico: betina.hsm@ufsc.br

•2• Grupo de Pesquisa em Doenças Crônicas da Universidade Federal de Santa Catarina (Florianópolis, Brasil).
Correio Eletrônico: michelinekoerich@gmail.com

•3• Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde às Pessoas em Condição Crônica (Florianópolis, Brasil).
Correio Eletrônico: veritavarescosta@gmail.com

•4• Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (Florianópolis, Brasil).
Correio Eletrônico: gabimrc@gmail.com

Recibido: 28/07/2017 Aprobado: 18/10/2018

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.66509>



Resumo

Objetivo: caracterizar os usuários vivendo com HIV que utilizam um serviço de referência no Estado de Santa Catarina, Brasil, e comparar a satisfação entre os usuários da unidade ambulatorial e da internação.

Método: estudo quantitativo, transversal, realizado com 106 pessoas vivendo com HIV, atendidas em um serviço de infectologia no Município de Florianópolis/sc. A coleta de dados ocorreu de julho a dezembro de 2013, por meio de um formulário composto por questões sociodemográficas e sobre satisfação. Para análise dos dados utilizou-se o teste Qui-Quadrado por meio do *software* SPSS®.

Resultados: a maioria dos usuários demonstrou-se satisfeita com o serviço em todos os aspectos: disponibilidade dos cuidados (80,2 %); oportunidades/liberdade para dar sugestões (94,3 %); satisfação com as relações pessoais (94,3 %); acesso ao serviço (87,7 %); e cuidado recebido (90 %). Não houve diferença entre os grupos (ambulatorio e internação) na comparação entre os aspectos relacionados à satisfação.

Conclusão: a satisfação das pessoas vivendo com HIV mostrou-se positiva tanto para os usuários do serviço ambulatorial quanto da internação.

Descritores: Satisfação do Paciente; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Serviços de Saúde (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivos: caracterizar a los usuarios con VIH que utilizan un servicio de referencia en el Estado de Santa Catarina, Brasil, y comparar la satisfacción entre los usuarios del ambulatorio e internación.

Metodología: estudio cuantitativo transversal, realizado con 106 personas con VIH asistidas en un servicio de infectología en la ciudad de Florianópolis (Santa Catarina). La recolección de datos ocurrió de julio a diciembre de 2013 por medio de un formulario compuesto por preguntas sociodemográficas y satisfacción. Para análisis de datos se utilizó el test chi-cuadrado y el *software* SPSS®.

Resultados: la mayoría de los usuarios demostró satisfacción con el servicio en todos los aspectos: disponibilidad de los cuidados (80,2 %), oportunidad/libertad para dar sugerencias (94,3 %), satisfacción con las relaciones personales (94,3 %), acceso al servicio (87,7 %) y cuidado recibido (90 %). No hubo diferencia entre los grupos (ambulatorio e internación) en la comparación entre los aspectos relacionados con la satisfacción.

Conclusión: la satisfacción de las personas viviendo con VIH se mostró positiva para los usuarios del servicio en ambulatorio y para los de la internación.

Descriptoros: Satisfacción del Paciente; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Servicios de Salud (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to characterize users who use a reference health service for care of HIV in the State of Santa Catarina, Brazil, and compare the satisfaction among users from outpatient and hospitalization units.

Method: a quantitative, cross-sectional study of 106 people living with HIV treated at an infectious disease service in the city of Florianópolis (Santa Catarina). Data collection was developed between July and December 2013, through a form composed of sociodemographic and satisfaction issues. The chi-square test and SPSS® software were used for data analysis.

Results: the majority of users were satisfied with the service in all aspects: availability of care (80,2 %), opportunities/freedom to make suggestions (94,3 %), satisfaction with personal relationships (94,3 %), access to the service (87,7 %) and care received (90 %). There was no difference between the groups (outpatient and hospitalization) in the comparison between the aspects related to satisfaction.

Conclusion: the satisfaction of people living with HIV was positive for both outpatient and hospitalization services.

Descriptors: Patient Satisfaction; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Health Services (source: DeCS, BIREME).

Introdução

A qualidade em serviços de saúde vem sendo discutida com maior ênfase desde o surgimento dos modelos de qualidade em 1940. Ao conceito de qualidade, atrela-se a percepção daquele que avalia ações e serviços (1-3). Por isso, medir a satisfação dos usuários nas instituições de saúde é algo apontado como necessário, uma vez que a percepção da qualidade está relacionada às expectativas dos usuários com base em suas experiências (1).

A satisfação dos usuários vivendo com HIV no que se refere à qualidade de ações e serviços para o cuidado dessa condição ainda é um aspecto pouco explorado no cenário nacional, embora seja considerada um instrumento relevante para avaliação das práticas em saúde. Destaca-se o registro de insatisfação por parte dos usuários em atendimento ambulatorial de um hospital referência estadual na Região Nordeste com os serviços e o atendimento oferecidos, sinalizando fragilidades no respeito à privacidade, relacionamento com profissionais, oferta de suporte e orientações para tratamento (2).

Estudos internacionais têm apontado que a percepção desses usuários sobre a satisfação em relação à qualidade dos serviços prestados pode variar em diferentes contextos (3-5), e que alguns fatores podem influenciar no resultado. Dentre os fatores relacionados mencionam-se: sexo, idade, tempo de convivência com o HIV, tempo de uso de terapia antirretroviral, estado marital, educação, religião, emprego e renda (6). Somam-se a estes os seguintes aspectos: estrutura e organização dos serviços de saúde, bem como a percepção da assistência recebida (2, 7).

Diante do contexto histórico de marginalização do atendimento e sentimento de exclusão pelo estigma da doença (8), destaca-se que o entendimento dos possíveis fatores relacionados à satisfação das pessoas vivendo com HIV pode auxiliar profissionais e gestores dos serviços de saúde na implementação de práticas de cuidado inovadoras. Assim, aprimora-se a assistência prestada com base na percepção dos usuários que frequentam os serviços especializados em HIV e, ao atingir as necessidades e expectativas dessas pessoas de forma eficaz, as instituições de saúde estarão promovendo serviços de qualidade (1).

Nessa direção, este estudo tem por objetivo descrever as características dos usuários vivendo com HIV que utilizam um serviço de referência no Estado de Santa Catarina, Brasil, e comparar a satisfação entre os usuários da unidade ambulatorial e internação.

Método

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa com delineamento transversal, realizado em um serviço de referência no município de Florianópolis em Santa Catarina, Brasil.

O hospital possui porte médio, conta com 104 leitos ativos, sendo o atendimento totalmente público e gratuito. O ambulatório registra uma média de 2000 consultas por mês, sendo que 50 % destes atendimentos são de pessoas com HIV ou Aids. Além disso, tem uma média de 120 atendimentos de acidentes com material biológico ao mês. Em relação aos serviços de assistência direta a pessoas que vivem com HIV ou Aids, a instituição conta com duas unidades de internação com 26 leitos no total e com o Hospital-Dia (15 leitos, sendo 7 específicos para HIV/Aids). Além destes, as unidades de internação de tisiologia (20 leitos), pneumologia (24 leitos), isolamento (8 leitos) e UTI (9 leitos) dão suporte ao atendimento.

Os participantes foram 106 pessoas vivendo com HIV que frequentavam as unidades de ambulatório e de internação do serviço estadual de referência para doenças infecciosas e parasitárias, no Hospital Nereu Ramos, localizado na capital de Santa Catarina, Brasil. A seleção dos mesmos foi realizada por conveniência e os critérios de inclusão adotados foram: idade igual ou superior a 18 anos; ser usuário registrado no serviço de referência e ter diagnóstico de infecção pelo HIV há pelo menos um ano. Os critérios de exclusão utilizados foram: a avaliação subjetiva das pesquisadoras acerca da capacidade cognitiva dos entrevistados de compreensão do instrumento de coleta de dados e da capacidade de elaboração de respostas.

Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2013, tendo como instrumento de coleta de dados um formulário com questões fechadas, abrangendo características sociodemográficas, clínicas e relacionadas à satisfação das pessoas vivendo com HIV no que tange à organização e/ou utilização dos serviços de saúde. A equipe para a coleta das informações foi composta por uma acadêmica de enfermagem e três enfermeiras, previamente treinadas para aplicação do instrumento.

A coleta dos dados se realizou no ambulatório e na unidade de internação. Após apresentação da finalidade e procedimentos da pesquisa, obteve-se o consentimento dos participantes (registrado em documento), e em seguida iniciava-se a coleta, em dois momentos. No primeiro momento, os usuários com HIV foram abordados no serviço ambulatorial, sendo convidados a participar da pesquisa enquanto aguardavam atendimento em sala de espera. Os que aceitaram participar eram encaminhados para uma sala reservada, onde se realizavam as entrevistas individuais, com os pesquisadores fazendo a leitura das questões e possibilidades de respostas. No segundo momento, foram convidados os usuários da unidade de internação, sendo seguido o mesmo protocolo de coleta de dados utilizado na etapa anterior, buscando preservar sua privacidade, aplicando o instrumento somente quando o usuário estivesse sozinho.

As variáveis utilizadas no estudo referem-se aos aspectos sociodemográficos (idade, identidade de gênero, estado marital, escolaridade e atividade laboral); clínicos (tempo de infecção pelo HIV) e atrelados à satisfação (disponibilidade dos cuidados para o tratamento do HIV; oportunidades/liberdade para falar sobre necessidades de cuidado do HIV; oportunidades/liberdade para dar sugestões para a melhoria no serviço –profissionais, outros usuários–; satisfação com as relações pessoais no serviço –profissionais, outros usuários–; satisfação com o acesso ao serviço; satisfação com o cuidado recebido).

Os dados coletados foram analisados por intermédio de estatística descritiva (médias, frequências e percentuais) e, para comparação entre proporções utilizou-se o teste do Qui-Quadrado. O nível de significância estatística foi estabelecido em 0,05, e as análises foram executadas pelo programa Statistical Package for the Social Science (SPSS)[®], versão 20.

O estudo atendeu às normas apresentadas na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (9) e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o Parecer de número 167.681/2013.

Resultados

O total de participantes do estudo foi 106; 67 eram usuários do serviço ambulatorial e 39, do serviço de internação. As características sociodemográficas (idade, identidade de gênero, estado marital, escolaridade, atividade laboral) e o tempo de infecção pelo HIV estão apresentados na Tabela 1 e Tabela 2.

Tabela 1. Características de pessoas vivendo com HIV atendidas em um serviço de referência em infectologia (n=106). Florianópolis/Santa Catarina, 2015

Características sociodemográficas e clínica	Ambulatório (n=67)		Internação (n=39)		Total (n=106)	
	M	DP	M	DP	M	DP
Idade	43,57 (19-82 anos)	±11,68	41,39 (21-74 anos)	±13,38	42,78 (19-82 anos)	±12,30
Tempo de HIV	12,26 (1-28 anos)	±7,18	10,49 (1-30 anos)	±7,33	11,60 (1-30 anos)	±7,25

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 2. Distribuição de pessoas vivendo com HIV atendidas em um serviço de referência em infectologia, segundo identidade de gênero, estado marital, escolaridade e estado marital (n=106). Florianópolis/Santa Catarina, 2015

Características sociodemográficas	Ambulatório (n=67)		Internação (n=39)		Total (n=106)	
	n	%	n	%	n	%
Identidade de gênero						
Masculino	45	67,2	25	64,1	70	66,0
Feminino	19	28,2	14	35,9	33	31,1
Transexual	3	4,5	0	0	3	2,9
Estado marital						
Solteiro	25	37,3	16	41	41	38,68
Casado/união estável	22	32,8	9	23,1	31	29,24
Separado/divorciado	11	15,6	11	28,2	22	20,76
Viúvo	8	11,9	3	7,7	11	10,38
Não declarou	1	1,5	0	0	1	0,94
Escolaridade						
Analfabeto	1	1,5	0	0	1	0,94
Fund. incompleto	18	26,9	17	43,6	35	33,02
Fund. completo	9	13,4	10	25,6	19	17,93
Ensino médio incompleto	8	11,9	4	10,3	12	11,32
Ensino médio completo	18	26,9	4	10,3	22	20,76
Graduação/ Pós-Graduação	13	19,4	4	10,3	17	16,03
Atividade laboral						
Inativo/desempregado	20	29	17	43,6	37	34,91
Ativo	32	47,8	15	38,5	47	44,34
Aposentado	15	22,4	7	17,9	22	20,75

Fonte: dados da pesquisa

A média de idade do total de participantes foi de 42,78 (± 12,3 anos). Houve predomínio de pessoas do gênero masculino (66 %) e do estado marital solteiro (38,68 %). Em relação à escolaridade, percebeu-se que a maioria dos participantes tinha ensino fundamental incompleto e poucos possuíam ensino superior.

No que concerne à atividade laboral, identificou-se que os usuários que frequentavam o serviço ambulatorial eram, na sua maioria, ativos economicamente, porém esse número diminui quando comparados aos usuários que se encontravam internados. A mesma comparação foi evidenciada em relação às pessoas aposentadas. Por fim, aponta-se uma proximidade no número de pessoas consideradas inativas/desempregadas em ambos os serviços.

Os dois grupos estudados foram homogêneos em relação às variáveis sociodemográficas. No entanto, em relação ao tempo médio de infecção pelo HIV, o mesmo foi maior nas pessoas que estavam utilizando o serviço de internação.

Os resultados dos fatores relacionados à satisfação estão apresentados na Tabela 3. Levando em consideração esses aspectos, evidenciou-se que a maioria dos participantes estava satisfeita com o serviço. Não houve diferença entre os grupos na comparação entre os fatores relacionados à satisfação, exceto para a variável *Satisfação com o cuidado recebido*, que apresentou um número de participantes satisfeitos significativamente maior no grupo “ambulatorio”. Ressalta-se ainda que, embora os resultados não tenham evidenciado diferença significativa entre os grupos para a variável *oportunidades/liberdade para dar sugestões para a melhoria do serviço*, verificou-se um maior percentual de participantes insatisfeitos no grupo “ambulatorio”.

Discussão

As características sociodemográficas apresentadas no presente estudo ratificam a mudança no perfil das PVHA nos últimos anos (10). Os dados apontaram um predomínio de homens, solteiros e a média de idade entre os participantes de 42,78 (\pm 12,3 anos).

Ao se discutir vulnerabilidade ao HIV no contexto brasileiro, menciona-se que os indivíduos menos escolarizados, os homens e os mais velhos estão mais vulneráveis (7). No entanto, também se destaca uma tendência ao processo de feminização da epidemia nos últimos anos, ou seja, maior incidência de casos de HIV no sexo feminino (10). Tal achado não foi ratificado neste estudo, uma vez que a maioria dos participantes se autodeclarou do gênero masculino, corroborando, assim, com outras realidades (5, 11).

Tabela 3. Comparação entre os fatores relacionados à satisfação entre pessoas vivendo com HIV usuárias do serviço ambulatorial e de internação (n=106). Florianópolis/Santa Catarina, 2015

Variáveis	Ambulatório (n=67) n(%)	Internação (n=39) n(%)	Total (n=106) n(%)	valor	p
Disponibilidade dos cuidados para o tratamento do HIV/Aids na rede de cuidados					
Insatisfeito	06 (09,0)	04 (10,3)	10 (09,4)	0,07	0,93
Regular	04(06,0)	07(17,9)	11(10,4)		
Satisfeito	57(85,1)	28 (71,8)	85(80,2)		
Oportunidades/liberdade para falar sobre necessidades de cuidado no serviço de saúde					
Insatisfeito	06 (09,0)	03 (07,7)	9 (08,5)	0,25	0,62
Regular	04 (06,0)	01 (02,6)	5(04,7)		
Satisfeito	57 (85,0)	35 (89,7)	92(86,8)		
Oportunidades/liberdade para dar sugestões para a melhoria do serviço de saúde					
Insatisfeito	06(09,0)	01(02,6)	07(06,6)	2,64	0,1
Regular	09 (13,4)	03(07,7)	12(11,03)		
Satisfeito	52 (77,6)	35(89,7)	87 (82,1)		
Satisfação com as relações pessoais no serviço (profissionais, outros pacientes)					
Insatisfeito	01(01,5)	2(05,1)	03(02,8)	0,85	0,35
Regular	02(03,0)	1 (02,6)	03(02,8)		
Satisfeito	64 (95,5)	36(92,3)	100(94,3)		
Satisfação com o acesso ao serviço de saúde					
Insatisfeito	01(1,5)	03(07,7)	04(03,8)	2,68	0,1
Regular	05(7,5)	04(10,3)	09(08,5)		
Satisfeito	61 (91)	32 (82,1)	93(87,7)		
Satisfação com o cuidado recebido no serviço					
Insatisfeito	01(01,5)	03(07,7)	04(03,8)	3,13	0,07*
Regular	03(04,5)	03(07,7)	06(05,7)		
Satisfeito	63 (94,0)	33(84,6)	96(90,6)		

Fonte: dados da pesquisa

O predomínio de participantes que cursaram apenas o ensino fundamental reforça a evidência de que o HIV vem atingindo às pessoas de baixa escolaridade (12). Esses achados caracterizam o fenômeno de pauperização da aids demonstrado na literatura atual (12).

Em relação à situação profissional, 44,34 % dos participantes do estudo referiram estar ativos economicamente, mas aproximadamente 35 % estavam desempregados ou inativos. Entre os participantes que estavam no setor de internação, o percentual de participantes desempregados ou inativos foi ainda maior (38,5 %), sugerindo que as complicações da doença e a necessidade de internações possam comprometer as atividades profissionais destes indivíduos. Esses resultados corroboram com outros estudos realizados em países em desenvolvimento (5, 13), que também apontam percentuais altos de desempregados ou *freelancers*.

O percurso dos usuários nos serviços de saúde está norteado por algumas necessidades, dentre elas, a comunicação entre usuários e equipe de saúde, o acesso e o cuidado recebido (14). Neste estudo, os participantes mostraram-se satisfeitos em relação à disponibilidade dos cuidados e à rede de serviços para o tratamento do HIV. Em estudo realizado em outra realidade, na República Islâmica do Irã, houve insatisfação dos participantes com relação a este aspecto (15).

A avaliação da qualidade do atendimento para as pessoas vivendo com HIV pode ser identificada por meio da verificação dos aspectos atrelados à satisfação em relação ao atendimento prestado, sendo que há oportunidades/liberdade para falar sobre necessidades de cuidado do HIV/Aids, bem como para dar sugestões de melhoria do serviço é fator primordial para o alcance dessa satisfação (16).

A maioria dos entrevistados relatou estar satisfeita em relação à oportunidade/liberdade para dar sugestões de melhoria no serviço. Isto leva-nos a crer que os serviços de referência em HIV/Aids necessitam avaliar tal aspecto em suas práticas de cuidado, uma vez que se trata de um relevante indicador de qualidade, o qual pode ser capturado por meio dos relatos dos pacientes, muitas vezes, pouco valorizados na prestação dos serviços de saúde (16).

No que tange às relações pessoais, os participantes de ambos os grupos (ambulatório e internação) apontaram que a relação estabelecida, tanto com os profissionais quanto com outros usuários do serviço, foi satisfatória.

A avaliação do processo de atendimento de alguns serviços de saúde sob a ótica dos usuários identifica os aspectos comunicação/interação e profissional-cliente como itens necessários para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde (17). Esta mesma avaliação apontou como satisfatória a relação usuário/equipe de saúde, porém destacou que, para o alcance do nível ideal, faz-se necessário aprimorar o fornecimento de informações e as ações voltadas para segurança do usuário (18).

Em contrapartida, um estudo realizado na Holanda destacou uma série de experiências negativas entre as relações das pessoas vivendo com HIV e os profissionais de saúde, dentre elas: interações sociais inábeis, culpa, pena, precauções excessivas e tratamento diferenciado, recusa ou relutância para prestar cuidados, encaminhamentos desnecessários, diagnóstico tardio, atrasos de tratamen-

to, descuido com confidencialidade, experiência limitada com conseqüente limitação de conhecimento para cuidar dessa população, curiosidade a respeito de como o HIV foi adquirido, dentre outras (19). Isto ratifica a relevância de explorar os aspectos envolvidos na relação profissional-paciente, já que se trata de um indicador de desempenho (14).

Outro ponto a ser discutido é a questão do acesso, avaliada com frequência nos serviços de referência em HIV/Aids nos últimos anos (14-20). Os participantes deste estudo mostraram-se satisfeitos com o acesso, pois existe uma agenda diferenciada para consultas em ambulatório para as pessoas com HIV, com vagas reservadas em caso de urgência. O acesso é considerado um elemento essencial para um serviço de qualidade, e sua falta pode tornar-se um grande obstáculo na prestação dos serviços de saúde dessa população, geográfica e economicamente, ou quando as necessidades de cuidado se apresentam e não encontram respostas ou condições de acesso nos serviços.

