

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

Universidad Nacional de Colombia,
Colombia

Lina María Perilla-Rodríguez, Ph.D.
EDITORA ASISTENTE
Universidad Nacional de Colombia,
Colombia

COMITÉ EDITORIAL

Virginia Inés Soto Lesmes, Ph.D.
DIRECTORA DE LA DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN

Celmira Laza Vásquez, Mg.
Universidad Nacional de Colombia,
Colombia

Ángela María Salazar Maya, Ph.D.
Universidad de Antioquia, Colombia

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,
Colombia

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

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

Dirce Stein Backes, Ph.D.
Universidade Franciscana, Brasil

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

COMITÉ CIENTÍFICO

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

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

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

**María de los Ángeles Rodríguez
Gázquez, Ph.D.**
Universidad de Antioquia, Colombia

Zuleima Cogollo Milanés, Ph.D.
Universidad de Cartagena, Colombia

EQUIPO TÉCNICO

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

**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 artículos científicos 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 artigos 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

- Mg. LUIS DAZA CASTILLO**
Universidad Manuela Beltrán, Colombia
- DRA. BARBARA POMPEU CHRISTOVAM**
Universidade Federal Fluminense, Brasil
- DRA. ADRIANA ANTONIETA RIVERA LERSUNDI**
Universidad Santiago de Chile, Chile
- Mg. SUSANA GENITH VALENCIA MICOLTA**
Universidad Santiago de Cali, Colombia
- DR. RAPHAEL DIAS DE MELLO PEREIRA**
Centro Federal de Educação Tecnológica
Celso Suckow da Fonseca, Brasil
- Mg. PATRÍCIA ALVES PAIVA**
Unimontes, Universidade Estadual de Montes
Claros, Brasil
- Mg. JAMESON MOREIRA BELÉM**
Universidade Regional do Cariri, Brasil
- DRA. ADRIANE CRISTINA BERNAT KOLANKIEWICZ**
Universidade Regional do Estado do Rio
Grande do Sul, Brasil
- DRA. SABRINA AYD PEREIRA JOSÉ**
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
- DRA. KISNA YASMIN ANDRADE ALVES**
Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Brasil
- Mg. FREDY DUVAN TAMAYO BOTERO**
Universidad de Antioquia, Colombia
- DRA. ROBERTA DE ARAÚJO E SILVA**
Universidade Federal do Maranhão, Brasil
- Mg. AUGUSTO CEZAR ANTUNES DE ARAUJO FILHO**
Universidade Federal do Piauí, Brasil
- DR. ANTONIO HERRERA GÓMEZ**
Universidad de Granada, España
- DRA. REJANE MARIE DAVIM**
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
- Mg. FRANCISCO PALENCIA SÁNCHEZ**
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia
- Mg. ICARO J. S. RIBEIRO**
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil
- Mg. JENNIFER ROJAS REYES**
Universidad Nacional de Colombia, Colombia
- Mg. FRANCISCA MARTA DE LIMA COSTA**
Universidade Potiguar, Brasil
- DR. EDUARDO TAVARES GOMES**
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil
- Mg. ALESSANDRA JARDIM**
Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, 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 xxxvii n.º 1 enero - abril 2019

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

- 7 **Programa de residencia para enfermeros: transformando saberes, prácticas y contextos organizacionales**

Rosana Maria de Oliveira Silva, Gilberto Tadeu Reis da Silva, Josicélia Dumet Fernandes

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

- 9 **Competencia cultural de enfermeras en salud pública con población indígena**

Competência cultural de enfermeiras em saúde pública com população indígena

Cultural competence of nurses in public health with indigenous population

Liliana Orozco Castillo, Lucero López-Díaz

- 19 **Avaliação clínica e epidemiológica do paciente com feridas em uma unidade prisional do Estado de São Paulo**

Evaluación clínica y epidemiológica de pacientes con heridas en una unidad penitenciaria del estado de São Paulo

Clinical and epidemiological evaluation of patients with wounds in a prison unit in the State of São Paulo

Silmara Jorge Garcia, Daniela Tinti Moreira Borges, Leila Blanes, Lydia Masako Ferreira

- 27 **O acompanhante do paciente oncológico em fase terminal: percepção do técnico de enfermagem**

El acompañante del paciente oncológico en fase terminal: percepción del técnico de enfermería

The companion of cancer patient in terminal stage: perception of the nursing technician

Juliana Felipelli Bernardes, Frederico Francisco Nolasco, Alessandra Silva Lima Jardim, Genilton Rodrigues Cunha, Isabela Mie Takeshita, Renata Adriana de Araújo Barroso