Dessa forma, o acesso universal aos serviços para tratamento e cuidado do HIV/Aids de forma equitativa e de alta qualidade é fator primordial para o enfrentamento da epidemia da Aids, sendo também considerado uma nova tecnologia de prevenção (21, 22) e, por isso, vem sendo discutido mundialmente (23, 24). Isto justifica as novas estratégias globais para controle do HIV no mundo, como é o caso da meta 90-90-90, a qual esclarece a necessidade de que, até 2020, 90 % das pessoas vivendo com HIV em todo o mundo devam estar diagnosticadas, tratadas e com supressão viral (25).

Além do acesso, o cuidado também é apontado como uma necessidade a ser compreendida na ótica dos usuários dos serviços de saúde para melhoria da assistência prestada (14-23). A satisfação das pessoas vivendo com HIV em relação ao cuidado recebido mostrou-se positiva e significativa tanto para os usuários do serviço ambulatorial, quanto do serviço de internação.

A satisfação com o cuidado recebido pode estar atrelada a uma concepção fragmentada dos usuários sobre o seu cuidado, uma vez que, mesmo diante de discussões aprimoradas em relação às redes de atenção em saúde, ainda vivenciamos uma fragmentação dos níveis de atenção, com a conseqüente fragilidade no sistema de referência e contrarreferência entre os serviços (14).

Uma percepção fragmentada do cuidado pode reforçar a percepção das pessoas vivendo com

HIV de que a disponibilidade de cuidado é mais adequada nos serviços nos quais são prestados cuidados mais específicos, como no caso dos serviços de referência em HIV/Aids (14). Assim sendo, considera-se que os resultados desta pesquisa não refletem a satisfação dos usuários em relação aos outros níveis de atenção ou outros contextos e que novos estudos podem ser realizados, buscando conhecer a percepção do usuário em diferentes realidades. Aponta-se que a configuração atual da infecção pelo HIV como sendo uma condição crônica de saúde, bem como uma doença complexa, reforça que a atenção às pessoas vivendo com essa condição deve assumir um caráter interdisciplinar, com ações multiprofissionais, para que se possa alcançar a integralidade do cuidado.

Conclusão

A maioria dos participantes deste estudo foram homens, solteiros, com baixa escolaridade e em idade economicamente ativa, mostrando as variações do perfil epidemiológico das pessoas vivendo com HIV. A satisfação dessas pessoas com o serviço de referência demonstrou-se satisfatória na totalidade dos aspectos investigados. Tais aspectos podem estar vinculados aos indicadores de qualidade dos serviços prestados, tornando-se necessário explorá-los em outros contextos e, assim, contribuir para a integralidade do cuidado desta população.

Apoio financeiro

Esta pesquisa teve apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Edital/Chamada: Universal 14/2011.

Referências

- (1) Pena MM, Silva EM, Tronchin DM, Melleiro MM. The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health services. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [citado 2017 jul. 23];47(5):1235-40. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500030>
- (2) Silva RAR, Torres GV, Dantas SC, Nelson ARC, Duarte FHS, Costa DARS. Health care for people with HIV: evaluation of users. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2017 [citado 2018 out. 10];9(1):21-7. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.21-27>
- (3) Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2012 [citado 2017 jul. 23];21:39-46. Disponível em: DOI: [10.1136/bmjqs-2011-000137](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000137)
- (4) Dansereau E, Masiye F, Gakidou E, Masters SH, Burteins R, Kumar S. Patient satisfaction and perceived quality of care: evidence from a cross-sectional national exit survey of HIV and non-HIV services in Zambia. *BMJ Open* [Internet]. 2015 [citado 2017 jul. 23];5(12):e009700. Disponível em: DOI: [10.1136/bmjopen-2015-009700](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009700)
- (5) Tran BX, Nguyen NPT. Patient satisfaction with HIV/AIDS. Care and treatment in the decentralization of services delivery in Vietnam. *PLoS ONE* [Internet]. 2012 [citado 2017 jul. 21];7(10):e46680. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0046680>
- (6) Figueiredo LA, Lopes LM, Magnabosco G, Andrade RL, Faria MF, Goulart VC et al. Provision of health care actions and services for the management of HIV/AIDS from the users' perspective. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [citado 2017 jul. 23];48(6):1026-34. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700010>
- (7) Cooper V, Clatworthy J, Youssef E, Llewellyn C, Miners A, Lagarde M et al. Which aspects of health care are most valued by people living with HIV in high-income countries? A systematic review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 [citado 2017 jul. 23];16:1-15. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1914-4>
- (8) Villarinho MV, Padilha MI. Feelings reported by health workers when facing the Aids epidemic (1986-2006). *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2016 jun. 28];25(1):e0010013. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000010013>
- (9) Brasil. Resolução n.o 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília. 2013. Seção 1, p. 59.
- (10) Rodrigues JA, Carneiro WS, Nogueira JA, Athayde ACR. HIV: factors increasing the vulnerability of the young female population. *Rev Bras Ciênc Saúde* [Internet]. 2013 [citado 2016 jun. 28];17(1):3-10. Disponível em: DOI: [10.4034/RBCS.2013.17.01.01](https://doi.org/10.4034/RBCS.2013.17.01.01)
- (11) Schuelter-Trevisol F, Pucci P, Justino AZ, Pucci N, Silva ACB. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2013 [citado 2017 jul. 21];22(1):87-94. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100009>
- (12) Silva RAR, Duarte FHS, Nelson ARC, Holanda JRR. A epidemia da AIDS no Brasil: análise do perfil atual. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2013 [citado 2017 jun. 28];7(10):6039-48. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4882>
- (13) Yacob B, Ncama BP. Client satisfaction: correlates and implications for improving HIV/AIDS treatment and care services in southern Ethiopia. *Int. Health* [Internet]. 2016 [citado 2017 jul. 21];8(4):292-8. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihw008>

- (14) Palácio MB, De Castro-Figueiredo MA, De Souza LB. O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde: possibilidades de integração da assistência. *Psico* [Internet]. 2012 [citado 2017 jul. 21];43(3):369-77. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistaspsico/article/view/9816>
- (15) Moradi G, Mohraz M, Gouya MM, Dejman M, Seyedalinaghi S, Rahmani K, Malekafzali-Ardakani H. Problems of providing services to people affected by HIV/AIDS: service providers and recipients perspectives. *East Mediterr Health J* [Internet]. 2015 [citado 2017 jul. 21];21(1):20-8. Disponível em: DOI: 10.26719/2015.21.1.20
- (16) Johnston S, Kendall C, Hogel M, McLaren M, Liddy C. Measures of quality of care for people with HIV: a scoping review of performance indicators for primary care. *PLoS ONE* [Internet]. 2015 [citado 2017 jul. 21];10(9):1- 11. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136757>
- (17) Dixit S, Verma N, Shrivastava N, Sharma M, Pradhan SK, Agarwal S. Patient satisfaction with ART centre services among people living with HIV: a cross sectional study in a tertiary care hospital, Chhattisgarh, India. *Int J Community Med Public Health* [Internet]. 2018 [citado 2018 out. 10];5(6):2564-71. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20182195>
- (18) Ribeiro IM, Rosa AF, Felacio VCM. Avaliação dos serviços de assistência em HIV/Aids na perspectiva de portadores. *R. Interd* [Internet]. 2015 [citado 2017 jul. 21];8(4):71-81. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/511>
- (19) Stutterheim SE, Sicking L, Brands LR, Baas I, Roberts H, Van Brakel WH et al. Patient and provider perspectives on HIV and HIV-related stigma in dutch health care settings. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. 2014 [citado 2017 jul. 21];28(2):652-65. Disponível em: DOI: 10.1089/apc.2014.0226
- (20) Yacob B, Ncama BP. A socio-ecological perspective of access to and acceptability of HIV/AIDS treatment and care services: a qualitative case study research. *BMC Public Health* [Internet]. 2016 [citado 2017 jul. 21];16:1-15. Disponível em: DOI: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-016-2830-6>
- (21) Chakrapani V, Velayudham J, Shunmugam M, Newman PA, Dubrow R. Barriers to antiretroviral treatment access for injecting drug users living with HIV in Chennai, South India. *AIDS Care* [Internet]. 2014 [citado 2017 jul. 21];26(7):835-41. Disponível em: DOI: 10.1080/09540121.2013.861573
- (22) Maksud I, Fernandes NM, Filgueiras SL. Technologies for HIV prevention and care: challenges for health services. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 [citado 2018 nov. 19]; 18 (Suppl 1):104-119. Disponível em: DOI: 10.1590/1809-4503201500050008
- (23) Idrisov B, Lunze K, Cheng DM, Blokhina E, Gnatienko N, Patts GJ, et al. Food Insecurity, HIV Disease Progression and Access to Care Among HIV-Infected Russians not on ART. *AIDS Behav.* [Internet]. 2017 [citado 2018 nov. 19]; 21 (12):3486-3495. Disponível em: DOI: 10.1007/s10461-017-1885-4
- (24) Da Silva RR, Torres GVS, Ilisdayne, TS. Percepción de los usuarios y los profesionales de la salud acerca de la calidad de la atención prestada a los pacientes con AIDS. *Enfermería Global* [Internet]. 2015 [citado 2018 nov. 19]; XIV(40):233-243. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.4.201961>
- (25) Montaner JS, Socias ME. Restricting access to HIV-related services: a bad public health and economic policy. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2015 [citado 2016 jul. 21];33(7):435-6. Disponível em: DOI: 10.1016/j.eimc.2015.02.011

O melhor da hospitalização: contribuições do brincar para o enfrentamento da quimioterapia*

Lo mejor de la hospitalización: contribuciones del juego al enfrentamiento de la quimioterapia

The best of hospitalization: contributions of playing to cope with chemotherapy

• Amanda Mota Pacciullo Sposito ¹ • Nathália Rodrigues Garcia-Schinzari ² • Rosa Maria de Araújo Mitre ³ • Luzia Iara Pfeifer ⁴ • Regina Aparecida Garcia de Lima ⁵ • Lucila Castanheira Nascimento ⁶ •

* Artigo extraído da dissertação de Mestrado “Estratégias de enfrentamento do tratamento quimioterápico na perspectiva de crianças com câncer hospitalizadas”.

•1• Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto, Brasil). Correio eletrônico: amandamps.to@gmail.com

•2• Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto, Brasil). Correio eletrônico: nati.r.garcia@gmail.com

•3• Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro, Brasil). Correio eletrônico: rmitre@gmail.com

•4• Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto, Brasil). Correio eletrônico: luziara@fmrp.usp.br

•5• Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto, Brasil). Correio eletrônico: limare@erp.usp.br

•6• Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto, Brasil). Correio eletrônico: lucila@erp.usp.br

Recibido: 06/12/2016 Aprobado: 23/10/2018

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.61319>



Resumo

Objetivo: a quimioterapia é uma terapêutica bastante utilizada no tratamento do câncer infantil e, embora eficaz, provoca efeitos colaterais e exige reestruturação do cotidiano. Este estudo tem o objetivo de compreender o brincar como estratégia para enfrentamento do tratamento quimioterápico em crianças.

Método: pesquisa exploratória, com análise qualitativa dos dados. Participaram 10 crianças entre 7 e 12 anos, com câncer, em tratamento quimioterápico e hospitalizadas. Realizou-se entrevistas semiestruturadas usando fantoches como recurso facilitador da comunicação. Na análise dos dados, do tipo temática indutiva, destacou-se a importância do brincar como facilitador do enfrentamento da quimioterapia.

Resultados: as crianças referiram-se à relevância do brincar para combater à ociosidade e destacaram a importância de um espaço lúdico, adaptado às necessidades do tratamento, dentro do ambiente hospitalar. A atuação do terapeuta ocupacional e de voluntários caracterizados como palhaços foi citada como diferencial neste contexto.

Considerações finais: reforça-se a importância de investimento, por parte da administração dos hospitais, em espaços e materiais lúdicos e na contratação de pessoal qualificado para facilitar o brincar das crianças hospitalizadas.

Descritores: Criança; Neoplasias; Tratamento Farmacológico; Brincadeiras e Brinquedos; Adaptação Psicológica (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: la quimioterapia es una terapia bastante utilizada en el tratamiento del cáncer infantil y, aunque eficaz, provoca efectos colaterales y exige una reestructuración de lo cotidiano. El objetivo del estudio es comprender el juego como estrategia para enfrentar el tratamiento de la quimioterapia en niños.

Método: estudio exploratorio con análisis cualitativo de datos. Participaron diez niños entre siete y doce años con cáncer, en tratamiento quimioterapéutico y hospitalizados. Fueron llevadas a cabo entrevistas semiestructuradas utilizando títeres como recurso facilitador de la comunicación. En el análisis de los datos, del tipo temática inductiva, se destacó la importancia del juego como facilitador del enfrentamiento a la quimioterapia.

Resultados: los niños se refirieron a la relevancia del juego para combatir el ocio y destacaron la importancia de un espacio lúdico, adaptado a las necesidades del tratamiento dentro del ambiente hospitalario. La actuación del terapeuta ocupacional y de voluntarios caracterizados como *clowns* (payasos) fue citada como diferencial en este contexto.

Consideraciones Finales: se destaca la importancia de inversión, por parte de la administración de los hospitales, en espacios y materiales lúdicos y en la contratación de personal cualificado para facilitar el juego en los niños hospitalizados.

Descritores: Niño; Neoplasias; Tratamiento Farmacológico; Juego e Implementos de Juguetes; Adaptación Psicológica (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: chemotherapy is frequently used in childhood cancer treatment and, although effective, it causes collateral effects and requires the restructuring of children's daily lives. The aim of this study is to understand the play as a strategy to cope with the chemotherapy treatment in children.

Method: this is an exploratory study with qualitative data analysis. Participants were 10 children with cancer between 7 and 12 years old, undergoing chemotherapy and hospitalized. Semistructured interviews were held, using puppets as a resource to facilitate the communication. In the data analysis, with an inductive approach, the importance of play as a facilitator of the chemotherapy coping was highlighted.

Results: the children referred to the relevance of playing as a resource against idle time and highlighted the importance of a space to play, adapted to the treatment needs, within the hospital environment. The activities of the occupational therapist and of volunteers characterized as clowns was cited as differential in this context.

Final Considerations: the importance of hospital administrations' investment in play spaces and materials is underlined, as well as the hiring of qualified staff to facilitate the hospitalized children's playing.

Descriptors: Child; Neoplasms; Drug Therapy; Play and Playthings; Adaptation Psychological (source: DeCS, BIREME).

Introdução

Os tumores pediátricos, que acometem indivíduos entre 0 e 19 anos, correspondem ao percentual de 1 a 4 % do total de tumores malignos, na maioria das populações. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o câncer pediátrico representa de 3 % a 10 % do total de neoplasias (1).

O tratamento do câncer infantil é prolongado e demanda, comumente, repetidas internações hospitalares (2, 3). O hospital, apesar de expor a criança a procedimentos invasivos e experiências físicas e emocionais desagradáveis (3, 4), também se configura como o local onde se espera alcançar a cura da doença por meio do tratamento proposto (5), adquirindo, assim, significados ambivalentes para os pacientes.

Além da hospitalização, a criança precisa lidar com as demandas e consequências do tratamento. Atualmente, as principais modalidades de tratamento oncológico são: cirúrgico, radioterápico e quimioterápico. A quimioterapia consiste no emprego de substâncias químicas que são capazes de exterminar o tumor ou impedir seu crescimento, atuando principalmente contra células que se dividem rapidamente, por atuarem na divisão celular (6). Embora eficaz, a quimioterapia exige uma reestruturação do cotidiano da criança, devido às frequentes internações; ao afastamento da família, do lar, da escola; aos efeitos colaterais das medicações, tais como náuseas, fadiga, alopecia e alteração do paladar, a qual acarreta, inclusive, em diminuição e modificação da alimentação (7).

Ao adoecer, a criança lida com quatro experiências estressantes: o adoecimento em si, o sentido que ela dá a essa doença, a busca por desenvolver estratégias de enfrentamento comportamentais e cognitivas e a implementação dessas estratégias (8). Visando a amenizar essas vivências estressoras e facilitar a adaptação da criança à nova situação, esta deve ser auxiliada a desenvolver suas estratégias de enfrentamento (4).

Um estudo que realizou meta-análise acerca do enfrentamento de crianças com câncer (9), indicou que o termo enfrentamento é geralmente definido na literatura como um processo cognitivo e/ou comportamental que visa minimizar ou tornar

mais fácil de tolerar situações estressantes, tais como o tratamento de neoplasias. O brincar pode auxiliar a criança a enfrentar situações estressantes, como o tratamento de uma doença grave e a hospitalização. Pode influenciar o equilíbrio entre a criança e o ambiente, favorecendo a sensação de controle da situação e promovendo saúde e bem-estar (10).

As crianças com câncer desenvolvem esforços constantes para enfrentar o adoecimento e a hospitalização, porém, em alguns casos, têm dificuldades para encontrar as estratégias eficazes para lidar de forma menos traumática com o tratamento. Os relatos dos pacientes que já desenvolveram algumas estratégias que favorecem o enfrentamento da quimioterapia podem direcionar de forma efetiva a intervenção dos profissionais de saúde com outras crianças que estão iniciando o processo de tratamento e/ou que ainda não tenham elaborado suas próprias estratégias (4). Nesse sentido, realizou-se uma investigação, norteadada pela seguinte questão de pesquisa: quais as estratégias eleitas por crianças com câncer hospitalizadas para favorecer o enfrentamento da terapêutica quimioterápica? A partir desta pesquisa, identificaram-se as estratégias, merecendo destaque a contribuição do brincar, a qual será o foco deste artigo. Portanto, o objetivo deste estudo é compreender o brincar como estratégia para enfrentamento do tratamento quimioterápico em crianças.

Método

Estudo exploratório, com análise qualitativa dos dados, realizado no setor de oncologia infantojuvenil de um hospital universitário, público, do interior paulista. Foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição onde a investigação foi realizada e, além do consentimento dos pais, os pesquisadores obtiveram o assentimento das crianças participantes.

A coleta de dados ocorreu no período de abril de 2010 a maio de 2011. Foram convidadas a participar da pesquisa todas as crianças entre 7 e 12 anos de idade, as quais possuíam diagnóstico de câncer, que se encontravam em tratamento quimioterápico há pelo menos 3 meses, e hospitalizadas no momento da coleta.

Todas as crianças convidadas aceitaram prontamente participar do estudo. Realizou-se, com cada participante, uma entrevista semiestruturada, de forma lúdica, no próprio quarto da enfermaria

oncológica em que a criança se encontrava internada, especificamente, utilizando-se o leito ou a mesa de cada participante. Para tal, utilizou-se um fantoche confeccionado pela própria criança, para representá-la, e outros bonecos confeccionados previamente pela primeira autora deste estudo, visando a despertar o interesse e curiosidade dos participantes e incentivando-os a se engajarem ativamente na pesquisa. Para potencializar a característica lúdica da entrevista e facilitar a expressão da criança, a pesquisadora utilizou um avental colorido como cenário, elaborado especialmente para este fim. Foi dada a oportunidade às crianças de escolher participar da pesquisa na presença dos pais no momento da coleta de dados, embora alguns participantes tenham se sentido à vontade para permanecer na companhia apenas da pesquisadora durante a entrevista.

As entrevistas, mediadas pelo uso dos fantoches, iniciaram-se com uma questão norteadora abrangente: "Conte-me como tem sido o seu tratamento aqui no hospital". Como se tratou de uma entrevista semiestruturada, não se seguiu estritamente um roteiro de perguntas, porém, a partir das respostas das crianças, outras questões foram abordadas e aprofundadas pela pesquisadora, relacionadas ao conhecimento do diagnóstico, à hospitalização, contato com equipe multiprofissional, atividades cotidianas e religião. Desta forma, partindo-se dos próprios discursos das crianças, foram abordadas a terapêutica quimioterápica hospitalar, a dor e efeitos colaterais e suas consequentes estratégias de enfrentamento. O tempo de duração das entrevistas variou de 14 a 31 minutos e foi necessário apenas um encontro com cada criança para explorar o fenômeno investigado.

Como recurso auxiliar, também foram consultados os prontuários clínicos dos participantes para a coleta de dados demográficos e da terapêutica, tais como data de nascimento, informações acerca do diagnóstico, história da enfermidade atual, tempo de quimioterapia, outros tratamentos atuais ou aos quais a criança já havia sido submetida.

Foi realizada a análise de conteúdo dos dados obtidos, do tipo temática indutiva (11), com base nos seis passos descritos pelos autores, a qual consiste em uma forma de análise dirigida pelos dados, uma vez que a identificação dos temas não é conduzida por interesses teóricos do pesquisador. Inicialmente, foi realizada a transcrição das entrevistas e a imersão nos dados, a partir da leitura exaustiva dos discursos das crianças. Na sequência, identi-

caram-se códigos, que foram então agrupados em temas de análise, os quais foram posteriormente revisados e nomeados, dando origem às categorias de análise. Os depoimentos dos participantes foram analisados em um nível latente, não explícito, que vai além do conteúdo semântico dos dados, identificando o significado que se encontra também "nas entrelinhas" do que foi dito (11).

Dentre as categorias temáticas elaboradas, identificamos as seguintes estratégias de enfrentamento desenvolvidas e utilizadas pelas crianças com câncer, hospitalizadas, em tratamento quimioterápico: i) conhecimento e compreensão do diagnóstico e seu tratamento; ii) o vínculo afetivo entre a equipe de saúde e as crianças; iii) medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio de náuseas, vômitos, alopecia e dor; iv) alimentação: o prazer proporcionado pelo controle da situação; v) religião e esperança de cura; e vi) distração e brincadeiras: a melhor parte da hospitalização. Ao relatarem suas vivências durante a quimioterapia, e o que os auxiliavam a enfrentar esse tratamento e suas consequências, grande destaque foi dado pelas crianças ao brincar, caracterizado como a melhor parte da hospitalização e, portanto, foco deste artigo.

Resultados

Participaram da pesquisa 10 crianças (5 meninas e 5 meninos) que possuíam diagnóstico de: Osteossarcoma (n = 3), Leucemia Linfóide Aguda (n = 2), Linfoma Não-Hodgkin (n = 2), Sarcoma de Ewing (n = 1), Rabdomyosarcoma (n = 1) e Meduloblastoma (n = 1). O tempo entre o diagnóstico do câncer e a coleta de dados variou de 4 meses a 2 anos e 9 meses, e as crianças, além de realizarem quimioterapia, haviam sido submetidas a cirurgias (n = 7), radioterapia (n = 2) e ao transplante autólogo de medula óssea (n = 1).

Em seus discursos, os participantes referiram grande incômodo com a ociosidade enfrentada nas hospitalizações. Durante as internações, a pouca oferta de atividades e brincadeiras e a dificuldade para locomoção em virtude da necessidade de estarem dependentes das bombas de infusão de medicamentos, associadas à fadiga e mal-estar geral provocados pelo adoecimento e tratamento, contribuíram para a ociosidade enfrentada e referida pelas crianças com câncer hospitalizadas, como ilustrado nos dois depoimentos que seguem:

Ai, [é chato] porque às vezes não tem nada pra fazer [menina, 12 anos].

É a falta [de atividade], porque não tem nada pra fazer! [menino, 12 anos].

Esta ociosidade se contrapõe às brincadeiras, que se configuram, na opinião das crianças, como a melhor forma de ajudar a passar o tempo no hospital, mas que, entretanto, ainda não ocorrem com a frequência que desejariam:

Pesquisadora: [...] Então nunca tem nada pra você fazer aqui?

Criança: Só de vez em quando. [...] Uma brincadeira [menino, 12 anos].

Ah, pra distrair, às vezes, eu leio um gibi, desenho, pinto [menina, 12 anos].

Os participantes chegaram, inclusive, a referir que as brincadeiras oferecidas durante a internação consistiam no único aspecto positivo do fato de estarem hospitalizados por conta do tratamento oncológico, como exemplificado no trecho abaixo, extraído do diálogo:

Pesquisadora: Tem alguma coisa boa no tratamento que você está fazendo?

Criança: Ai, é que dá pra desenhar... Essas coisas [menina, 12 anos].

As crianças valorizaram a existência de brinquedos próprios do hospital, mas buscando maior semelhança com o ambiente domiciliar e aumento das opções para distração, os participantes relataram trazer seus brinquedos preferidos, de casa para o hospital:

Eu trago [para o hospital] meu coelhinho, eu trago minhas bonecas, minhas panelinhas, minhas coisas de escola, eu trago muitas coisas [...] pra 'mim' brincar. Às vezes, aqui tem brin-

quedo, mas tem várias coisas que eu tenho que aqui não tem [menina, 10 anos].

Ah, trago para o hospital [cita alguns nomes] minhas bonecas [menina, 9 anos].

Ao referirem-se aos recursos lúdicos e tipos de brincadeiras possíveis de serem realizadas no contexto hospitalar, destacou-se a preferência das crianças, especialmente das mais velhas, por jogos no videogame e computador, sendo este último, associado ao uso da internet e das redes sociais:

Eu trago [para o hospital] o computador, eu me distraio mais com ele! Eu escuto música, jogo. Faço tudo pela internet [menino, 11 anos].

Ai, mais pelo computador mesmo [mantém amizades], porque as pessoas que eu conheço pela internet, aí eu converso mais [menina, 12 anos].

Em relação ao local que possuem para brincar, além do próprio leito ou quarto da enfermaria, as crianças referiram-se ao parque e ao jardim, no pátio externo do hospital, e à sala de recreação hospitalar, na qual, no período da tarde, é oferecida recreação, sendo disponibilizados alguns jogos e atividades gráficas:

[...] eu vou lá embaixo onde tem parquinho pra brincar! [menina, 7 anos].

[Eu vou] lá na salinha [sala de recreação hospitalar], pra brincar, de vez em quando [menino, 12 anos].

Entretanto, relataram que o fato de precisarem, grande parte do tempo, ficar conectadas à bomba de infusão de medicamentos, limitava o acesso a estes locais:

Quando eu faço quimioterapia, aí eu fico muito no soro, né? Aí

eu fico muito na bomba, assim, aí eu não posso [sair do quarto]. Mas quando eu só faço medicamento, aí eu saio, vou lá embaixo [no pátio externo] [menina, 12 anos].

Os participantes dessa pesquisa referiram-se também à intervenção da terapia ocupacional, como diretamente responsável pelas atividades lúdicas, expressivas e artesanais oferecidas. Tais atividades foram apontadas como estratégias favorecedoras do enfrentamento da hospitalização, uma vez que, em suas opiniões, possibilitaram distração, uma sensação subjetiva de passagem mais rápida do tempo e maior aproximação do cotidiano vivido no contexto extra-hospitalar.

Ah, às vezes eu faço alguma atividade [da terapia ocupacional]. Aí o tempo passa e aí é bom [...]. Gosto mais de pintar, mexer com tinta, essas coisas assim [menina, 12 anos].

Eu pinto, eu desenho, eu faço quadro. A gente brinca, a gente faz bonecos, faz várias coisas! [referindo-se aos atendimentos de terapia ocupacional]. Eu gosto [...] porque ajuda a passar a hora e você até esquece, às vezes, que 'tá aqui no hospital [menina, 10 anos].

Além disso, a correlação do trabalho desenvolvido pela terapia ocupacional com o brincar foi referida como o fator que as crianças mais gostam no tratamento hospitalar. Particularmente, as opções de brincadeiras oferecidas pela terapeuta ocupacional, como jogos e pinturas, foram citadas como as de maior preferência dos participantes, como ilustrado no exemplo a seguir:

Pesquisadora: O que você mais gosta nas pessoas que trabalham aqui no Hospital?

Criança: Das brincadeiras. [Então se refere à terapeuta

ocupacional da equipe de saúde] [menino, 12 anos].

O trabalho voluntário desenvolvido por graduandos, caracterizados como palhaços, vinculados a um projeto de extensão universitária na clínica pediátrica, foi citado pelas crianças como um diferencial da instituição onde a pesquisa foi realizada:

Pesquisadora: Já veio alguém aqui brincar com você?

Criança: Já. Veio quando eu estava internado. As palhaços [...] Nenhum deles [outros hospitais] teve um animador no quarto, pra dar uma alegrada nas crianças [menino, 11 anos].

Em relação à televisão como fonte de distração, as crianças mostraram-se divididas em suas opiniões. Algumas consideraram este recurso um facilitador da passagem do tempo no hospital, mas sem muitos atrativos:

Dormir e assistir TV [referindo-se ao que tinha para fazer] [menina, 7 anos].

Já outras crianças referiram que a televisão não as auxiliava:

Pesquisadora: Televisão ajuda a passar o tempo no hospital?

Criança: Não! Não é brinquedo! [menina, 7 anos].

Pesquisadora: [...] Você gosta de assistir televisão, aqui?

Criança: Hum, hum [respondendo negativamente com a cabeça]. Você fica assistindo televisão e você fica pensando. Ah, e também tem vez que não passa nada de bom, nem tem nada pra fazer. Aí, é ruim [menina, 12 anos].

Discussão

As crianças com câncer submetidas à quimioterapia, devido ao risco de infecções, são isoladas em casa e no hospital, o que leva a um intenso sentimento de solidão e de perda de uma infância normal (12, 13). Além disso, por permanecerem longos períodos no leito, recebendo medicações, sentem-se entediadas e ociosas (12). Entretanto, atividades lúdicas e prazerosas também podem ser desenvolvidas no ambiente hospitalar, minimizando a dor e o sofrimento (14).

O brincar pode assumir, para as crianças hospitalizadas, as funções de: distração dos procedimentos e rotina hospitalares; redução de sintomas de ansiedade; aproximação do cotidiano domiciliar; alívio para o ócio e tédio (2); alívio do sofrimento; melhora da qualidade da internação (15). Para brincar, as crianças referiram somar os recursos lúdicos oferecidos pelo hospital aos seus próprios brinquedos. Este achado confirma os de outros estudos (2, 16), nos quais crianças com câncer também referiram que levar seus próprios brinquedos para a internação tornou o ambiente hospitalar similar a estar em casa, e relataram ainda que brinquedos disponibilizados pelo próprio hospital são importantes por possibilitarem a escolha entre várias brincadeiras.

Dentre as opções de atividades lúdicas, destacaram-se os jogos virtuais e uso de recursos da internet como preferidos pelas crianças. Um dos marcos do mundo contemporâneo é a velocidade da comunicação possibilitada pelo ambiente virtual da internet. Por meio dos computadores e internet, a criança com câncer pode manter seus vínculos pessoais e comunicar-se com pessoas de várias localidades (17). Essa interação, possibilitada pelo universo virtual, pode auxiliar essas crianças a enfrentar o isolamento e ociosidade decorrentes da quimioterapia, já que permanecem longos períodos em isolamento no hospital, com limitação de movimentos por estarem ligadas à bomba de infusão e pela fadiga, efeito colateral das medicações (18).

Os jogos eletrônicos também se apresentam como opções adequadas às necessidades das crianças em tratamento quimioterápico, uma vez que não contribuem para exacerbação de sintomas e piora do quadro clínico e, por outro lado, permitem que a criança fantasie e participe virtualmente de atividades típicas da idade escolar, suspensas temporariamente por conta do tratamento, como por exemplo, brincar com bola, andar de patins, bicicleta e praticar esportes como o futebol (3, 5, 19).

Ter um espaço onde as crianças com câncer possam experimentar interações não baseadas em medicações, exames e procedimentos é fundamental. Em geral, espaços como a brinquedoteca ou sala de recreação, são identificados como a parte boa, saudável, do hospital, devido às possibilidades de brincadeiras oferecidas. A lei n.º 11.104, de 21/03/2005, determina que todos os hospitais, públicos ou privados, que possuem crianças internadas, disponham de brinquedotecas em suas dependências (20). Entretanto, apesar da legislação vigente, é comum, ainda hoje, que estas instituições não possuam espaços humanizados, com brinquedos e ambientação voltados à população infantil (19).

As brinquedotecas consistem em espaços preparados especialmente para estimular a criança a brincar livremente, onde são disponibilizados diversos materiais lúdicos. São ambientes seguros e acolhedores onde ocorrem inúmeras brincadeiras, as quais favorecem a continuidade do desenvolvimento integral da criança, incluindo suas habilidades físicas e cognitivas, criatividade, autoestima, aprendizado de regras, superação de desafios e socialização (21). A falta de uma brinquedoteca ou de espaços lúdicos disponíveis para as crianças que se encontram internadas pode contribuir negativamente para o enfrentamento do tratamento quimioterápico durante as hospitalizações.

O local da infusão da quimioterapia também deve ser um ambiente lúdico, apresentando características de uma brinquedoteca, sem deixar de corresponder às exigências legais e sanitárias de um serviço de quimioterapia antineoplásica. Estes espaços, denominados quimiotecas, foram desenvolvidos apenas para tratamento ambulatorial, entretanto, acredita-se que as crianças que se encontram internadas também possam se beneficiar de um ambiente lúdico e, ao mesmo tempo, preparado para que possam receber ali a infusão da quimioterapia (19).

O cuidado integral ao paciente inclui a ambientação do hospital, o qual deve ser um local acolhedor e lúdico. Essa transformação do espaço hospitalar favorece a adesão ao tratamento e preserva os direitos das crianças (19, 22).

Dentre as diversas possibilidades de uso do brincar enquanto estratégia terapêutica ou de distração, destacou-se, dentro da equipe de saúde, a atuação dos terapeutas ocupacionais. Embora as crianças deste estudo tenham se referido às atividades lúdicas oferecidas nos atendimentos terapêuticos

ocupacionais apenas em termos de distração e satisfação, não se pode esquecer o caráter terapêutico que as brincadeiras assumem nesse contexto.

O brincar favorece a continuidade do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças adoecidas (23). Através das brincadeiras, a criança recebe estímulos potencializadores de sua criatividade e autoestima, expressão de sentimentos e aquisição e aprimoramento de habilidades motoras e cognitivas (8, 23, 24). A utilização da arte e atividades lúdicas expressivas com crianças com câncer, hospitalizadas, favorece a autoexpressão e a resolução de problemas e auxilia a criança a enfrentar procedimentos invasivos e dolorosos (25). Assim, o brincar deve ser utilizado como recurso terapêutico, uma vez que favorece o desenvolvimento de estratégias positivas para lidar com o adoecimento e hospitalização, contribuindo para que a criança elabore e enfrente a situação vivida (6, 15, 26).

A terapia ocupacional fundamenta-se na compreensão de que o engajamento em atividades estruturadas à vida cotidiana e se relaciona com a saúde e o bem-estar (27). Desta forma, o terapeuta ocupacional busca, a partir de suas intervenções, favorecer o desempenho das atividades que são significativas na vida da criança, dentre elas o brincar, que assume ainda a importância de desenvolver as habilidades de desempenho (motoras, cognitivas, sensoriais, emocionais e sociais) necessárias para a realização das tarefas e auxiliar na regulação emocional da criança adoecida.

Ao atuar com pacientes com câncer, inclusive em vigência de quimioterapia, a prática da terapia ocupacional contribui para aumentar o desempenho funcional e o engajamento social e auxiliar no controle da dor, influenciando de forma positiva na saúde mental do paciente, sua satisfação e qualidade de vida, em geral (28).

As crianças deste estudo se referiram ainda à importância do trabalho desenvolvido por alunos de graduação, voluntários, que se caracterizam como palhaços, parodiando a vestimenta, acessórios e a rotina de procedimentos médicos e de enfermagem comuns ao cotidiano hospitalar. Estes palhaços realizam suas intervenções com o objetivo de modificar o humor da criança hospitalizada, dos seus familiares e dos profissionais de saúde; de favorecer a adaptação aos termos técnicos e procedimentos; e minimizar a ansiedade dos pacientes e acompanhantes (14). Acredita-se que esta atuação contribua para o enfrentamento do

adoecimento e da hospitalização, uma vez que favorece a adaptação dos pacientes ao ambiente hospitalar e preserva momentos de autonomia e prazer. Outras iniciativas dessa natureza apresentam propósito similar e, ainda, oferecem às crianças, através de recursos lúdicos e recreativos, informações sobre seu estado de saúde e sobre os procedimentos realizados (15).

Os recursos disponíveis no ambiente também são extremamente importantes para ajudar a criança a distrair-se durante os longos períodos de espera e aborrecimentos no hospital (7). Entretanto, observa-se que, para as crianças, os brinquedos contribuíram de forma mais significativa que a televisão para o enfrentamento da hospitalização. Do mesmo modo, em outro estudo (29), as crianças com câncer, quando questionadas acerca de quais estratégias de enfrentamento positivas faziam uso durante a hospitalização, em sua grande maioria citaram o brincar, enquanto que um número um pouco menor de pacientes referiu-se também a assistir à televisão.

Desta forma, acredita-se que, embora existam outros recursos para distração, as brincadeiras ganham destaque na preferência das crianças. Acredita-se ainda que o brincar foi facilmente identificado como recurso de distração pelos participantes devido à objetividade desta característica. Entretanto, faz-se importante enfatizar que o brincar adquire também funções mais subjetivas como uma das estratégias favorecedoras do enfrentamento da quimioterapia durante as internações, uma vez que aproxima o contexto hospitalar do cotidiano domiciliar e apresenta-se como facilitador da permanência da criança no hospital, caracterizando-se, para as crianças dessa pesquisa, como a melhor parte do tratamento.

Considerações finais

O brincar se configurou como estratégia eficaz para auxiliar crianças no enfrentamento da quimioterapia, realizada em regime de internação. No contexto estudado, o brincar auxilia as crianças a enfrentar a ociosidade imposta pela pouca oferta de atividades no ambiente hospitalar e pela constante necessidade de manterem-se conectadas às bombas de infusão de medicamentos.

Os brinquedos contribuíram para minimizar as barreiras existentes entre o hospital e a vida cotidiana. Estes serviram como elementos de ligação com

o ambiente familiar –no caso das crianças que levaram seus brinquedos de casa– e com o meio, quando escolheram jogos virtuais ou navegar pela internet.

A existência de um espaço para brincar mostrou-se essencial para favorecer o enfrentamento de quimioterapia, tornando o ambiente hospitalar mais acolhedor e contribuindo para o desenvolvimento do cuidado integral dos pacientes. Embora as brinquedotecas sejam os locais idealizados para o desenvolvimento de práticas lúdicas, identificou-se que, na ausência destas, as crianças encontram diversão em outros espaços, como pátios, jardins e salas de recreação. Reforça-se a importância do investimento, por parte dos gestores dos hospitais, em brinquedotecas, espaços e materiais lúdicos de forma geral e na contratação de pessoal qualificado para conduzir e facilitar o brincar de crianças hospitalizadas, inclusive em tratamento oncológico. Dentre os profissionais que podem favorecer o brincar durante as internações, destacou-se a atuação dos terapeutas ocupacionais, entretanto outros profissionais, como os enfermeiros, podem incorporar o brincar ou o brinquedo terapêutico em suas práticas, com diferentes objetivos.

No âmbito da enfermagem, os enfermeiros se beneficiam com as possibilidades do brincar como estratégia de enfrentamento do tratamento quimioterápico, na medida em que a amplitude do fenômeno aqui apresentada fornece aos enfermeiros oportunidades para utilizar o brincar em sua prática clínica, qualificando o cuidado.

Neste estudo, devido ao número limitado de crianças em tratamento quimioterápico, na faixa etária eleita, durante o período estabelecido para a coleta de dados, foram incluídos participantes que se encontravam em distintos momentos do tratamento. Acredita-se que pesquisas futuras, que se proponham a acompanhar as crianças durante as etapas de seu tratamento, possam contribuir para a continuidade da construção do conhecimento acerca das estratégias de enfrentamento da quimioterapia durante as hospitalizações. Outros estudos também podem ser desenvolvidos com o intuito de investigar as estratégias de enfrentamento utilizadas por adolescentes com câncer, sendo necessário, para tanto, a eleição de técnicas para a coleta de dados que sejam atrativas e adequadas à etapa de desenvolvimento em que se encontram.

Acredita-se, por fim, que a partir da experiência das crianças deste estudo, outras possam ser auxiliadas pela equipe multiprofissional de saúde a também

fazer uso do brincar como estratégia de enfrentamento, minimizando, assim, as repercussões inerentes ao tratamento oncológico hospitalar.

Agradecimentos

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro recebido, através de bolsa de Mestrado.