- 38 **Microcefalia relacionada ao vírus Zika e dinâmica familiar: perspectiva da mãe**

Microcefalia relacionada con el virus Zika y dinámica familiar: perspectiva de la madre

Microcephaly related to Zika virus and family dynamics: perspective of the mother

Agna Soares da Silva Menezes, Maria José Soares Alves, Thalita Pereira Gomes, João Alves Pereira

- 47 **A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil**

La práctica de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor de parto en un hospital universitario en Brasil

The practical of non-pharmacological methods for relieving the pain of childbirth in a university hospital in Brazil

Karem Cristina Mielke, Helga Geremias Gouveia, Annelise de Carvalho Gonçalves

- 56 **Interrupções no trabalho da enfermagem como fator de risco para erros de medicação**

Interrupciones en el trabajo de enfermería como factor de riesgo para errores de medicación

Interruptions in the work of nursing as a risk factor for medication errors

Breno de Sousa Santana, Bárbara Soares Rodrigues, Marina Morato Stival, Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem, Luciano Ramos de Lima, Cris Renata Grou Volpe

- 65 **Percepção del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería**

Percepção do paciente crítico sobre os comportamentos de cuidado humanizado de enfermagem

Perception of the critical patient on the behavior of humanized nursing care

Zuli Milena Joven, Sandra Rocio Guáqueta Parada

- 75 **Prevalência de persistência do canal arterial em neonatos em um hospital público**
Prevalencia de persistencia del canal arterial en neonatos en un hospital público
Prevalence of persistence of the arterial canal in newborns in a public hospital
Bárbara Michelle Athayde Nascimento, Wiliana Rodrigues da Silva, Pâmela Scarlatt Durães Oliveira, Tadeu Nunes Ferreira
- 83 **Clima de segurança em terapia intensiva para adultos: foco nos profissionais de enfermagem**
Clima de seguridad en terapia intensiva para adultos: foco en los profesionales de enfermería
Climate of safety in intensive therapy for adults: focus on nursing professionals
Verusca Soares de Souza, Neide Derenzo, Maria Antônia Ramos Costa, Renata Rodrigues Mendonça, Wesley Luiz Ferreira de Lima, Laura Misue Matsuda
- ARTÍCULO DE REFLEXIÓN NO DERIVADO DE INVESTIGACIÓN
- 92 **Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira**
Reflexión sobre el control del acceso de quilombolas a la salud pública brasileña
Reflection on control of Quilombola access to Brazilian public health
Claudio Bispo de Almeida, André Souza dos Santos, Alba Benemérita Alves Vilela, Cezar Augusto Casotti

Programa de residencia para enfermeros: transformando saberes, prácticas y contextos organizacionales

1 Rosana Maria de Oliveira Silva

Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem (Salvador, Brasil).
ORCID: 0000-0003-3371-6550
Correo electrónico: rosanaosilva@hotmail.com

2 Gilberto Tadeu Reis da Silva

Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem (Salvador, Brasil).
ORCID: 0000-0002-0595-0780
Correo electrónico: gilberto.tadeu@ufba.br

3 Josicélia Dumet Fernandes

Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Educação, Ética e Exercício da Enfermagem (Salvador, Brasil).
ORCID: 0000-0003-2946-5314
Correo electrónico: dumet@ufba.br

Cómo citar: Silva R, Silva G, & Fernandes J. Programa de residencia para enfermeros: transformando saberes, prácticas y contextos organizacionales. *Av Enferm*. [2019] 37(1): 7-8.
DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.79250>

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.79250>

El rápido proceso de cambio y circulación del conocimiento incluyendo las exigencias crecientes de la sociedad en relación con la calidad en los servicios y la expansión de programas de pregrado, trae consecuencias inmediatas para el área de la educación, entre estas, la necesidad de permanente formación de los profesionales. Esa necesidad es un desafío vigente de las instituciones educativas.

La transformación continua de ese conocimiento que se asocia al incremento de la competitividad por un cupo en el mercado laboral demanda de los profesionales del área de la salud, una constante capacitación que les permita adaptarse a los cambios físicos, biológicos, psíquicos, espirituales, culturales y ambientales del mundo globalizado (1).

Es entonces prioritaria la existencia de profesionales capaces de asumir responsabilidades y tomar decisiones en busca de solucionar situaciones complejas. En específico en enfermería, se requieren enfermeros calificados y competentes para que actúen según las exigencias de las organizaciones y los usuarios.