Referências

- (1) Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017. 128 p. [acesso: 2018 jun 17]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>
- (2) Aldiss S, Horstman M, O'Leary C, Richardson A, Gibson F. What is important to young children who have cancer while in hospital? Child Soc [Internet]. 2009 [citado 2016 abr. 1];23(2):85-98. Disponível em: DOI: 10.1111/j.1099-0860.2008.00162.x
- (3) Silva LF, Cabral IE. Cancer repercussions on play in children: implications for nursing care. Text Context Nursing [Internet]. 2014 [citado 2017 out. 10];23(4):935-43. Disponível em: DOI: 10.1590/0104-07072014002380013
- (4) Motta AB, Enumo SRF. Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. Psic: Teor e Pesq [Internet]. 2010 [citado 2016 mar. 26];26(3):445-54. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000300007>
- (5) Souza LPS, Silva RKP, Amaral RG, Souza AAM, Mota EC, Silva CSO. Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico. Rev Rene [Internet]. 2012 [citado 2017 out. 10];13(3):686-92. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4010>
- (6) Makin G. Principles of chemotherapy. Paediatr Child Health [Internet]. 2014 [citado 2018 jul. 3];24(4):161-5. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paed.2013.09.002>
- (7) Sposito AMP, Silva-Rodrigues FM, Sparapani VC, Pfeifer L, Lima RAG, Nascimento LC. Coping strategies used by hospitalized children with cancer undergoing chemotherapy. J Nurs Scholarsh [Internet]. 2015 [citado 2017 out. 10];47(2):143-51. Disponível em: DOI: 10.1111/jnu.12126
- (8) Govender M, Bowen RC, German ML, Bulaj G, Bruggers CS. Clinical and neurobiological perspectives of empowering pediatric cancer patients using videogames. Games Health J [Internet]. 2015 [citado 2017 out. 9];4(5):362-74. Disponível em: DOI: 10.1089/g4h.2015.0014

- (9) Aldridge AA, Roesch SC. Coping and adjustment in children with cancer: a meta-analytic study. *J Behav Med* [Internet]. 2007 [citado 2018 jul. 3];30(2):115-29. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10865-006-9087-y>
- (10) Potasz C, Varela MJV, Carvalho LC, Prado LF, Prado GF. Effect of play activities on hospitalized children's stress: a randomized clinical trial. *Scand J Occup Ther* [Internet]. 2013 [citado 2018 ago. 22];20(1):71-9. Disponível em: DOI: 10.3109/11038128.2012.729087
- (11) Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* [Internet]. 2006 [citado 2016 mar. 26];3(2):77-101. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- (12) Rindstedt C. Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping. *Child Care Health Dev* [Internet]. 2014 [citado 2017 out. 9];40(4):580-6. Disponível em: DOI: 10.1111/cch.12064
- (13) Moody K, Meyer M, Mancuso CA, Charlson M, Robbins L. Exploring concerns of children with cancer. *Support Care Cancer* [Internet]. 2006 [citado 2018 jul. 3];14(9):960-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-006-0024-y>
- (14) Lopes-Júnior LC, Pereira-Da Silva G, Silveira DSC, Veronez LC, Santos JC, Alonso JB et al. The effect of clown intervention on self-report and biomarker measures of stress and fatigue in pediatric osteosarcoma inpatients: a pilot study. *Integr Cancer Ther* [Internet]. 2018 [citado 2018 jul. 4];17(3):928-40. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1177/1534735418781725>
- (15) Garcia NR, Pfeifer L, Panúncio-Pinto MP. As caixas de histórias na visão de profissionais de saúde como estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [Internet]. 2012 [citado 2016 abr. 1];23(2):169-77. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/49073>
- (16) Gibson F, Aldiss S, Horstman M, Kumpunen S, Richardson A. children and young people's experiences of cancer care: a qualitative research study using participatory methods. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2010 [citado 2017 mar. 26];47(11):1397-407. Disponível em: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.03.019
- (17) Santos JMO, Santos DA, Gomes ASM. Brincando e aprendendo: uma proposta lúdica de inclusão social e digital para pacientes de serviços de oncologia pediátrica. *Anais do XXII Workshop de Informática na Escola*; 2016. Disponível em: DOI 10.5753/cbie.wie.2016.914
- (18) Lima KYN, Santos VEP. Play as a care strategy for children with cancer. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2017 out. 10];36(2):76-81. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.51514>
- (19) Gomes IP. Influência do ambiente na percepção das crianças em quimioterapia ambulatorial [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2011.
- (20) Brasil. Lei 11.104 (21 de março de 2005). Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. *Diário Oficial da União, Brasília*, 22 mar. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/11104.htm
- (21) Bernardes MS, Panúncio-Pinto MP, Pfeifer L, Sposito AMP, Silva MOL. A intervenção do terapeuta ocupacional em brinquedoteca ambulatorial: relato de experiência. *Rev Eletrônica Gestão e Saúde* [Internet]. 2014 [citado 2017 out. 9];5(2):582-94. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22785>
- (22) Mitre RMA, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2004 [citado 2017 mar. 27];9(1):147-54. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100015>
- (23) Grigolato T, Sposito AMP, Panúncio-Pinto MM, Pfeifer L. O brincar de crianças com doenças crônicas hospitalizadas. *Rev Ciên Saúde* [Internet]. 2016 [citado 2018 jun. 14];1(1):8-16. Disponível em: <http://revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/view/5>
- (24) Gariépy N, Howe N. The therapeutic power of play: examining the play of young children with leukaemia. *Child Care Health Dev* [Internet]. 2003 [citado 2018 jul. 5];29(6):523-37. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-2214.2003.00372.x>
- (25) Favara-Scacco C, Smirne G, Schilirò G, Cataldo AD. Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures. *Med Pediatr Oncol* [Internet]. 2001 [citado 2018 jul. 5];36(4):474-80. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1002/mpo.1112>
- (26) Mendonça MJC. A adaptação da criança à situação de doença e hospitalização: o brincar como instrumento terapêutico de enfermagem [dissertação]. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2015.
- (27) American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process. 3.a ed. *Am J Occup Ther* [Internet]. 2014 [citado 2017 out. 11];68(sup1):S1-S48. Disponível em: DOI: 10.5014/ajot.2014.682006
- (28) Pergolotti M, Williams GR, Campbell C, Munoz LA, Muss HB. Occupational therapy for adults with cancer: why it matters. *Oncologist* [Internet]. 2016 [citado 2018 jul. 5];21(3):314-9. Disponível em: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/21/3/314.full.pdf+html>
- (29) Motta AB, Enumo SRF. Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. *Psicol Saúde Doenças* [Internet]. 2002 [citado 2016 mar. 26];3(1):23-41. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722004000100004>

Más allá de los síntomas: vivir con VIH es motor de cambio*

Além dos sintomas: viver com HIV é motor de mudança

Beyond symptoms: living with HIV is a life changing motor

• Ana María Bastidas Erazo¹ • Gladys Eugenia Canaval Erazo² •

* La investigación "La experiencia de los síntomas en personas que viven con el VIH" aporta los datos para este artículo, fue presentada por la autora principal como trabajo de investigación con la dirección de la coautora, en la maestría en Enfermería de la Universidad del Valle (Cali, Colombia).

•1• Universidad Libre Seccional (Cali, Colombia). Correo electrónico: ambe1969@gmail.com

•2• Universidad del Valle (Cali, Colombia). Correo electrónico: gladys.canaval@correounivalle.edu.co

Recibido: 08/04/2018 Aprobado: 30/10/2018

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.71588>



Resumen

Objetivo: describir en profundidad la experiencia de personas con VIH durante el proceso de tratamiento y atención en instituciones de salud.

Materiales y métodos: diseño de teoría fundamentada en entrevistas en profundidad a once personas con VIH que asistían a programas de atención ambulatoria en Cali, Colombia.

Resultados: categoría central denominada: *vivir con VIH es motor para el cambio de vida* y seis categorías: *experimentando los síntomas; sospechando el diagnóstico; recordando información sobre ser portador del VIH; experimentando crisis existencial: el poder de las emociones; reconociendo la bondad de los medicamentos y obteniendo apoyo social: considerado aspecto fundamental.*

Conclusión: los participantes al recibir el diagnóstico experimentaron crisis existencial y emocional que con la ayuda de familiares, personal de salud, la pareja y los pares, les facilitó tomar conciencia de su estado actual y aceptar su situación; sus hábitos se tornaron saludables y la creencia en un ser superior se reafirmó.

Descriptor: VIH; Discriminación Social; Estigma; Calidad de Vida; Síntomas (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Objetivo: descrever em profundidade a experiência de pessoas com HIV durante o processo de tratamento e atenção em instituições de saúde.

Materiais e métodos: desenho de teoria fundamentada em entrevistas em profundidade a onze pessoas com HIV que frequentavam programas de atenção ambulatoria em Cali, Colômbia.

Resultados: categoria central denominada: *viver com HIV é motor para a mudança de vida* e seis categorias: *experimentando os sintomas; suspeitando do diagnóstico; recebendo informação sobre ser portador do HIV; experimentando crise existencial; o poder das emoções; reconhecendo a bondade dos medicamentos e obtendo apoio social: considerado aspecto fundamental.*

Conclusão: os participantes ao receber o diagnóstico experimentaram crise existencial e emocional que com a ajuda de familiares, pessoal de saúde, o(a) companheiro(a)/esposo(a) e os pares, que facilitou tomar consciência de seu estado atual e aceitar sua situação; seus hábitos se tornaram saudáveis e a crença em um ser superior se reafirmou.

Descriptor: HIV; Discriminação Social; Estigma; Qualidade de Vida; Síntomas (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to describe in depth the experience of people with HIV during the process of treatment and care in health institutions.

Materials and methods: grounded theory design with in-depth interviews to 11 people with HIV who attended ambulatory care programs in Cali, Colombia.

Results: central category: *living with HIV as a life changing motor* and 6 categories: *experiencing the symptoms; suspecting the diagnosis; getting information about being a carrier of HIV; experiencing existential crisis; the power of the emotions; recognizing the goodness of the medicines and getting social support: considered a fundamental aspect.*

Conclusion: the participants, upon receiving the diagnosis, experienced existential and emotional crisis that with help from family members, health personnel, couples and peers, made it easier to become aware of their current status and accept their situation; their habits became healthy and the belief in a superior being was reaffirmed.

Descriptors: HIV; Social Discrimination; Social Stigma; Quality of Life; Symptom. (source: DeCS, BIREME).

Introducción

El diagnóstico de portador del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se considera un acontecimiento potencialmente estresante y traumático, la persona experimenta síntomas como dolor y fatiga al estar expuesta a múltiples tensiones de la vida cotidiana relacionadas con su estado de infección, pérdidas familiares y crisis situacionales (1).

En Colombia la realidad de la infección por VIH que revela la Cuenta de Alto Costo a enero 31 de 2016 mostró que el número de diagnosticados con VIH fue de 73 465; la prevalencia ajustada por cien habitantes de 0,16 %; la tasa de incidencia ajustada general por cien mil habitantes de 16,8 y para hombres de 21,6; reportó que el conteo de la CD4 determina que en los hombres el diagnóstico es tardío con aparición de mayor número de síntomas (2); es importante abordar el tema de la experiencia de los síntomas por personas con VIH para contribuir al conocimiento en este campo.

Con esta investigación se pretendió aportar elementos para fortalecer el cuidado de la persona con VIH, partiendo de la comprensión de la experiencia de los síntomas desde el momento que recibe el diagnóstico a partir de la siguiente pregunta: ¿cómo es la experiencia de los síntomas de quienes viven con VIH y asisten a programas de atención ambulatoria en instituciones de salud de la ciudad de Cali, Colombia?

Las personas con VIH se enfrentan a diversos eventos estresantes como problemas financieros y de relación (3); entre los síntomas y signos prevalentes están: fiebre, dolor de cabeza, malestar, taquicardia y linfadenopatía (4). Surgen alteraciones emocionales que afectan su bienestar por el rechazo, la culpabilización, la estigmatización, poco apoyo social y la pérdida del trabajo; se presentan estados de insomnio, pérdida de apetito, pérdida de la memoria y baja concentración, reconocidos como síntomas somáticos de la depresión; la depresión es un efecto negativo del estigma en caso de infección por el VIH o su tratamiento (5). Temores y depresión se originan por el estigma interno, que lleva a la vergüenza asociada a ser una persona infectada con VIH (6).

El estigma relacionado con el VIH se refiere a las creencias, sentimientos y actitudes negativas hacia los portadores del VIH, también lo viven

quienes se inyectan drogas, trabajadoras sexuales, homosexuales y personas transgénero (7). La estigmatización crece cuando los conocimientos sobre la enfermedad son deficientes e incrementa los pensamientos preconcebidos sobre el VIH (8).

La Convención Interamericana sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidades, estima que esta alude a cualquier exclusión o restricción que transgrede los derechos humanos (9); la discriminación tiene consecuencias psicológicas profundas en las personas con VIH intensificando el aislamiento social (10) y la depresión (11).

Respecto al cuidado que el equipo de salud brinda a los portadores de VIH, un estudio menciona que las enfermeras más jóvenes tienen un promedio significativamente más alto de actitudes estigmatizantes en comparación con las enfermeras de mayor edad y diplomadas (12). De allí la relevancia de comprender la situación de las personas con VIH y disminuir la discriminación hacia ellas.

El objetivo de este estudio fue describir en profundidad la experiencia de los síntomas de las personas que viven con el VIH, que asisten a programas de atención ambulatoria de instituciones de salud de Cali.

Materiales y métodos

Estudio con teoría fundamentada, enfoque de Strauss y Corbin (13, 14), con entrevistas en profundidad a once adultos con VIH, con al menos un síntoma en la última semana y sin ningún trastorno mental, que asistieron a la consulta ambulatoria del programa de atención a personas con VIH de dos instituciones de salud de Cali (ubicada en el suroccidente colombiano), entre los meses de febrero de 2007 y febrero de 2008. Las entrevistas contenían preguntas sobre los conocimientos, reacciones y sentimientos frente a los signos y síntomas de ser VIH positivo y efectos en la vida personal, familiar, social y laboral; se realizaron en sitios concertados con los participantes, se grabó y transcribió por cada participante, tres entrevistas en profundidad, se tomaron notas de campo; el análisis de los datos se ejecutó de manera simultánea con la recolección (13, 14).

Previo a la recolección de los datos se cumplió con la etapa de sensibilización de los autores con el tema, a los participantes se les devolvieron los datos individualmente para obtener su realimentación. El

número de personas entrevistadas y su selección se guiaron por la estrategia del muestreo teórico.

El análisis de la información se inició con la codificación abierta y se establecieron relaciones entre las categorías y subcategorías identificadas. Para dar precisión y especificidad a los datos se utilizó el método comparativo constante de incidentes concretos que sirvió para refinar conceptos, identificar propiedades, explorar interrelaciones e integrarlos en un esquema coherente con la experiencia de las personas con VIH (14). Se emplearon memos teóricos y diagramas.

La participación de los portadores de VIH fue voluntaria y posterior a la firma del consentimiento informado, el cual consignó que es una investigación sin riesgo. El proyecto fue aprobado mediante Acta 013 del 15 de noviembre de 2006 por el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Universidad del Valle, regido por la Resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia que establece las normas científicas y administrativas de la investigación en salud y los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki.

Resultados

El tiempo que llevaban las personas con el diagnóstico de VIH fue de 1 a 14 años, rango de edad de 23 a 41 años; siete eran hombres y cuatro mujeres; seis con orientación heterosexual, cuatro con orientación homosexual y una persona bisexual; la mayoría procedían de la ciudad de Cali.

La categoría central denominada: *vivir con VIH es motor de cambio de vida*, emergió de un acercamiento profundo a las experiencias de las personas ante los síntomas y los cambios que se generaron. De esta categoría central se derivaron seis categorías: *experimentando los síntomas; sospechando el diagnóstico; recordando información sobre ser portador del VIH; experimentando crisis existencial: el poder de las emociones; reconociendo la bondad de los medicamentos y obteniendo apoyo social: considerado aspecto fundamental*.

Experimentando los síntomas

Algunos participantes antes de enterarse del diagnóstico sufrieron síntomas molestos como diarreas frecuentes y prolongadas, acompañadas de cefalea y fiebre, a veces con escalofríos y dolor abdominal. Dos de los participantes reportaron signos y sínto-

mas graves como infecciones intestinales, síntomas respiratorios, heridas que no cicatrizaban, presencia de “granos” en la piel, y al ser hospitalizados confirmaron el diagnóstico.

Hombre heterosexual de 24 años manifestó:

[...] llegué enfermo al hospital, con diarrea, vómito, dolor de cabeza, escalofrío, flaco, estaba pesando 43 kilos, desnutrido, le comenté al doctor... que la muchacha que vivía conmigo [...].

Hombre de 23 años que consumía con frecuencia droga y alcohol contó:

En la piel tenía psoriasis, eso se me alborotó más, eso se me regó en las piernas, eso eran plaquetas grandísimas que se descarchaban y rascaban.

Sospechando el diagnóstico

Esta categoría se basa en el haber vivido en promiscuidad, con múltiples parejas y vida sexual sin protección. Antes de recibir el diagnóstico, las personas con VIH experimentaron signos y síntomas, que empeoraron, lo que las llevó a sospechar que “algo malo” pasaba en su cuerpo; los hombres, sin importar su orientación sexual, se dieron cuenta de haber llevado un modo de vida “promiscuo” y de hacer uso inadecuado de protección en las relaciones sexuales; las mujeres reconocieron que no conocían la vida sexual de su pareja estable.

El participante homosexual de 26 años, con cuatro años de ser VIH positivo relata:

Tuve un lapso de tiempo en que estuve solo totalmente y no tuve pareja estable pero tuve relaciones sexuales, dentro de esas relaciones hubo una que la tuve sin protección y con esa tuve para contagiarme [...].

Recordando información sobre ser portador del VIH

Al confirmar el diagnóstico de VIH los portadores recordaron la imagen que ofrecían los medios de comunicación quince años atrás, sobre el deterioro, fallecimiento y formas de transmisión de la enfermedad, que los llevó a experimentar síntomas emocionales y físicos como tristeza, desesperanza y falta de apetito.

Hombre homosexual de 28 años narró:

[...] información que daban los medios, las universidades... los colegios, no era como tan abierta; preguntar sobre VIH o preguntar sobre una enfermedad como esta era un tabú y más que un tabú era poca información entonces [...].

Experimentando crisis existencial: el poder de las emociones

Al recibir la confirmación del diagnóstico los participantes lo relacionaron con la muerte, sintieron temor, enojo, tristeza, algunos la autorrecreación, otros utilizaron antidepresivos. El temor se agudizó con el transcurrir del tiempo, al adelgazar, sintieron vergüenza de su apariencia personal y mintieron sobre su condición. La mayoría vivió experiencia de rechazo y discriminación, señalamientos por parte de sus amistades y algunos perdieron su trabajo. Su tristeza se ahondó hasta el punto de sentir depresión e intentar el suicidio.

Hombre homosexual de 26 años que al leer la historia clínica se enteró que tenía VIH, su reacción fue:

Piensas que te vas a morir. Definitivamente el VIH es una enfermedad que está marcada por la marca de la muerte [...] entonces dije hasta aquí llegué, ese diagnóstico no me va a dejar hacer nada [...] pienso que fue el momento de sentarme a llorar y sentirme triste porque fue un

momento durísimo que nunca pensé [...].

Mujer heterosexual de 28 años expresó:

[...] no pues yo qué le iba a decir a mi familia y yo qué hacía después de eso, yo que ya me iba a morir, que ya todo se acababa, y bueno ahí vienen las cosas de suicidarse, yo quería acabar con todo eso, que para qué uno vive con VIH [...].

Reconociendo la bondad de los medicamentos

Los participantes con el diagnóstico también recibieron el medicamento con antirretrovirales, refirieron que el tratamiento influyó en su recuperación, sin importar los efectos adversos como mareos, náuseas, cálculos y lipodistrofia, cambió su modo de vida o su trabajo. Todos estuvieron de acuerdo en que el tratamiento les dio fuerza de voluntad para seguir adelante, "los empezó a mejorar".

Hombre heterosexual de 23 años dijo:

[...] cuando estaba demasiado flaquito, no me gustaba que la gente me viera; cuando empecé a comer normal y las pastas (medicamento) me empezaron a hacer efecto, que ya me empecé a sentir bien, entonces empecé nuevamente a salir, a hablar con los amigos.

Hombre homosexual de 28 años confesó:

Después reaccioné y me di cuenta que la vida continúa, que hay un tratamiento y que hay que seguir adelante... ¡mmm! [...]. Qué le digo al tiempo, mejoré [...] mejoré y fui mejorando cada vez más y más con los antirretrovirales.

Obteniendo apoyo social: considerado aspecto fundamental

En el momento de recibir el diagnóstico, diez de los participantes contaron con el apoyo de padres, hermanos e hijos y una persona experimentó recriminación. Los familiares pugnaron por que se siguieran los controles médicos, esto permitió establecer una relación de confianza con el personal de salud que insistió en el seguimiento al compañero sexual y el apoyo de "pares", lo que les ayudó a mejorar su estado emocional.

La relación de pareja se deterioró para varias de las personas, la mayoría tenían una pareja nueva de quien recibían apoyo, unos pocos no revelaron a su pareja su condición de portadores del VIH por temor a perderla.

Hombre heterosexual de 23 años declaró:

A mí la terapia me la hizo un pelado (un joven) [...] y él me decía: "no, es que yo fui diagnosticado hace como 6 años" [...] ¡No lo puedo creer! ¿Y luego [...] uno no se muere al año?, entonces uno como que empieza a despejar esas dudas.

Hombre heterosexual de 23 años afirmó:

[...] mi familia me decía deje de ser bobo, salga adelante, usted no es el primero ni el último que va a tener esa enfermedad. Mi papá es uno, ¡uh! Mi papá me ha ayudado mucho, mi papá es uno que me ve trasnochando y me dice: "¡no! Vaya pa' la casa huevón, no esté por ahí, no se trasnoche", me regaña.

Categoría central: vivir con VIH es motor de cambio de vida

Los participantes manifestaron que cambió su modo de pensar y actuar al recibir el tratamiento y obtener apoyo de otros portadores del VIH y de

la familia. Refirieron que realizaban actividades productivas desde que recibieron el diagnóstico y sin volverse fanáticos, se encomendaban a un ser superior. Cada día lo vivieron con mucha intensidad, se plantearon metas; sus proyectos los llevaban a cabo con empeño y lo mejor posible; conocieron experiencias positivas tanto del personal de salud como de personas que viven por muchos años con el VIH; por esas experiencias vicarias, conocieron que se puede vivir con calidad de vida y que para esto el tratamiento con medicamentos es esencial.

Poco a poco dieron un giro a su vida, participan en reuniones sociales, comparten más tiempo con la familia, tienen pareja estable y usan métodos de protección en las relaciones sexuales. Su alimentación cambió, pasaron de comer con exceso de grasa, condimentos y dulces a comer sano y saludable y a preparar sus alimentos o a comprarlos en sitios adecuados, también dejaron o disminuyeron el consumo de cigarrillo, de alcohol y de sustancias psicoactivas.

Otras categorías contribuyen a conformar la categoría central, ellas son: viviendo el día como si fuera el último; tomando conciencia sobre la condición de portador del VIH - Ya no soy la misma persona; teniendo una sola pareja estable, alimentándome sano y nutritivo y creyendo en un ser superior. A continuación algunos relatos de los participantes:

Hombre homosexual de 28 años:

Sí, yo era muy extrovertido, muy alegre, tenía muchos amigos, muchas amistades; sí, yo era una persona que le decían vamos para tal parte, listo vamos; y de allí en adelante (a partir del diagnóstico) fue un cambio total de 180 grados, ya no soy la misma persona, o sea en los últimos 8 años mi vida ha cambiado muchísimo.

Hombre heterosexual de 25 años:

Yo creo que a raíz de lo que me pasó, cuando estaba así de enfermo me hice bautizar, hoy en día pertenezco a una iglesia.

Discusión

Los resultados muestran una teoría sustantiva donde la categoría central que surgió *vivir con el VIH*, se constituye en un motor que impulsa a los participantes a realizar un cambio de vida, en sus creencias en un ser superior, en sus hábitos alimenticios, en el no uso de sustancias psicoactivas y alcohol, en permanecer con una pareja estable, en fijarse un nuevo propósito de vida, en realizar el cuidado de sí mismos y en vivir el día a día.

El diagnóstico de infección por VIH ocasiona sufrimiento por los cambios sociales y emocionales que experimenta el portador. Los síntomas depresivos, el enojo y el miedo a la muerte contribuyen a la percepción negativa de sí mismos (15, 16); la sospecha del diagnóstico generó en las personas una “crisis existencial”.

Los individuos con VIH se sienten estigmatizados, con sentimientos de culpa, con signos y síntomas molestos producto de la enfermedad o de la terapia antirretroviral; lo anterior se evidenció en este estudio en la “autoimagen trastornada”; la mayoría de los participantes al enterarse del diagnóstico y al no recibir tratamiento perdieron peso corporal y comenzaron a sentir vergüenza de su apariencia personal, en otros con medicamentos antirretrovirales, apareció la lipodistrofia lo que los llevó a restringir la actividad social (17).

Para muchos la religión y las creencias espirituales son el centro de su identidad y de su respuesta a la enfermedad (18), se ha reportado la existencia de zonas del cerebro asociadas a la importancia de la espiritualidad (19) y aunque no se sabe si esta es causa del engrosamiento de esa zona cerebral, sí se reporta correlación entre ellas. Este aspecto debe ser incluido en el cuidado que recibe la persona. Encontramos que la conexión con un ser superior ayuda a las personas con VIH en el proceso de tomar conciencia y a hacer un cambio en sus vidas; el reconocer, identificar y dar cuidado con base en las necesidades espirituales se convierte en una prioridad (18).

El estigma asociado con el VIH causa que las personas se preocupen por “revelar o no revelar su condición” y por el verse obligadas a “mentir sobre su estado de salud” (20, 21). Afecta también a los individuos por tres vías: el confrontar una identidad alterada por el diagnóstico, el vivir con la enfermedad y el lidiar con la muerte social y física. Disminuir el estigma a través de interven-

ciones y del cuidado por profesionales de enfermería contribuirá a mejorar su calidad de vida (22) porque aún persisten estereotipos negativos.

El “apoyo social” es fundamental para las personas con VIH, ellas confían en el personal de salud cuando este guarda confidencialidad, esa confianza muestra ser un facilitador de las asesorías para pruebas de laboratorio (23). Un estudio reportó que la red social proporciona información útil y contribuye con la promoción de la salud, con la gestión frente a los servicios de salud y con el acceso al tratamiento (24).

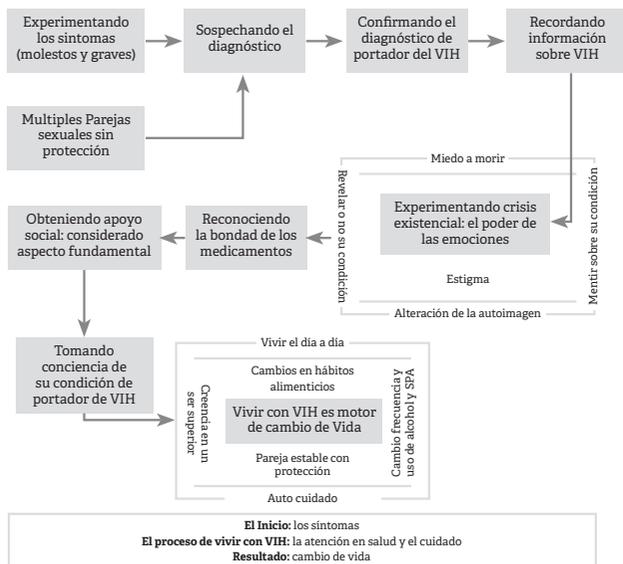
La “bondad” de los medicamentos, pese a los efectos adversos que se presentaron al inicio, les ayudó, “los empezó a mejorar”. Costa, Mendes y Abreu (25) mencionaron que los participantes en su estudio hicieron una evaluación positiva del estado físico y mental, justificada en la ausencia de síntomas, enfermedades oportunistas y la percepción de buena salud física vinculada con el tratamiento.

Las personas no tenían metas definidas en la vida laboral, sin embargo, posterior al diagnóstico toda labor la ejecutaban de la mejor manera según el lema “no dejar para mañana lo que tengas que hacer hoy”. Al conocer que hay personas que viven con ese diagnóstico por muchos años los llevó a reaccionar, a tomar conciencia de su propia existencia y a elaborar un proyecto de vida.

La experiencia de vivir con VIH revela que hay un antes y un después de recibir el diagnóstico, los portadores pasan por un proceso de cambio en el que ganan confianza, seguridad, mejoría y merma de los síntomas y adquieren una nueva visión del mundo. El hacer cambios significativos en la vida depende parcialmente del nivel educativo, del apoyo social y de la espiritualidad (11, 26). En la Figura 1 se presenta el esquema conceptual que se propone para ser aplicado en la práctica asistencial en salud y que muestra la representación de las categorías que contribuyen a nombrar la categoría central: *vivir con VIH es motor de cambio de vida*.

Lo anterior es de gran importancia para los profesionales de enfermería para quienes el eje central de la atención es el “cuidado”, que responda a las necesidades de las personas con VIH desde el momento del diagnóstico y durante el proceso de experimentar los síntomas y los cambios que se suceden (26).

Figura 1. Esquema conceptual: Vivir con VIH es motor de cambio de vida



Fuente: elaboración propia

Conclusiones

La experiencia de los síntomas va de acuerdo con el modo de vida de la persona antes del diagnóstico; los participantes sufrieron de síntomas molestos como diarrea y síntomas graves como los asociados a infección intestinal; síntomas que conllevan el desarrollo de una crisis emocional con miedo a morir, tristeza, dolor, culpa y enojo.

El proceso de vivir con VIH más el apoyo de la familia y los pares y la espiritualidad, contribuyen a aceptar el diagnóstico, a tomar conciencia de quienes son y a realizar un cambio en el modo de vida.

Para el cuidado de la persona con VIH se requiere personal de salud capacitado en asesoría, en el manejo de los síntomas y en el apoyo emocional. Se recomienda hacer estudios en salud mental sobre el cuidado a las personas con VIH y el estigma, que ayuden a mitigar el sufrimiento, a brindar apoyo social y al trabajo con la red de apoyo; sobre el autocuidado, el cambio de modo de vida y la espiritualidad.

Entre las limitaciones del estudio se identifica que las categorías emergieron a partir de las experiencias de personas con VIH que estaban asistiendo solamente a control ambulatorio en salud; los hallazgos no son generalizables.

Referencias

- (1) Sun W, Wu M, Qu P, Lu C, Wang L. Psychological well-being of people living with HIV/AIDS under the new epidemic characteristics in China and the risk factors: a population-based study. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2014 [citado 2018 abr. 16];28:e147-52. Disponible en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2014.07.010>
- (2) Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del VIH en Colombia 2016 [Internet]. Bogotá: Cuenta de Alto Costo; 2017 [citado 2018 may. 9]. 96p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC.Co_2017_06_13_Libro_Sit_VIH_2016_V_0.1.pdf
- (3) Kemppainen JK, MacKain S, Alexander M, Reid P, Parks M. Posttraumatic stress disorder and stressful life events among rural women with HIV disease. *JANAC* [Internet]. 2016 [citado 2017 mar. 26];28(2):216-25. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2016.06.001>
- (4) Maganga L, Nitayaphan S, Kroon E. Prospective study of acute HIV-1 infection in adults in East Africa and Thailand. *N Eng J Med* [Internet]. 2016 [citado 2018 abr. 16];374(22):2120-30. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1508952>. Prospective
- (5) Li Z, Hsieh E, Morano JP, Sheng Y. Exploring HIV-related stigma among HIV-infected men who have sex with men in Beijing, China: a correlation study. *AIDS Care* [Internet]. 2016 [citado 2017 nov. 14];28(11):1394-401. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1179713>
- (6) Chan BT, Pradeep A, Prasad L, Murugesan V, Chandrasekaran E, Kumarasamy N et al. Association between internalized stigma and depression among HIV-positive persons entering into care in southern India. *J Glob Health* [Internet]. 2017 [citado 2018 jul. 9];7(2):1-9. Disponible en: DOI: 10.7189/jogh.07.020403
- (7) UNAIDS. Reduction of stigma and discrimination. 2014 [citado 2018 jul. 26]:1-18. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_stigma_en.pdf
- (8) Donnelly LR, Bailey L, Jessani A, Postnikoff J, Kerston P, Brondani M. Stigma experiences in marginalized people living with HIV seeking health services and resources in Canada. *JANAC* [Internet]. 2016 [citado 2017 mar. 26];27(6):768-83. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2016.07.003>
- (9) Organización de los Estados Americanos. Convención interamericana contra toda forma de discriminación e intolerancia [Internet]. 2013 [citado mar. 26]:251-72. Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-69_discriminacion_intolerancia.asp
- (10) Audet CM, McGowan CC, Wallston KA, Kipp AM. Relationship between HIV stigma and self-isolation among people living with HIV in Tennessee. *PLoS ONE* [Internet]. 2013 [citado 2017 mar. 26];8(8):13-6. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0069564>

- (11) Dalmida SG, Koenig HG, Holstad MM, Wirani MM. The psychological well-being of people living with HIV/AIDS and the role of religious coping and social support. *J. Psychiatry in Medicine* [Internet]. 2013 [citado 2018 abr. 16];46(1):57-83. Disponible en: DOI: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/PM.46.1.e>
- (12) Waluyo A, Culbert GJ, Levy J, Norr K. Understanding HIV-related stigma among Indonesian nurses. *JANAC* [Internet]. 2016 [citado 2018 oct. 24];26(1):69-80. Disponible en: DOI: [10.1016/j.jana.2014.03.001](https://doi.org/10.1016/j.jana.2014.03.001). Understanding
- (13) Páramo DM. La teoría fundamentada (grounded theory), metodología cualitativa de investigación científica. *Pensamiento & Gestión* [Internet]. 2015 [citado 2018 mar. 3];39:119-14. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pege/n39/n39a01.pdf>
- (14) Hernández RC. La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuest Pedagog* [Internet]. 2014 [citado 2018 mar. 3];23:187-210. Disponible en: http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/23/Mis_5.pdf
- (15) Peltzer JN, Ogawa L, Tusher S, Farnan R, Gerkovich MM. A qualitative description of HIV-infected african american women's experiences of psychological distress and their coping strategies. *JANAC* [Internet]. 2017 [citado 2017 jul. 31];28(2):226-37. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2016.09.010>
- (16) Jagers JR, Dudgeon WD, Burgess S, Phillips KD, Blair SN, Hand GA. Psychological correlates of HIV-related symptom distress. *JANAC* [Internet]. 2014 [citado 2017 jul. 30];25(4):309-17. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2013.06.003>
- (17) Wu AW, Wansom T, Huang IC, CoFrancesco Jr.J, Conant MA, Sarwer DB. The facial appearance inventory: development and preliminary evidence for reliability and validity in people with HIV and lipoatrophy. *Aesthet Surg J* [Internet]. 2016 [citado 2017 jul. 30];36(7):842-51. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1093/asj/sjw010>
- (18) Doolittle BR, Justice AC, Fiellin DA. Religion, spirituality, and HIV clinical outcomes: a systematic review of the literature. *AIDS Behav* [Internet]. 2018 [citado 2018 jul. 9];22:1792-1801. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1651-z>
- (19) Miller L, Bansal R, Wickramaratne P, Hao X, Tenke CE, Weissman MM, Peterson BS. Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality: a study in adults at high and low familial risk for depression. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2014 [citado 2018 jul. 31];71(2):128-35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3921896/pdf/nihms552284.pdf>
- (20) Bermúdez-Román V, Bran-Piedrahita L, Palacios-Moya L. Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2015 [citado 2018 jul. 5];57(3):252-9. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000300014
- (21) Tobergte DR, Curtis S. Experience of stigma and discrimination and the implications for healthcare seeking behavior among people living with HIV/AIDS in resource-limited setting. *J Chem Inf Model* [Internet]. 2013 [citado 2018 jul. 31];53(9):1689-99. Disponible en: DOI: [10.1080/17290376.2013.806645](https://doi.org/10.1080/17290376.2013.806645)
- (22) McDoom MM, Bokhour B, Sullivan M, Drainoni ML. How older black women perceive the effects of stigma and social support on engagement in HIV care. *AIDS Patient Care and STDs* [Internet]. 2015 [citado 2018 jul. 31];29(2):95-101. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/apc.2014.0184>
- (23) Jürgensen M, Sandøy IF, Michelo C, Fylkesnes K, Mwangala S, Blystad A. The seven Cs of the high acceptability of home-based VCT: results from a mixed methods approach in Zambia. *Soc Sci Med* [Internet]. 2013 [citado 2018 mar. 13];97:210-9. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.033>
- (24) Abrefa-Gyan T, Wu L, Lewis MW. Social support and support groups among people with HIV/AIDS in Ghana. *Soc Work Health Care* [Internet]. 2015 [citado 2017 jul. 31];55(2):1-17. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00981389.2015.1084969>
- (25) Costa D, Mendes A, Abreu W. Health and mood among HIV-positive outpatients attending an ART clinic of a university hospital. *J Clin Nurs* [Internet]. 2016 [citado 2018 jul. 31];25(21-22):3209-18. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13342>
- (26) Mesquita A, Valcanti C, Neves M, Alves D, Souza F, Lopes E. El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2018 abr. 16];23(4):219-23. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300006>

Aporte de la ética convergente a la enseñanza de bioética para investigación*

Contribuição da ética
convergente para o
ensino de bioética
para investigação

Contribution of
convergent ethics
to the teaching of
bioethics for research

• Yanira Astrid Rodríguez Holguín¹ •

* Este artículo fue presentado como requisito del programa de Doctorado en Bioética, Universidad Militar Nueva Granada (Bogotá, Colombia).

•¹ Universidad Nacional de Colombia (Bogotá, Colombia). Correo electrónico: yarodriguezh@unal.edu.co

Recibido: 06/02/2018 Aprobado: 03/10/2018

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.70247>



Resumen

Objetivo: realizar un análisis de los modos de aplicación de la teoría de la ética convergente para razonar los conflictos bioéticos que se pueden generar en investigación.

Síntesis de contenido: en este artículo de reflexión se presentan razonamientos sobre la posibilidad de enseñar bioética para la investigación a partir de la teoría formulada por el filósofo Ricardo Maliandi: la ética convergente, la cual es una propuesta a la luz de la conflictividad. Se propone enseñar a partir de los conceptos y principios derivados de esta teoría, para facilitar el logro de capacidades bioéticas en los estudiantes que realicen investigación en los diferentes niveles de formación profesional en áreas de la salud, que los anticipe para atender la tensión entre principios bioéticos y los guíe para que puedan sugerir posibles formas de atenuar o equilibrar los conflictos en el proceso investigativo. La reflexión surgió luego de una etapa previa de revisión de investigaciones acerca de las prácticas de enseñanza-aprendizaje de la bioética y de la revisión exhaustiva de la teoría convergente, lo que permitió ver las bondades de esta en la formación bioética del estudiante, preparándolo para identificar y resolver los conflictos bioéticos en su práctica investigativa.

Conclusión: la teoría de la convergencia permite lograr la reflexión, comprensión, argumentación, capacidad crítica y deliberación creativa para la toma de decisiones responsables cuando les surgen los conflictos bioéticos a los estudiantes, lo que resulta una alternativa útil en la praxis de la bioética para la investigación.

Descriptor: Bioética; Conflicto; Educación (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Objetivo: realizar uma análise dos modos de aplicação da teoria da ética convergente para refletir sobre os conflitos bioéticos que podem ser gerados em investigação.

Síntese de conteúdo: neste artigo de reflexão apresenta-se argumentação sobre a possibilidade de ensinar bioética para a investigação a partir da teoria formulada pelo filósofo Ricardo Maliandi: a ética convergente, a qual é uma proposta à luz da conflictividade. Propõe-se ensinar a partir dos conceitos e princípios derivados desta teoria, para facilitar a conquista de capacidades bioéticas nos estudantes que realizem investigação nos diferentes níveis de formação profissional em áreas da saúde, que os antecipe para atender a tensão entre princípios bioéticos e os guie para que possam sugerir possíveis formas de atenuar ou equilibrar os conflitos no processo investigativo. A reflexão surgiu logo depois de uma etapa prévia de revisão de investigações acerca das práticas de ensino-aprendizagem da bioética e da revisão exaustiva da teoria convergente, o que permitiu ver as bondades desta na formação bioética do estudante, preparando-o para identificar e resolver os conflitos bioéticos em sua prática investigativa.

Conclusão: a teoria da convergência permite atingir a reflexão, compreensão, argumentação, capacidade crítica e deliberação criativa para a tomada de decisões responsáveis quando surgem os conflitos bioéticos para os estudantes, o que resulta em uma alternativa útil na praxis da bioética para a investigação.

Descritores: Bioética; Conflito; Educação (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: perform an analysis of the modes of application of the theory of convergent ethics to reason the bioethical conflicts that can be generated in research.

Content synthesis: this reflection article presents a reasoning about the possibility of teaching bioethics for research based on the theory formulated by the philosopher Ricardo Maliandi, the convergent ethics, which is a proposal in light of the conflict. It is proposed to teach from the concepts and principles derived from this theory, to facilitate the achievement of bioethical abilities in students who perform research at different levels of professional training in health areas, to anticipate them to address the tension between principles bioethics and guide them so that they can propose possible ways to attenuate or balance the conflicts in the research process. The reflection arose after a previous stage of review about the teaching-learning practices of bioethics and the thorough revision of the convergent theory, which allowed to see the benefits of this in the student's bioethics training, preparing them to identify and resolve bioethical conflicts in their research practice.

Conclusion: the theory of convergence allows to achieve reflection, understanding, argumentation, critical capacity and creative deliberation to make responsible decisions when the bioethical conflicts arise to the students, which is a useful alternative in the practice of bioethics for the research.

Descriptors: Bioethics; Conflict; Education (source: DeCS, BIREME).

Introducción

La enseñanza de la bioética en salud ha estado enmarcada por un abordaje basado en la modalidad del análisis de conflictos bioéticos, mediante modelos y estrategias pedagógicas que conduzcan a modificaciones positivas en la estructura de modelo mental que requieren los futuros investigadores, proveyéndolos de las herramientas necesarias para un óptimo desempeño bioético, así lo demuestran varias investigaciones (1-11). El currículo por su parte, debe considerar "las intervenciones necesarias para enfrentar dilemas, conflictos y problemas bioéticos, como núcleo moral central en la formación, a partir de la interdisciplinariedad y el pluralismo" (12: p. 348) partiendo del planteamiento de problemas derivados de estudios de caso que hagan posible la articulación entre los saberes teóricos y prácticos relacionados con la bioética.