Así, la continuidad de formación a través de cursos de posgrado hacen la diferencia, se constituyen en un prerrequisito indispensable para la diferenciación y visibilidad del profesional al postularse a vacantes en el mercado laboral y facilitan o no el ascenso y mantenimiento del profesional en su puesto de trabajo.

Los cursos en el formato de residencia para enfermeros que emergieron de la necesidad de formar profesionales capacitados para actuar en áreas de especialidad, son cursos poco difundidos aunque vienen expendiéndose por el mundo. Su objetivo es mejorar las habilidades técnicas del enfermero, desarrollar raciocinio clínico, preparar para la toma de decisiones, incentivar la valorización de los factores somáticos, psicológicos y sociales intervinientes en el proceso salud-enfermedad y en el cuidado; ejecutar acciones para la promoción y recuperación de la salud; integrar al enfermero en el equipo de trabajo en salud y estimular a este para que sea protagonista de su aprendizaje (2).

Para la puesta en marcha de este tipo de formación son indispensables convenios entre las instituciones de educación y la red prestadora de servicios de salud pública, privada o filantrópica para que dispongan escenarios para el despliegue del entrenamiento en servicio (3, 4).

Los componentes fundamentales de un programa de residencia son: socialización, reflexión, delegación, calidad, práctica basada en evidencias y gerencia de conflictos (5). El proceso de enseñanza-aprendizaje ocurre con enfoque en el protagonismo del alumno para el desarrollo de actividades prácticas, pasantías, con el uso de metodologías activas, y la educación permanente como eje pedagógico. Además, tiene dos vertientes: orientación de la clínica —que aborda el entrenamiento

en el contexto de la práctica clínica— y contenido teórico, que engloba el desarrollo profesional, los conceptos y las habilidades.

Lo que enriquece esa modalidad de formación es la posibilidad de promover cambios en el contexto asistencial y para actuar de manera integral, multidisciplinaria e interdisciplinaria de conformidad con las necesidades locales y regionales en la perspectiva del alcance de la integralidad del cuidado (6).

El acompañamiento de los alumnos durante la residencia se realiza en tres aspectos: gestión de los programas, preceptoría y tutoría. La gestión de los programas se encarga del acompañamiento macro, la preceptoría es responsable por el acompañamiento en las pasantías y la tutoría es realizada por un docente que establece el puente entre las instituciones de educación y las asistenciales más allá del acompañamiento de las actividades teóricas y evaluación de los programas.

La residencia proporciona a los enfermeros profundización del conocimiento técnico y científico; desarrollo de competencias técnicas; obtención de seguridad para la asistencia de enfermería; preparación para cargos de liderazgo y jefatura; adquisición de empleos más valorados en el mercado laboral; comprensión de las innovaciones tecnológicas; estímulo al pensamiento crítico; capacidad de gestionar el estrés; habilidades para resolver problemas y, consecuentemente, aumento de la calidad de los cuidados de enfermería (7-12). Y a las organizaciones brinda la mejora de la calidad de la asistencia y la disminución de las tasas de rotación del personal (3). Al retener profesionales egresados de programas de residencia las organizaciones economizan recursos financieros significativos y maximizan sus activos al contar con personas altamente calificadas.

Se comprende que la formación que ofrecen los programas de residencia profesional, surge del proceso de construcción de saberes multiprofesionales que favorecen de diversos modos la cualificación de los profesionales y de la red de atención en salud. Al proponer este tema como editorial estamos evidenciando tal contribución para la formación de enfermeras y enfermeros.

Referencias

(1) Silva ROS, Luz MDA, Fernandes JD, Silva LS, Cordeiro ALAO, Mota LSR. Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2018 [citado 2019 abr. 4];1V(16):147-54. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV17076>

(2) Anderson G, Hair C, Todero C. Nurse residency programs: an evidence-based review of the theory, process, and outcomes. *J Prof Nurs* [Internet]. 2012 [citado 2019 abr. 5];28(4):203-12. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.020>

(3) Silva LS. Contribuição da residência em enfermagem para as organizações hospitalares [tese de mestrado]. [Salvador]: Universidade Federal da Bahia; 2016.