Esta forma de abordaje pedagógico permitirá al estudiante experimentar las mismas sensaciones, retos y decisiones que deberá vivir en su práctica profesional, con el objetivo de proporcionarle un marco de reflexión entre pares, favorecer su razonamiento hermenéutico y la habilidad discursiva, así como la discusión y socialización dentro del grupo, lo cual le facilitará desarrollar destrezas comunicativas, y de perspectiva crítica y valorativa, beneficiando así el despliegue de sus capacidades bioéticas.

Si bien existen diversas corrientes filosóficas de la bioética contemporánea, como pueden ser la utilitarista, cuyo fin principal es el mayor bien para el mayor número de personas; la universalista, que considera el consenso como la mejor fuente para la toma de decisiones; la personalista, cuyo eje de debate y decisión es el bien de cada persona (13); y el principialismo, que se ha convertido en una perspectiva dentro de la bioética con amplia aplicación para la reflexión filosófica de los actos en áreas de salud (14), no solo en el ámbito hospitalario, sino en los comités de ética y en la enseñanza de la misma en las diferentes profesiones; cada una de ellas y sus ramificaciones pueden aportar de manera significativa al análisis bioético de los actos realizados en profesiones de la salud. Sin embargo, como ya se mencionó, la enseñanza de la bioética en la educación superior se ha soportado en el análisis del conflicto bioético.

Por lo anterior, para la investigación que originó el presente artículo, la enseñanza de la bioética podría requerir un enfoque basado no solo en los principios bioéticos sino además, en una bioética que contemple específicamente los conflictos, como lo es la teoría de la ética convergente, en la cual se cimienta este escrito.

El planteamiento del artículo supuso dos etapas previas, en la primera, se efectuó una revisión cualitativa de la literatura que presentara resultados de investigación alrededor de las prácticas de enseñanza-aprendizaje de la bioética, publicados en bases de datos entre 2010 y 2017, definiendo criterios de inclusión y exclusión para la selección, y considerando para ello la opinión de un experto junto con el investigador. La segunda etapa explora y hace análisis crítico sobre el porqué y para qué enseñar a los estudiantes bioética en torno a los conflictos. Luego de ello surgió la reflexión que se expone en este documento, acerca de la posibilidad de enseñar bioética a partir de la teoría de la ética convergente, como herramienta que prepare al estudiante para la resolución de conflictos que se manifiestan en su práctica investigativa.

Los principios bioéticos son criterios racionales que permiten, entre otras cosas, resolver o evitar conflictos, aunque la principal dificultad en su aplicación se da frente a la toma de decisiones, pues es allí donde no es fácil prescindir de alguno de ellos o jerarquizarlos, más aún cuando se piensa solo en los propuestos por el principialismo norteamericano y adoptados en el contexto latinoamericano como si fueran los únicos o más importantes. Por ello la alternativa más racional es intentar maximizar su convergencia, tratando de lograr entre ellos su conciliación. Este es el beneficio que brinda la teoría de la convergencia, como se evidenciará más adelante.

En un primer momento se realizará un análisis general de la teoría, y posteriormente, se presentará una reflexión de la teoría de la convergencia como fundamentación para la enseñanza de la bioética en la investigación, para acentuar con ella la tensión que se puede suscitar entre los principios que enuncia, buscando minimizar, prevenir, resolver o regular los conflictos bioéticos a los que pueden estar expuestos los estudiantes en su ejercicio investigativo, ofreciendo así posibilidades pedagógicas para la adecuación de modelos mentales efectivos en los futuros investigadores.

Alternativa al modelo principialista, la propuesta de Maliandi-Thüer: una ética convergente

Ricardo Maliandi es un filósofo argentino que postuló en sus investigaciones la teoría de la ética convergente, divulgándola en obras originariamente presentadas en 1998 (15). En el año 2008 se une a Óscar Thüer, un médico especializado en problemas de la ética aplicada, lo que le permitió desarrollar un examen sistemático de su teoría pero a la luz de la bioética y la biotecnología. En su propuesta los pensadores asumen que la vida humana está frecuentemente inmersa en conflictos, lo que les ayudó a ofrecer respuestas concretas a problemas prácticos de la bioética (16). Dicho avance teórico se efectuó mediante una reflexión desde el componente de la razón, la cual, para los autores, tiene dos funciones: la búsqueda de orden y la fundamentación, y el reconocimiento de que el conflicto es inevitable.

La noción de convergencia de Maliandi-Thüer se refiere a tres aspectos: i) aproximación entre la ética material de los valores y la ética del discurso; ii) forma crítica a la anterior aproximación, que busca la convergencia entre los principios cardinales que rigen el *ethos*: universalidad, individualidad, conservación y realización, “los cuales sirven para la evaluación de los problemas éticos relacionados con los desarrollos biomédicos y sus consecuencias en los seres humanos y en la atención en salud” (17 p102); y iii) convergencia de la razón con las pasiones (18).

Desde la teoría de la ética convergente, los principios cardinales “determinan la calificación moral de los actos” (19 p21), en donde la *universalidad* alude a la exigencia de que el actuar correcto y bueno se aplique a todas las personas, la *individualidad* la presenta el autor como la exigencia de tener en cuenta el carácter único de cada persona a quien se le debe realizar lo bueno y lo que es correcto, la *conservación* se entiende como la exigencia de conservar las acciones que sean buenas y correctas; y la *realización* reclama, de acuerdo con el autor, realizar o conservar todo aquello que sea bueno y correcto para las personas.

Esta teoría más que tratarse de la convergencia, trata principalmente de la conflictividad, en ella los conflictos se conciben como choques entre elementos de un sistema, entre las interrelaciones y entre sistemas, es decir, es una forma de interrelación con infinidad de variantes que establecen una

divergencia y la exigencia de maximizar una armonía entre el sistema y los elementos que lo componen (20). Su implementación mediante la reflexión acerca de los conflictos, permitirá mantener el enfoque en la tensión entre conflictos en determinada situación bioética conflictiva, y emplear los principios, pues esta brinda pautas que hacen compatible su aplicación (21).

Maliandi reconoce una inevitabilidad de los conflictos que equivale a un *a priori* de la conflictividad, esto es porque no tienen que ver con la experiencia, son independientes de ella, debido a que la razón humana presupone siempre el conflicto, a la vez que este es una forma de rechazar el mismo, lo que quiere decir que el fundamento ético de una acción presupone una estructura conflictiva, ya sea en normas situacionales o entre principios (22).

El propósito de la teoría de la convergencia será maximizar la armonía entre principios a través de la aplicación de su “metaprincipio”, el cual obliga a pensar en la “necesidad de prevenir, resolver, o al menos regular los conflictos, y la suma de las instrucciones metodológicas para hacerlo, pero, al mismo tiempo, la aptitud para el reconocimiento de los conflictos inmanentes de las interacciones sociales y por tanto del *ethos*. Uno de los significados de la convergencia es, precisamente, la compatibilidad entre aquella exigencia y este reconocimiento” (23 p4). La puesta en marcha del metaprincipio tendrá lugar cuando se ejecute el análisis necesario frente al conflicto que surja del conglomerado de creencias, actitudes, normas, costumbres y demás: el *ethos* (24); y a partir de su reflexión bioética se podrán comprender los problemas, profundizar en su significado y encontrar dimensiones que posibiliten su resolución o equilibrio.

Maliandi y Thüer con el fin de avanzar hacia una bioética global que ayudara a sacar mejor provecho de la ampliamente utilizada bioética clásica anglosajona, precisaron que los autores de esta no percibieron que los principios que la componen “corresponden a la estructura bidimensional de la razón, la cual cumple dos funciones opuestas aunque complementarias: Fundamentación y Crítica, en cada una de las cuales se despliegan a su vez dos perspectivas también opuestas: la sincrónica y la diacrónica” (25 p53).

Es así como Maliandi-Thüer propone una “rehabilitación de la razón” (26 p2), postulando su carácter bidimensional así: la *fundamentación* rechaza todo lo conflictivo y llama al orden, la estabilidad y la univer-

salidad; mientras que la *crítica*, reconoce todo aquello que es conflicto y la imposibilidad de erradicarlo, por ello esta dimensión implica diferencia y multiplicidad. Maliandi (22) en relación con las perspectivas afirma que estas son estructuras conflictivas generales usadas como metodología para acercarse al fenómeno de la conflictividad; el sincronismo, expresa conflicto entre lo universal y lo particular, y el diacronismo, entre la permanencia y el cambio.

Posteriormente, Maliandi y Thüer (27) determinan que los principios bioéticos de Beauchamp y Childress (no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía) son principios concretos que tienen como condición la posibilidad de la conflictividad *a priori* entre ellos, a partir de esto avanzan hacia la propuesta de los principios biotecnológicos, planteando que los principios bioéticos tienen respectivamente su par en el campo de la biotecnología de la siguiente manera: precaución, exploración, no discriminación y respeto por la diversidad; y estos responden "a la exigencia de alcanzar el máximo equilibrio posible entre sus integrantes" (28 p206).

La precaución exige la mejor evaluación que sea posible de los riesgos de una intervención, extremando recursos y tomando decisiones que puedan minimizarlos; la exploración por su parte defiende el derecho a la investigación; la no discriminación reconoce el ideal de aplicar la igualdad entre las personas, y el respeto por la diversidad exige respetar y admitir las diferencias entre las personas.

La ética convergente es una herramienta heurística, apta para descubrir las dimensiones de los problemas éticos que se presentan en situaciones conflictivas (29). De allí que este planteamiento teórico sea una invitación a la acción transformadora de prácticas y discursos propios de la bioética (30), como los que aparecen al llevar a cabo investigación, tal como se verá más adelante.

La noción de convergencia de esta teoría, así como la aplicación de los principios cardinales, los principios biotecnológicos y la reflexión que se puede dar con ellos frente a los conflictos, facilita pensar que esta teoría podrá resultar una alternativa beneficiosa para la enseñanza-aprendizaje de la bioética para la investigación en la educación superior en áreas de la salud, al brindar una gama de posibles soluciones para los problemas de la aplicación de los principios bioéticos y la reflexión alrededor de los conflictos que surgen entre sí y a partir de ellos. La argumentación necesaria que muestra dicho beneficio se expone a continuación.

Una propuesta de aplicación de la teoría de la convergencia al fenómeno de la enseñanza de la bioética para la investigación

La globalización y la tecnología traen consigo una conflictividad (25), lo que impacta indiscutiblemente también a la investigación y con mayor razón a aquella que se desarrolla en seres humanos como la realizada en áreas de la salud. Este desarrollo suscita variados planteamientos bioéticos pero, concomitante a ello, la posibilidad de diálogo y equilibrio para dar oportunidades de abordajes más humanos, respetuosos y bioéticos, durante la práctica investigativa.

La teoría de la ética convergente se puede constituir en una pauta de acción para la toma de decisiones, pues con ella se podrá preparar al estudiante para fijar un equilibrio entre los principios bioéticos en tensión, con el ánimo de que no se suprima ninguno de ellos sino que se establezca su supremacía de forma individual, brindándole al educando opciones de resolución al problema concreto que se le presente, fomentando el aprendizaje durante su práctica investigativa y facilitándole futuros procesos investigativos en los que tenga que estar expuesto a este u otro tipo de conflictos.

Para ello deberá situarse como punto de partida en el conflicto que se suscita durante la investigación en las diferentes áreas de la salud, permitiendo a todas las personas envueltas en esta, tener la seguridad de que independientemente de la decisión que se tome, esta será el producto de un análisis minucioso, detallado y pormenorizado acerca de los principios que allí se involucran; apreciando todos ellos y evitando que alguno pueda ser violado o ignorado, valorándolos de forma individual, cruzándolos entre sí, solapándolos, asignándole a cada uno su importancia, para evitar la exclusión o anulación de algún principio durante la investigación. Aceptar el metaprincipio de convergencia entre principios durante la investigación, lo preparará para llevarlos a un estado de armonía y equilibrio, hasta el límite en que la situación lo permita, favoreciendo así la resolución del conflicto.

De esta manera, no se perderá de vista el cumplimiento de principios que durante décadas han demostrado ser válidos, sino se dará lugar a todos ellos de modo más flexible, conforme con alguna circunstancia investigativa específica. Así, cuando el estudiante identifique el conflicto suscitado, es decir, cuando sea asumido el carácter conflictivo

del *ethos*, tenga en cuenta la bidimensionalidad de la razón y pueda actuar de acuerdo con ella, mediante su principal exigencia que es minimizar o regular el conflicto.

Aplicado esto a la enseñanza de la bioética para la investigación, se reflejarían las características de las dimensiones de la razón así: en la función fundamentadora, enseñar al estudiante a oponerse a lo conflictivo en cierto momento de la investigación pero atendiendo a la teleología de los principios; y en la función crítica, enseñarle a reconocer que el conflicto es inevitable durante el proceso investigativo.

Esta teoría aporta dos beneficios para dicha enseñanza, el primero, valorar la correspondencia que allí se establece entre los principios de Beauchamp y Childress y los cardinales, y el segundo, aplicar los principios biotecnológicos (27). Esto ayudará a sopesar los beneficios y posibles riesgos de la aplicación de cada uno de los principios a partir de un cuestionamiento propio (el del profesor) y externo (el del estudiante o investigador en formación) que se soporte en la bidimensionalidad de la razón. Lo anterior hace que durante la aplicación de estos principios, los actores del proceso de investigación consigan sopesar las dos dimensiones: la crítica y la fundamentadora, para no incurrir en unilateralidad cuando se encuentran ante un conflicto, lo cual facultará al estudiante para anticiparse a las consecuencias de su actuar investigativo a partir de una argumentación segura, y le ofrece confianza en la toma de decisiones bioéticas.

En relación con la aplicación de los principios biotecnológicos, la *precaución* tendrá efecto al valorar los posibles riesgos que pudiera comportar la *exploración* cuando se requiere alcanzar un determinado provecho durante la investigación; la *no discriminación* y el *respeto* por la diversidad se aplicarán cuando a las personas inmersas en algún proceso de investigación se les identifique, reconozca, respete y valore su diversidad biológica, cultural, social, económica, religiosa, académica y demás. Una vez se ponderen estos principios, el equilibrio se podrá evidenciar cuando todos y cada uno de ellos encuentren su merecido lugar en cada proceso y fase de la investigación.

Si bien el ejercicio investigativo puede ser una práctica formativa, se requiere que haya profundización, reflexión crítica y debate de los estudiantes sobre los conflictos bioéticos, para que puedan alcanzar la comprensión, argumentación, capaci-

dad crítica y deliberación creativa para la toma de decisiones responsables cuando estos les surjan. Así, este tipo de formación podría ir más allá de la enseñanza habitual de la bioética y su consecuente aplicación en las investigaciones, pues permitirá extrapolar el conocimiento y facilitarle al estudiante la implementación inmediata y futura en su práctica investigativa. De esta manera, se consigue que la reflexión se convierta en conocimiento a largo plazo, lo que es de innegable utilidad en el campo de la salud, dada la eclosión permanente de innumerables conflictos éticos derivados de los adelantos técnicos y científicos, retos y dificultades en la investigación con seres humanos, los cuales pueden ser arduos de resolver, reflexionar o dirimir en determinado momento, a partir de una simple mirada principialista.

Conclusiones

La teoría de la ética convergente brinda beneficios a la formación bioética, pues posibilita un abordaje pedagógico apoyado en el análisis de conflictos bioéticos en torno a la investigación en seres humanos. Además de estar sólidamente concebida, aporta una reflexión para la praxis de la bioética frente a la conflictividad *a priori de los principios*, para que el estudiante pueda evitar, minimizar, prevenir o regular los conflictos que se le presenten, privilegiando las acciones que lleven como ejes conductores la aplicación de su metaprincipio, los principios cardinales y los principios biotecnológicos.

La articulación de unas estrategias pedagógicas adecuadas como pueden ser el juicio simulado, las películas, el análisis de caso y las herramientas virtuales, entre otras, que expongan a los estudiantes de diferentes niveles de formación que estén inmersos en actividades investigativas a situaciones reales de su futuro ejercicio profesional, junto con una teoría para la enseñanza de la bioética en la investigación, podrá reducir la brecha entre el carácter teórico de la bioética y la praxis de la misma en este campo, permitiendo formar al estudiante más allá de la relativización jerárquica de los principios.

Se pretende con ello despertar el interés y alcanzar niveles óptimos en el trabajo autónomo del estudiante en la generación de soluciones al conflicto y hallar en esta teoría la justificación necesaria para pasar del temor y desconocimiento del conflicto, a identificar y reflexionar acerca de aquellos que surjan en su práctica investigativa presente y futura.

Con la consulta del estado del arte realizada previamente, la contrastación con otras corrientes filosóficas que no abordan específicamente los conflictos y la reflexión hecha en el presente artículo, el panorama investigativo se amplía, pues habrá que explorar cuáles son los conflictos bioéticos que surgen en el estudiante cuando realiza investigación, diseñar e implementar una propuesta pedagógica fundamentada en la teoría de la convergencia y medir sus resultados, esto ayudará a argumentar, con suficiente evidencia, la aplicabilidad de esta teoría en la formación bioética del estudiante en áreas de la salud.

Conflicto de interés

La autora declara no tener directa ni indirectamente, ningún tipo de conflicto de interés, bien sea este académico, financiero, personal o laboral que pueda poner en peligro la validez de este artículo.

Financiación

La elaboración de este artículo no requirió financiación.

Referencias

- (1) Daniel J, Pessalacia J, Andrade A. Interdisciplinary debate in the teaching-learning process on bioethics: academic health experiences. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2017 feb. 18];34(2):288-96. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a08>
- (2) Garzón F, Zárate B. El aprendizaje de la bioética basado en problemas (ABBP): un nuevo enfoque pedagógico. *Acta Bioeth* [Internet]. 2015 [citado 2017 feb. 20];21(1):19-28. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2015000100003>
- (3) Stone J, Chapple H, Haddad A, Lux S, Rentmeester C. Discussion in graduate online bioethics programs. *Int J Ethics Educ* [Internet]. 2017 [citado 2017 feb. 18];2(1):17-36. Disponible en: DOI: [10.1007/s40889-016-0022-y](https://doi.org/10.1007/s40889-016-0022-y)
- (4) Rate C, Silva L, Pereira L, Pessalacia J. The use of films as a teaching tool for the teaching-learning process in bioethics. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2017 feb. 18];32(3):421-29. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n3/v32n3a07.pdf>
- (5) Molina N. Formación bioética en ciencias de la salud. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul* [Internet]. 2016 [citado 2017 feb. 23];14(1):117-32. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.19052/sv.3544>
- (6) Warmling C, Schneider F, Baldisserotto J, Levesque M. La enseñanza de la bioética: evaluación de un objeto virtual de aprendizaje. *Rev Bioét* [Internet]. 2016 [citado 2018 oct. 1];24(3):503-14. Disponible en: DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016243150>
- (7) Gómez V, Royo P. Construyendo espacios de diálogo: una propuesta de enseñanza de la bioética. *Acta Bioeth* [Internet]. 2015 [citado 2017 feb. 25];21(1):9-18. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2015000100002>
- (8) Roman C, Ellwanger J, Becker G, Da Silveira A, Machado C, Manfroi W. Metodologías ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. *Clin Biomed Res* [Internet]. 2017 [citado 2018 oct. 1];37(4):349-57. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730.73911>
- (9) Piña-Jiménez I, Amador-Aguilar R. La enseñanza de la enfermería con simuladores, consideraciones teórico-pedagógicas para perfilar un modelo didáctico. *Enferm Univ* [Internet]. 2015 [citado 2018 oct. 1];12(3):152-9. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.007>
- (10) Montoya NPM. Formación bioética en ciencias de la salud. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul* [Internet]. 2016 [citado 2018 oct. 1];14(1):117-32. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.19052/sv.3544>
- (11) Cubas-Benavides F, León-Jiménez F, Ñique-Carbajal CA. Educar en bioética: retos para el profesor universitario de ciencias de la salud. *Rev Med Hered* [Internet]. 2018 [citado 2018 oct. 1];29(1):46-51. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i1.3261>
- (12) Villegas-Múnica E. Significados sobre bioética que surgen en un currículo de medicina. *Iatreia* [Internet]. 2016 [citado 2018 oct. 1];29(3):334-51. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iatreia.v29n3a08>
- (13) Ortiz E. Bioética personalista y bioética utilitarista. *Cuad Bioet* [Internet]. 2013 [citado 2018 may. 25];24(1):57-65. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/875/87527461007/>
- (14) García J. Bioética personalista y bioética principialista. *Perspectivas. Cuad Bioet* [Internet]. 2013 [citado 2018 may. 25];24(1):67-76. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/875/87527461008/>
- (15) Maliandi R. La ética cuestionada. *Prolegómenos para una ética convergente*. Buenos Aires: Almagesto; 1998.
- (16) Salerno G. Panorama de la ética convergente de Ricardo Maliandi. *Eidos* [Internet]. 2016 [citado 2017 nov. 3];25:73-94. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/eidos.25.7793>
- (17) Escobar J, Aristizábal C. Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples. *Rev Bioét* [Internet]. 2011 [citado 2018 oct. 1];6(3):76-109. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1892/189222553006/>

(18) Misseri L. Senderos divergentes: una crítica a la convergética de Maliandi. Eikasía [Internet]. 2015 [citado 2017 nov. 21]:205-15. Disponible en: <http://revistadefilosofia.com/63-10.pdf>

(19) Maliandi R. Ética y biotecnología: cuestión de principios. Agora Philos [Internet]. 2003 [citado 2018 oct. 1];III(5/6):17-51. Disponible en: <http://agoraphilosophica.com/Agora5-6/agora5-6-Maliandi.pdf>

(20) Maliandi R. El a priori de la conflictividad. Jornadas Nacionales de Ética [Internet]. 2009 [citado 2017 feb. 2]:629-42. Disponible en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/848/TOMO_II.pdf?sequence=1#page=145

(21) Maliandi R. Fundamentación y aplicación en ética convergente. Konvergencias [Internet]. 2016 [citado 2017 feb. 18]:22:91-101. Disponible en: <http://www.konvergencias.net/ricardomaliandi22.pdf>

(22) Maliandi R. Ética convergente. Fenomenología de la conflictividad. Buenos Aires: Las Cuarenta; 2010.

(23) Maliandi R. Para una bio-tecno-ética mundial. Cuad Ética [Internet]. 2010 [citado 2017 nov. 1];25(38):1-12. Disponible en: <http://aaieticas.org/revista/index.php/cde/article/view/21/37>

(24) Maliandi R. Ética: conceptos y problemas. 3.a ed. Buenos Aires: Biblos; 2004. Disponible en: https://kupdf.com/download/maliandi-ricardo-etica-conceptos-y-problemaspdf_59934db4dcod600b3a30odid_pdf

(25) Maliandi, R. Hacia una bioética global. Dilemata [Internet]. 2009 [citado 2017 nov. 21];1(1):49-56. Disponible en: <http://dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/4/4>

(26) Trapani D. La conflictividad de la razón. Comentario a Maliandi, Ricardo, Ética convergente, 2 vols., Buenos Aires, Ediciones Las Cuarenta, 2010. Tópicos [Internet]. 2011 [citado 2018 oct. 1];22:1-12. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28823181007>

(27) Maliandi R, Thüer R. Teoría y praxis de los principios bioéticos. En: Humanidades y artes. Filosofía. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús; 2008.

(28) Díaz, S. El biopoder de la biotecnología o el biotecnopoder. Aportes para una bio(s) ética. Ludus Vitalis [Internet]. 2016 [citado 2018 oct. 1];19(36):193-211. Disponible en: <http://ludus-vitalis.org/ojs/index.php/ludus/article/view/147/145>

(29) Damiani A. El principio de individualización en la ética. Agora Philos [Internet]. 2015 [citado 2018 oct. 1];31-32(16):96-110. Disponible en: <http://www.agoraphilosophica.com/Agora31-32/agora31-32.damiani.pdf>

(30) Rivera S. El decir y el mostrar de los principios bioéticos. Perspectivas Metodológicas [Internet]. 2010 [citado 2018 oct. 1];1(10):109-14. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/epistemologia/article/viewFile/476/517>

Experiências de estudantes internacionais ao gestar longe do seu país de origem*

Experiencias
de estudiantes
internacionales al
gestar lejos de su
país de origen

Experiences of
international
students on gestation
away from their
country of origin

• Francisca Mayra de Sousa Melo¹ • Marks Passos Santos² • Leilane Barbosa de Sousa³ • Violeta Maria de Siqueira Holanda⁴ • Márcio Flávio Moura de Araújo⁵ • Emanuella Silva Joventino⁶ •

* Pesquisa financiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico-FUNCAP.

•1• Faculdade Princesa do Oeste (Crateús-CE, Brasil). Correo eletrônico: mayra.melo@hotmail.com

•2• Universidade Federal de Sergipe (Lagarto-SE, Brasil). Correo eletrônico: enfer.marks@hotmail.com

•3• Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Acarape-CE, Brasil). Correo eletrônico: leilane@unilab.edu.br

•4• Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Acarape-CE, Brasil). Correo eletrônico: violeta@unilab.edu.br

•5• Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Acarape-CE, Brasil). Correo eletrônico: marciofma@unilab.edu.br

•6• Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Acarape-CE, Brasil). Correo eletrônico: ejoventino@unilab.edu.br

Recibido: 16/06/2018 Aprobado: 28/09/2018

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.65010>



Resumo

Objetivo: este estudo visa compreender as experiências de mães estudantes internacionais acerca de engravidar e dar à luz longe do país de origem.

Método: pesquisa qualitativa, realizada entrevista em profundidade com 11 estudantes internacionais em uma universidade federal na região do Maciço de Baturité, Ceará. Foram utilizados como referenciais teóricos os Modelos de Adaptação de Roy e o Modelo da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural de Leininger para a análise baseada na Teoria Fundamentada nos Dados.

Resultado: emergiram-se as seguintes categorias: *os desafios em engravidar e estudar longe de seu país; empoderamento e superação frente aos desafios; e os diferentes cuidados e o choque cultural*, o qual abordou os aspectos relacionados ao contraste cultural a respeito dos cuidados.

Conclusão: constata-se que a vida das mães estudantes oriundas de outros países é repleta de desafios. O olhar diferencial da equipe de saúde possibilitaria a adaptação de práticas para conservar a cultura de cada mãe.

Descritores: Emigração e Imigração; Gravidez; Estudantes; Maternidades; Enfermagem (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: este estudio pretende comprender las experiencias de madres estudiantes internacionales acerca de quedar embarazadas y dar a luz lejos del país de origen.

Método: investigación cualitativa, once entrevistas realizadas en profundidad a estudiantes internacionales en una universidad federal en la región del Macizo de Baturité, Ceará (Brasil). Se utilizaron como referenciales teóricos los modelos de adaptación de Roy y el modelo de la universalidad y diversidad del cuidado cultural de Leininger para el análisis, basado en la teoría fundamentada en los datos.

Resultados: emergieron las siguientes categorías: *los retos en el embarazo y estudiar lejos de su país; empoderamiento y superación frente a los desafíos; y los diferentes cuidados y el choque cultural*, que abordó los aspectos relacionados con el contraste cultural con respecto al cuidado.

Conclusión: se constata que la vida de las madres estudiantes oriundas de otros países está repleta de desafíos. La mirada diferencial del equipo de salud posibilitaría la adaptación de prácticas para conservar la cultura de cada madre.

Descriptoros: Emigración e Inmigración; Embarazo; Estudiantes; Maternidad; Enfermería (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: this study aims to understand the experiences of international student mothers about getting pregnant and giving birth far from the country of origin.

Method: qualitative research, conducted in-depth interview with 11 international students at a federal university in the Baturité Massif region, Ceará (Brazil). The Royals' adaptation models and the Leininger cultural care universality and diversity model for the analysis based on the grounded theory were used as theoretical references.

Result: the following categories emerged: *the challenges of getting pregnant and studying away from their country; empowerment and overcoming challenges; and the different care and cultural shock*, which addressed aspects related to cultural contrast regarding care.

Conclusion: it is observed that the life of mothers students from other countries is full of challenges. The differential approach of the health team would allow the adaptation of practices to conserve each mother's culture.

Descriptors: Emigration and Immigration; Pregnancy; Students; Maternities; Nursing (source: DeCS, BIREME).

Introdução

O processo gestacional é um momento importante na vida da mulher, permeado por mudanças que demandam atenção especial, principalmente, no âmbito do autocuidado. Mudanças relevantes e inovadoras ocorrem, principalmente, no âmbito social no qual a mulher tem que cuidar de um “ser” totalmente dependente dela. Ademais, podem ocorrer concomitantemente mudanças na interação conjugal com o surgimento desse terceiro membro, bem como repercussões na vida profissional dessa mulher. Além disso, podem ser citadas, ainda, repercussões na vida estudantil devido às dificuldades de conciliação das atividades acadêmicas e maternas, sobretudo para aquelas que não possuem apoio por parte do companheiro ou que se encontram distantes da família, mesmo sabendo da necessidade de uma forte rede de apoio nesse momento (1, 2).

Do pré-natal ao puerpério fica evidente a intensificação de sentimentos profundos, por constituir uma fase vulnerável as crises construtivas são potencialmente positivas para a criação de vínculos, assim como para a transformação pessoal (3, 4). Logo, a gravidez e a maternidade são antropológicamente relevantes porque não incluem apenas fatores biológicos. Dimensões culturais, sociais, históricas e afetivas estão presentes da mesma forma nessa nova condição (5, 6).

No contexto do Maciço de Baturité, Ceará, região onde está localizada a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, instituição que recebe inúmeros estudantes advindos de países lusófonos parceiros, tanto do continente africano quanto asiático, em busca de um ensino superior de qualidade, tem sido observada, essa realidade com certa frequência. Sabe-se que o ato de engravidar longe do seu país e distante de sua família, pode ter implicações, principalmente culturais, bem como relacionada à saúde, tanto da mãe como de seu bebê (7-9). Haja vista a vulnerabilidade social e emocional que essas mulheres vivenciam. Acredita-se que o parto é considerado um evento positivo na vida de uma mulher, entretanto, pode ser um ponto de estresse psicológico e de angústia, especialmente, relacionado a esse contexto de imprevisibilidade no que diz respeito ao futuro.

Diante dessa realidade, e da escassez de publicações sobre a maternidade entre estudantes universitárias internacionais no Brasil, faz-se premente pesquisar esse fenômeno para que seja possível um melhor entendimento dos determinantes de saúde do binômio mãe-filho e da qualidade de vida dessa mulher-mãe-universitária.

Com base em tais informações, o presente estudo teve como objetivo compreender as experiências de mães estudantes internacionais acerca de engravidar e dar à luz longe do país de origem.

Método

Estudo de abordagem qualitativa de natureza descritiva, a partir do método da Teoria Fundamentada nos Dados, a qual busca compreender fenômenos baseados em experiências vivenciadas destacando os principais aspectos significativos, comparando, codificando e extraíndo das falas de cada indivíduo (8-10).

Utilizou-se como embasamento teórico a Teoria Transcultural de Leininger e a Teoria de Adaptação de Callista Roy. Para a teoria de Leininger, a Enfermagem é uma profissão que apresenta cuidados transculturais, pois se concentra no cuidado humano respeitando os aspectos culturais e estilos de vida (11). Nesse sentido, essa teoria busca valorizar os aspectos culturais para oferecer um cuidado de enfermagem coerente com a origem do indivíduo.

Já a Teoria de Adaptação de Callista Roy destaca que o indivíduo está inserido em um ambiente como um todo, sendo exposto, constantemente, a diversas circunstâncias. Para essa teoria, a Enfermagem é uma profissão focada nos cuidados de saúde com o intuito de promoção da adaptação dos indivíduos ou grupos aos quatro modos de adaptação (modo fisiológico, identidade do grupo de autoconceito, função do papel e interdependência) (12).

A coleta foi realizada nos meses de maio a julho de 2017, em uma universidade situada no Maciço de Baturité, no estado do Ceará, nordeste brasileiro. A qual conta com três *Campus*, sendo dois no Ceará e um na Bahia, dispo de cursos nas áreas das ciências sociais, da saúde e da natureza. Por conta de sua missão, acolhe alunos das diversas nacionalidades (Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Timor Leste) que compreende a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).

As participantes do estudo foram onze estudantes internacionais, que engravidaram e deram à luz durante a graduação, enquanto residiam no Brasil, ou seja, longe do seu país de origem. Como critérios de inclusão adotaram-se: acadêmicas que gestaram e deram à luz durante seu percurso acadêmico, que estavam regularmente matriculadas em quaisquer cursos da referida universidade. O critério de exclusão adotado foi: estudantes cujo filho veio a falecer.

Foi realizada com cada mãe uma entrevista semiestruturada em profundidade abordando os seguintes aspectos: experiência ao engravidar em um país distante do seu de origem; rede de apoio durante a gestação e parto; repercussões para a saúde da criança que nasce longe do país de origem de sua mãe e acesso aos serviços de saúde.

A duração das entrevistas variou de 20 a 30 minutos e foram realizadas em uma sala reservada no ambiente universitário. Além disso, vale ressaltar que essas entrevistas foram gravadas e transcritas em sua íntegra. Para preservar a identidade das participantes, foram utilizados nomes de flores africanas. Já com relação à determinação do número de sujeitos participantes, utilizou-se o critério de saturação de dados.

Os dados foram analisados em três etapas pautadas na teoria fundamentada nos dados, com as seguintes codificações: aberta, axial e seletiva (10). Inicialmente, a codificação aberta, momento no qual todas as entrevistas foram lidas e analisadas minuciosamente, destacando similaridades e possíveis diferenças de percepções. Em seguida, foi realizada a codificação axial, onde as falas destacadas na fase anterior foram reagrupadas conforme sua semelhança, dando origem a categorias. E por fim, procedeu-se à codificação seletiva, integrando e refinando as categorias já estabelecidas, por meio de pequenas expressões que fundamentam os resultados.

Neste aspecto, o pesquisador apresenta o modelo visual, o qual busca identificar o fenômeno central, as possíveis causalidades, contexto, determina estratégias e delinea consequências. Deste modo, essa teoria surge por meio de observações específicas e dos dados que são gerados (10).

Com a finalidade de respeitar todos os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, essa pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição proponente a qual foi aprovada com o parecer n.º 1.769.027.

Resultados

As participantes constituíram-se por onze mães acadêmicas, naturais de países africanos, sendo que sete provenientes de Guiné Bissau, duas de Angola e duas de São Tomé e Príncipe. A média da idade foi de 26 anos. Quanto ao estado civil, sete mencionaram união estável, duas casadas e duas solteiras. O tempo de residência no Brasil variou de onze meses a quatro anos. Em relação à quantidade de filhos, nove tinham apenas um filho, uma com dois e outra mãe com três filhos.

De acordo com a análise realizada, emergiu a categoria central das experiências de mulheres que engravidaram longe de seu país de origem somado ao fato de ser estudante, podendo ser organizadas nas seguintes categorias: *os desafios em engravidar e estudar longe de seu país; empoderamento e superação frente aos desafios; os diferentes cuidados e o choque cultural.*

Os desafios em engravidar e estudar longe de seu país

A gravidez sempre é um desafio, mesmo quando é planejada, possui apoio social e financeiro. Entretanto, essa situação pode contar com outros fatores que tornam esse processo ainda mais penoso, como é o caso das estudantes internacionais que vivenciam uma gravidez não planejada distante de seu contexto familiar. A notícia da gravidez, muitas vezes, vem acompanhada de espanto e desespero.

Chegar aqui e descobrir que você está grávida! É um susto! É uma experiência. Você se torna resistente, porque sabe que não tem ninguém próximo para te ajudar. Não vai ter mãe, irmã [...] É você sozinha! Eu não sabia como ia fazer, como ia ser [...] [Protea].

Eu vejo que é uma experiência muito difícil [...] eu me ver grávida e o pai do meu filho estar em Guiné Bissau. Eu fiquei aqui sozinha. Senti muita dificuldade na escola (faculdade), nas disciplinas [...] [Celosia].

Além disso, a vida acadêmica exige dedicação constante, assim como a rotina de ser mãe. Desse modo, elas buscam continuamente o equilíbrio. A realidade vivenciada torna-se algo difícil devido a circunstâncias externas como a relação conflituosa com professores, o isolamento social e a dificuldade de concentração para estudar.

A minha aprendizagem não é a mesma como antes. Antes eu tirava notas excelentes. Agora não. É 7, 6... porque eu não me dedico mais como antes, com o filho. Eu prejudiquei muito a minha formação. É isso que tá acontecendo comigo [Confete].

À noite ainda é mais difícil participar de algo da universidade. Porque é um valor mais caro para pagar a menina (babá). Não posso assistir uma palestra, porque não tenho com quem deixar a criança [Babiana].

Sabe-se que a vida acadêmica é composta por uma série de atividades tais como as tarefas extra sala de aula que envolve, frequentemente, encontros em grupos fora do horário previsto para as aulas.

Empoderamento e superação frente aos desafios

Em alguns casos, a gestação pode ser vista de outra maneira, de uma forma positiva, quando a mulher já vivenciou outra gestação antes da graduação. Apesar das dificuldades, para essas mulheres essa descoberta veio acompanhada com amadurecimento e segurança.

Como não foi o primeiro filho, foi uma experiência mais madura. Mas teve dificuldade também [...] [Trevol].

Eu tenho dois filhos, então eu cheguei aqui grávida, só que vim descobrir aqui. E minha irmã estava aqui na Bahia estudando.

Então, foi mais fácil para mim porque tinha um familiar aqui no país [Babiana].

Sabe-se que os impactos resultantes de uma gravidez não estão presentes somente no corpo da mãe, sendo muitas vezes, carregada de sentimentos que interferem na sua rotina. Entretanto, percebeu-se que, em alguns casos, a gravidez foi marcada pelo julgamento da sociedade e da própria família.

Assim, as pessoas ficam com a censura nos olhares, não falam nada, mas você é censurada na sociedade. Você veio aqui para estudar não para ter filho. É como se você não tivesse o direito de ter filho [Albizia].

A princípio eu não estava aceitando a gravidez, eu fiquei assustada. Eu estava pensando mais em minha formação. E também pensava na minha mãe. Vou ser sincera com vocês, veio na minha cabeça o aborto [Confete].

A necessidade de ir adiante requer que a pessoa tenha coragem e supere os percalços da vida, enfrentando os obstáculos e não estacionando em meio às dificuldades. Reconhecer que às vezes errou e buscar meios para resolver os problemas é fundamental para o seguimento menos atormentado da vida, conforme observou-se nas falas das participantes.

Porque se não fosse por essa superação, às vezes dá vontade de desistir de tudo, jogar tudo pro alto e voltar pro meu país, criar minha filha. Mas isso não é a solução [...] não é só porque você está grávida que você vai deixar de estudar, a diferença é que com esforço tudo dá certo [Albizia].

Ser mãe para mim foi a melhor decisão de minha vida, mesmo porque foi irresponsabilidade

minha, erro meu, e eu não vou tirar esse filho, ou abortar esse filho para fazer tipo o que a sociedade achar melhor [Fortuna].

Que para mim sofrimento e facilidade é tudo a mesma coisa [...] é muito difícil, essa coisa de ficar chorando no canto. Não resolve. Aí eu adquirei isso de seguir para frente, porque tudo vai dar certo [Protea].

Outro ponto identificado nas falas foi em relação às redes de apoio. Especificamente nesse contexto, as redes de apoio são fundamentais para a superação. Uma vez que estão distantes do círculo familiar, a busca pelo apoio de outros meios tais como amigos, vizinhos, professores, e os próprios companheiros se faz necessário.

As minhas amigas e o pai do meu filho me apoiaram. Foi muito importante para mim. Seis meses depois que cheguei aqui, descobri que estava grávida. Sem conhecer nada... então isso me estressava muito [Curcuma].

Recebi apoio dos amigos, dos colegas e dos próprios professores da universidade, apoio dos familiares do namorado, apoio da minha mãe [Clívia].

Encontrei apoio do meu marido, da minha família. Eles me aconselham, mas apoio financeiro, não. Só do meu marido [Fortuna].

Alguns depoimentos demonstram a dificuldade dessas jovens em lidar com a falta de apoio seja familiar ou do meio social inserido.

Eu encontrei muitas dificuldades também nesse período, né? Porque não recebi nenhum tipo de apoio... nem familiar, nem da universidade, nem de qualquer

coisa. A não ser, por exemplo, o auxílio que eu recebia [Retama].

As dificuldades que senti foi mais na amizade. As minhas amigas brasileiras e as do meu país também se afastaram depois que descobriram que eu estava grávida. Isso me afetou muito. Eu me senti só [Iris].

Percebe-se que as redes de apoio contribuem para que essas jovens sintam-se mais seguras para enfrentar qualquer adversidade. Além disso, alguns depoimentos também revelam o interesse em retornar ao seu país de origem após a conclusão do curso.

Meu esposo também me deu muita força. Aí eu falei: não vou desistir. Essa hora ele já saiu da aula e foi substituir a menina que cuida do bebê. Aí eu vou jantar e vou ficar com ele. Isso para não prejudicar nenhum a um nem ao outro [Iris].

Tudo isso, essa experiência não é fácil [...] mas estamos aqui. Temos que agradecer, estamos estudando. O que aprendemos de bom aqui vamos levar para nosso país [Retama].

Pelas entrevistas surgiram algumas informações relacionadas à dificuldade de encontrar um local para deixar a criança no momento das aulas e à carência de educação em saúde voltada, principalmente, para planejamento familiar e cuidados com recém-nascido.

A maior dificuldade é em estudar. Porque aqui não tem creche pra deixar a criança. Tem que encontrar uma pessoa de confiança pra pagar e não é muito barato. Tem gente que cobra 150, 200 para ficar [Babiana].

Eu estava aqui sem a família, sem orientação... as amigas daqui não tinham tido filhos antes. Estávamos na mesma posição. Ninguém sabia o que fazer, como cuidar [Curcuma].

Em relação aos métodos contraceptivos, a universidade deveria disponibilizar, ou pelo menos, realizar palestras. Porque não é que a gente não sabe, mas conhecimento nunca é demais [Garzânia].

Entretanto, a humanização no cuidado é destaque relevante na visão das participantes, visto que, foram bem acolhidas, receberam uma assistência gratuita e eficaz, quando comparada a assistência que poderiam receber em seu país de origem.

Em relação a minha gestação eu sou grata ao governo (Brasil), ao sistema de saúde. Eu ganhei experiência e, além disso, eu me senti feliz. Porque fui atendida muito bem. Minha gestação foi controlada [Fortuna].

Eu acho que foi bom ter meu filho aqui porque as condições de saúde lá em Angola são muito diferentes. Lá as pessoas são tratadas diferente. As pessoas só são bem tratadas se você paga. Não importa se é público ou privado [Confete].

Encontrei pessoas carinhosas. Porque lá no meu país só quem tem esse carinho é quem vai para o privado [Trevo].

Os diferentes cuidados e o choque cultural

Além dos desafios que se enfrentam por estar longe de casa, sem a família por perto, as estudantes precisam se adaptar à nova cultura. As participantes relataram diferenças culturais, principalmente, nos cuidados com o recém-nascido e no puerpério,

tais como o período de “resguardo”, o uso de plantas medicinais no banho da puérpera para “curar” as dores e as massagens na região abdominal com o intuito de eliminar os “restos de parto”.

No meu país, o bebê não pode sair de casa por quase um mês. Aqui é diferente. Já nasce e pode sair fora de casa, pode tomar ar, sol [Protea].

Uma coisa que eu vi diferença aqui foi com o tratamento do umbigo da criança. Me mandaram botar álcool a 70 %, já minha mãe, eu via ela cuidar dos meus irmãos, ela botava azeite. Mexia no umbigo e colocava um pano [...] aí acabei fazendo diferente do meu país [Confete].

O que você faz em casa é guardar o resguardo, única coisa que é que no sétimo dia a gente faz uma oração para abençoar, acho que aqui não fazem [Babiana].

Outra realidade que pode ser observada diz respeito aos cuidados após o parto. Verifica-se que a cultura brasileira mesmo tendo forte influência africana apresenta costumes que não se assemelham.

Lá no meu país, quando você tem bebê, você usa uma planta medicinal. Aqui tem, mas vocês não usam. O médico não aconselha [...] eu fiquei mais de 3 meses para ficar boa [Fortuna].

Aqui eles também disseram que não era para eu sentar na água quente. Aqui eles me mandaram chegar em casa e tomar só o banho frio [...] então eu vi como era diferente [Confete].

Senti falta que depois do parto costumamos fazer massagens.

Não importa se você fez o parto em casa ou no hospital. Minha mãe disse que a gente tem que apertar a barriga para sair algum resto (de parto) eu até tentei, mas não tinha ninguém para fazer [Trevo].

Discussão

A gravidez se caracteriza por significativas transformações na vida de uma mulher. Essas modificações, tanto físicas como psicológicas, podem vir acompanhadas de dúvidas e medos em relação ao contexto social e familiar da gestante (13, 14). Os depoimentos das participantes, em especial das primíparas, que tiveram seu filho de forma não planejada longe de seu país demonstram surpresa ao vivenciar essa experiência, principalmente, por desconhecerem como seria sua vida a partir desse contexto. Nesse aspecto, diversos sentimentos podem emergir ao longo da gravidez e, também, após o nascimento do bebê. Haja vista que se configura como um período de grandes adaptações (15, 16).

Nesse ínterim, acredita-se que um dos desafios para a enfermagem seja justamente a busca por medidas de adaptação para as diversas situações de acordo com a necessidade de cada usuário. Logo, utiliza-se o modelo de Adaptação de Roy (17). Percebe-se que, neste estudo, o modo de interdependência e o de papéis foram os que tiveram maior destaque. No caso do desempenho de interdependência, destacou-se o exercício satisfatório da maternidade (ser uma boa mãe) e o enfrentamento afetivo com a sociedade (compreensão, valor, respeito).

Já o desempenho de papéis surgiu no momento em que as estudantes vivenciavam o parto em um ambiente estranho, longe do seu ambiente familiar, além das dificuldades mencionadas em relação aos cuidados pós-parto e com o recém-nascido. Percebeu-se que algumas mães enfrentaram tais obstáculos sozinhas, outras com o companheiro, ou com o auxílio da vizinhança, mas, provavelmente, sem as devidas orientações. Por fim, observou-se que algumas tiveram o apoio da enfermeira da unidade básica de saúde.

Outro aspecto observado nas falas das participantes diz respeito ao surgimento de vários sentimentos como dúvidas e apreensões em relação a essa nova fase, uma vez que os depoimentos confirmam

questões citadas como solidão, inexperiência, falta de apoio emocional assim como financeiro.

Sabe-se que o apoio profissional é fundamental para que a mulher se sinta segura e acolhida. Neste contexto, destaca-se o acesso aos serviços de saúde. Entretanto, com relação a esse aspecto, um estudo realizado com 28 mulheres bolivianas em São Paulo, com objetivo de compreender a percepção dessas mulheres em relação ao sistema de saúde brasileiro, identificou que a maioria (52 %) mencionou dificuldades de comunicação com a equipe de saúde (18). Corroborando com estas informações, outro estudo realizado em uma maternidade no estado de São Paulo em 2015 informa que a comunicação é uma das principais barreiras no processo de aproximação entre as mulheres estrangeiras com os profissionais de saúde da referida instituição (19). Portanto, é relevante que toda a equipe de saúde possa buscar meios de promover uma comunicação eficaz e, desta forma, criar vínculos e proximidade com essas usuárias.

Em relação à conciliação dos estudos, verificou-se relatos sobre as tentativas para equilibrar as responsabilidades entre a vida acadêmica e os deveres maternos. Algumas estudantes, em particular primíparas, relataram o interesse em interromper os estudos e voltar para seu país de origem.

Estudo realizado em uma maternidade de São Carlos- SP com 165 adolescentes constatou que 52,7 % estavam estudando e apenas 30,9 % pretendiam retomar os estudos após a gravidez (20). Pode-se perceber que, apesar das entrevistadas não se enquadrarem nessa faixa etária, as dificuldades são equivalentes e relevantes do ponto de vista acadêmico.

A gravidez não planejada e os conflitos emocionais com o companheiro, a família e/ou o meio social podem ser uma fonte de estresse e trazer prejuízos para a aprendizagem. Além disso, essas mulheres são consideradas como pertencentes a grupos de risco devido à gravidez não planejada e a exposição a infecções sexualmente transmissíveis (21).

No tocante aos serviços de saúde brasileiros, ao realizar uma comparação com a maioria dos países lusófonos, observa-se que o Brasil ocupa uma posição pioneira no que diz respeito à prestação de serviço gratuito e humanizado, fato este destacado por seis participantes ao fazerem alusão ao acolhimento recebido nos serviços de saúde público (3). Nas falas de todas as participantes foram relatadas a satisfação de ter realizado o pré-natal sem custos.

Sabe-se que a maioria dos países do continente africano não dispõe de serviços de saúde totalmente gratuito, sendo necessário o pagamento de taxas para obtenção de um atendimento.

É importante ressaltar que, tornar-se mãe ou viver uma nova gravidez longe do seio familiar é um desafio para essas jovens mães. A grande maioria relata que o apoio encontrado se concentra na figura materna, amigas, incluindo vizinhança, e companheiro. Duas informaram o distanciamento de pessoas de seu convívio e familiares. Por fim, outras duas entrevistadas informaram a falta de um local ou uma pessoa de sua confiança para ficar com a criança no momento de aula ou estudos em grupo.

No caso de uma gravidez repentina, o apoio familiar e os contatos sociais funcionam como mecanismos de proteção mais efetivos (21). Ademais, essas redes de apoio são consideradas recursos importantes no cuidado à saúde e na adaptação à nova realidade da mãe. Por isso, a teoria da Adaptação ratifica a importância de se conhecer as situações vivenciadas para identificar mecanismos de enfrentamento.

Na categoria cuidado e cultura as falas remetem, principalmente, às experiências vividas no processo do parto e puerpério. Culturalmente, as entrevistadas percebem as diferenças tanto no cuidado em relação ao puerpério como nos cuidados com o recém-nascido. No que diz respeito à dimensão cultural, Madeleine Leininger, ao desenvolver a Teoria Transcultural, tinha como alvo considerar o impacto da cultura sobre a saúde e a vida das pessoas (22, 23). Essa teoria é uma proposta para compreender essas diferenças (24, 25).

Algumas mulheres citaram falta do uso de uma folha típica dos países africanos para realização do banho, o uso de água quente para o banho de assento e as massagens na barriga logo após o parto. Práticas que foram desconsideradas pela equipe de saúde. Segundo elas, esse costume é usado para proporcionar a “cura” do corpo e a retirada do “resto de parto”. Neste sentido, para que seja criado um vínculo sólido entre a mãe e os profissionais de saúde, faz-se necessário a confiança e a proximidade entre os envolvidos neste contexto. Além disso, os profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro, necessita conhecer a cultura do usuário para que, desta forma, possa estabelecer uma relação de parceria, troca e aprendizado (26, 27).

Ressalta-se, ainda, que não existe um local adequado para que as estudantes deixem seus filhos. Elas precisam pagar uma pessoa para que o filho não

fique sem cuidados. Entretanto, os custos ainda são elevados para essas estudantes. Além disso, essa “babá” permanece apenas no horário diurno.

Por fim, percebe-se nos depoimentos que não existe uma relação de proximidade com a universidade e que poucos professores atuam de forma acolhedora com essas mães. Ocorre a falta de integração entre as jovens mães e a unidade acadêmica o que se pode caracterizar como um desprovimento na rede de apoio.

Conclusão

Os achados dessa pesquisa mostram que a vida das mães estudantes oriundas de outros países é permeada de muitos sacrifícios. As redes de apoio que são formadas e fortalecidas ao decorrer da graduação são fundamentais para a superação das dificuldades. Além disso, a universidade pode, também, fazer parte dessa caminhada, realizando momentos de orientações sobre cuidados com a saúde, por exemplo, cuidados com recém-nascido. Por fim, o olhar diferencial da equipe de saúde possibilitaria a adoção de práticas para conservar a cultura de cada mãe. Um momento de acolhimento entre mãe-família-equipe de saúde proporcionaria a intervenção necessária sem romper com a autonomia das mães sobre esse momento vivido.

A limitação deste estudo consistiu na realização de uma amostragem por conveniência e o fato de a pesquisa ser unicêntrica. Assim, destaca-se ainda a necessidade de serem realizadas novas pesquisas nesse campo, de forma a direcionar o cuidado de enfermagem à criança e contribuir de forma positiva para o binômio mãe-filho.

Referências

- (1) Hiremath P. Need for psychological assessment during pregnancy - A nursing perspective. *Glob J Nurs Forensic Stud* [Internet]. 2016 [citado 2018 jun. 21];1(7):1-4. Disponível em: DOI: 10.4172/2572-0899.1000107
- (2) Bozhuk O. Defining of medical and psychological assistance volume to women with physiological pregnancy. *J Educ Health Sport* [Internet]. 2015 [citado 2018 jun. 21];5(5):86-100. Disponível em: <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%285%29%3A86-100>
- (3) Silva TC, Bisognin P, Prates LA, Bortoli CFC, Oliveira G, Ressel LB. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. *Recon* [Internet]. 2017 [citado 2017 set. 6];7(e1294):1-8. Disponível em: DOI: 10.19175/recom.v7i0.1294

- (4) Ngum-Chi Watts MC, Liamputtong P, Mcmichae C. Early motherhood: a qualitative study exploring the experiences of african australian teenage mothers in greater Melbourne, Australia. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 [citado 2018 jun. 21];15(873):2-11. Disponível em: DOI: 10.1186/s12889-015-2215-2
- (5) Leite MG, Rodrigues DP, Sousa AAS, Melo LPT, Fialho AVM. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicol Estud* [Internet]. 2014 [citado 2017 set. 5];19(1):115-24. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-7372217650011>
- (6) Menezes RS, Santos TS, Veloso NO, Freitas VN, Santos MS, Mohamed AAR. Maternidade, trabalho e formação: lidando com a necessidade de deixar os filhos. *Constr Psicopedag* [Internet]. 2012 [citado 2017 set. 8];20(21):23-47. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp/v20n21/03.pdf>
- (7) Topa J, Neves S, Nogueira C. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. *Saúde Soc* [Internet]. 2013 [citado 2017 set. 8];22(2):328-41. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200006>
- (8) Gomes IM, Hermann AP, Wolff LDG, Peres AM, Lacerda MR. Teoria fundamentada nos dados na enfermagem: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2015 [citado 2017 out. 23];9(supl. 1):466-74. Disponível em: DOI: 10.5935/1414-8145.20160056
- (9) Alves CN, Wilhelm LN, Barreto CN, Santos CC, Meincke SMK, Ressel LB. Prenatal care and culture: an interface in nursing practice. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [citado 2017 out. 23];19(2):265-71. Disponível em: DOI: 10.5935/1414-8145.20150035
- (10) Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2.ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- (11) Cortez EMA, Zagonel IPS. Implicações culturais no planejamento familiar e qualidade de vida da mulher/família e a teoria de Leininger. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2018 ago. 28];16(2):296-302. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i2.21818>
- (12) Mcewen M, Wills EM. Bases teóricas para enfermagem. 2.a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- (13) Favero L, Pagliuca LMF, Lacerda MR. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [citado 2017 out. 24];47(2):500-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/32.pdf>
- (14) Blanc BFL, Baeza MMR, Castel EC. Aproximaciones teóricas a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional desde la perspectiva enfermera. *Index Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2017 out. 24];24(3):149-53. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000200007>
- (15) Norse JN. Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qualit Health Res* [Internet]. 2015 [citado 2017 out. 24];25(9):1212-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049732315588501>
- (16) Ibiapina LG, Nery IS, Rocha SS, Nogueira LT, Araújo AKL, Santiago AKC. Assistência de enfermagem às adolescentes gestantes sob a ótica de Callista Roy. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [citado 2017 out. 25];7(3/4):46-50. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/915/345>
- (17) George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4.ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- (18) Ramos JMF, Consuegra RVG, Urrego KAG. Modelo de adaptação de Roy no banho de leito. *Av Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago. 18];34(3):215-25. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n3.48780>
- (19) Waldman TC. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *R Disan* [Internet]. 2011 [citado 2018 ago. 18];12(1):90-114. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v12i1p90-114>
- (20) Beretta MIR, Clápis CV, Oliveira-Neto LA, Freitas MA, Dupas G, Ruggiero SEM et al. A contextualização da gravidez na adolescência em uma maternidade de São Carlos/SP. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2011 [citado 2018 ago. 17];13(1):90-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8128>
- (21) Castro CM, Oliveira RC, Custódio MCS. Atenção ao parto de mulheres estrangeiras em uma maternidade pública de São Paulo. *Civitas* [Internet]. 2015 [citado 2017 out. 28];15(2):59-74. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17563>
- (22) Sarnquist C, Sinclair J, Mboya BO, Langat N, Paiva L, Halpern-Felsher B. Evidence that classroom-based behavioral interventions reduce pregnancy-related school dropout among Nairobi adolescents. *Health Educ Behav* [Internet]. 2016 [citado 2017 nov. 1];44(2):297-303. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1177/1090198116657777>
- (23) Santos CC, Wilhelm LA, Alves CN, Cremoneses L, Castiglioni CM, Venturini L, Junges CF, Ressel LBA. A vivência da gravidez na adolescência no âmbito familiar e social. *Rev Enferm UFMS* [Internet]. 2014 [citado 2017 nov. 1];4(1):105-12. Disponível em: DOI: 10.5902/217976929860
- (24) Castellanos BE, Paravic-Klijn T. La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. *Revenf* [Internet]. 2017 [citado 2018 ago. 17];33(1):141-5. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.15517/revenf.voi33.29627>
- (25) Szylyt BR, Kátia P, Cruz DALM. Nursing concepts and theories. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [citado 2017 nov. 22];48(1):141-5. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100018>
- (26) Pasche DF, Vilela MEA, Giovanni M, Almeida PVB, Franco-Netto TL. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. *Divulg Saúde Debate* [Internet]. 2014 [citado 2017 nov. 1];52(1):58-71. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-774070>
- (27) Wilhelm LA, Alves CN, Demori CC, Silva SC, Meincke SMK, Resse LR. Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2015 [citado 2017 nov. 1];14(3):284-93. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20155206>

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 pagos por promotores comerciais—; autores *convidados*, que não fazem nenhuma contribuição discernível, mas que são nomeados para aumentar as possibilidades de publicação; e autorias *honorárias*, que se baseiam unicamente em uma afiliação tênue com um estudo.

Recomendações:

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

3. Mudanças na autoria

Critérios:

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

4. Conflito de interesses

Critérios:

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

Recomendações:

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

5. Publicação duplicada

Critérios:

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

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

Recomendações:

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

6. Reconhecimento das fontes

Critérios:

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

7. Fraude científica

Critérios:

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

Recomendações:

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

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

8. Plágio

Critérios:

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

Recomendações:

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

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

9. Fragmentação

Critérios:

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

Recomendações

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

10. Consentimento informado

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

11. Correção de artigos publicados

Critério:

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

Bibliografia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Instruções para os autores

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

Tipos de artigos para publicação (segundo Colciencias)

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

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

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

Outras contribuições não derivadas de pesquisas

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

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

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

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

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

Crítérios de elegibilidade dos artigos

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

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

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

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

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

Informação do autor

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

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

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

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

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

Processo de seleção e revisão de artigos

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

1. Todos os artigos encaminhados ao Comitê Editorial da revista são revisados inicialmente pelo/a Editor/a Assistente a fim de verificar o grau de cumprimento com os elementos formais requeridos nas *Instruções para os autores*. Caso o artigo não obedecer esses critérios, o documento será rejeitado para continuar o processo de avaliação. Se as falências forem mínimas, o escrito será devuelto ao seu autor, especificando as fraquezas de forma encontradas na primeira avaliação, com indicação de corrigi-las antes de continuar o processo.
2. Caso contrário, quando o artigo cumpre com os requerimentos formais, o documento será submetido ao sistema anti-plágio da revista, e se fará um exaustivo seguimento das referências bibliográficas, depois o/s autor/es receberão uma notificação de recebido por meio eletrônico.
3. Logo depois, o artigo se remite ao Comitê Editorial para designar dois (2) pares avaliadores para sua revisão, ambos com grande saber notório na área do artigo. Se o artigo é avaliado positivamente por um avaliador e negativamente por outro, designa-se um terceiro, e com base no seu conceito se decide

a inclusão do documento na publicação. A identidade do autor do artigo não é revelada aos pares avaliadores e também não a destes ao primeiro. O prazo para a emissão de conceitos que se dão aos pares avaliadores será de quinze (15) dias calendário e será notificada a cada par avaliador a data estimada de recepção do conceito.

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

Requisitos para apresentação de artigos

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

- Certificados de Atribuição de Direitos e Originalidade: os artigos deverão ser enviados com um curriculum vitae dos autores e uma carta afirmando que os materiais são inéditos, quer dizer, originais, e que cedem todos os direitos patrimoniais do artigo à Universidad Nacional de Colombia. Para isso de-

vem preencher os formatos na lista de verificação para a preparação de envios, no seguinte enlace: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/about/submissions#authorGuidelines>

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

Capa

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

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

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

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

Subvenções e subsídios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Artigo de revista*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título do artigo. Abreviatura internacional do título do periódico. Ano; volume(número);página inicial-final. Quando o artigo tiver mais de seis autores as palavras *et al.* serão escritas após o sexto autor.
- *Livros e monografias*: Sobrenome, duas iniciais dos nomes dos autores. Título. Edição. Local de publicação (cidade): editora; ano.
- *Capítulo de livro*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do capítulo. Título do capítulo. Palavra "Em":sobrenome e duas iniciais dos nomes do diretor/coordenador/editor/compilador do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação (cidade): editora; ano. Página inicial-final do capítulo.
- *Palestras*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do trabalho. Título da palestra. Palavra "Em": título oficial do congresso, simpósio ou seminário. Local de publicação (cidade): editora; ano. Página inicial-final da palestra.
- *Artigo de revista on-line*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do artigo. Título do artigo. Título abreviado do periódico [periódico na Internet]. Ano [dia mês (abreviado) ano de consulta];volume(número);página inicial-final. "Disponível em: (URL/doi)"
- *Livro ou monografia on-line*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título [documento em Internet]. Edição. Local de publicação (cidade): editora; data de publicação [dia mês (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.