(4) Sassi MM, Machado RR. Residência multiprofissional em urgência e emergência: a visão do profissional de saúde residente. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2017 [citado 2016 abr. 4];11(2):785-91. Disponible en: DOI: [DOI: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201736](https://doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201736)

(5) Cline D, La Frenz K, Fellman B, Summers B, Brassil K. Longitudinal outcomes of an institutionally developed nurse residency program. *J Nurs Adm* [Internet]. 2017 [citado 2019 abr. 7];47(7-8):384-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000500>

(6) Pereira ALF, Mouta RJO, Barbosa DSP. El proceso de creación del curso de especialización en Enfermería Obstétrica, modalidad de residencia, en la red municipal de salud de Rio de Janeiro, Brasil. *Cult Cuid* [Internet]. 2018 [citado 2019 abr. 4];22(51):114-23. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.51.13>

(7) Carbogim FC, Santos KB, Alves MS, Silva GA. Residência em enfermagem: a experiência de Juiz de Fora do ponto de vista dos residentes. *Revista APS* [Internet]. 2010 [citado 2019 abr. 4];13(2):245-9. Disponible en: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/14422/7783>

(8) Cheade MFM, Frota OP, Loureiro MDR, Quintanilha ACF. Residência multiprofissional em saúde: em busca da integralidade. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2019 abr. 6];18(3):592-5. Disponible en: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46360/27850>

(9) Silva RMO, Cordeiro ALAO, Fernandes JD, Silva LS, Teixeira GAS. Contribution of a residency specialization program to professional know-how. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2019 abr. 4];27(4):362-6. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400060>

(10) Maxwell KL. The implementation of the UHC/AACN new graduate nurse residency program in a community hospital. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2011 [citado 2019 abr. 6];46(1):27-33. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2010.10.013>

(11) Johnson A, Salisbury H, Johannsson M, Barajas K. Emergency nurse residency program evaluation. *J Nurses Prof Dev*. 2013;29(5):233-7.

(12) Herdrich B, Lindsay A. Nurse residency programs: redesigning the transition into practice. *J Nurses Staff Dev*. 2006;22(2):55-62.

Competencia cultural de enfermeras en salud pública con población indígena

Competência cultural de enfermeiras em saúde pública com população indígena

Cultural competence of nurses in public health with indigenous population

*Investigación derivada de la tesis doctoral "Competencia cultural en profesionales de enfermería en salud pública cuando cuida a la población indígena y la percepción de ambos frente al cuidado realizado y recibido".

Cómo citar: Orozco CL, López-Díaz. Competencia cultural de enfermeras en salud pública con población indígena. *Av Enferm* [Internet];2019;37(1):9-18. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.68513>

1 Liliana Orozco Castillo

Universidad de Caldas. Manizales, Colombia.
ORCID: 0000-0002-8686-6168
Correo electrónico: liliana.orozco@ucaldas.edu.co
Contribución: todo el proceso investigativo.

2 Lucero López-Díaz

Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia
ORCID: 0000-0002-2157-763
Correo electrónico: allopezdi@unal.edu.co
Contribución: todo el proceso investigativo.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.68513>

Recibido: 26/10/2017 Aprobado: 03/09/2018



Resumen

Objetivo: identificar elementos de competencia cultural (CC) en las enfermeras en salud pública (ESP) cuando cuidan a población indígena emberá-chamí.

Metodología: etnografía interpretativa con observación participante y entrevistas en profundidad a diez colaboradores. Análisis de datos basado en la propuesta de Leininger con apoyo de los programas ATLAS.ti y Excel.

Resultados: el patrón cultural permite identificar la capacidad de las ESP para analizar su propia cultura, conocer, comprender e interactuar con la cultura del indígena y mediar a través de comunicación caracterizada por empatía, adaptación del lenguaje verbal y no verbal que evidencian respeto por la singularidad indígena, en un contexto de armonía con las políticas institucionales basadas en la cultura indígena.

Conclusión: la CC de ESP es un proceso amplio, tanto de ESP con la comunidad como de la articulación con políticas institucionales para atender la cosmovisión indígena.

Descriptor: Competencia Cultural; Enfermería Transcultural; Enfermeras en Salud Pública; Grupos Poblacionales (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Objetivo: identificar elementos de competência cultural (CC) das enfermeiras da saúde pública (ESP) quando atendem à população indígena emberá-chamí.

Metodologia: etnografia interpretativa com observação participante e entrevistas em profundidade com dez colaboradores. Análise de dados baseada na proposta de Leininger com apoio nos programas ATLAS.ti e Excel.

Resultados: o padrão cultural identifica a capacidade de ESP para analisar a sua própria cultura, conhecer, compreender e interagir com a cultura do indígena e mediar através da comunicação, caracterizada pela empatia, a adaptação da linguagem verbal e não verbal, mostrando respeito pela singularidade dos indígenas em um contexto de harmonia com as políticas institucionais baseadas nas culturas indígenas.

Conclusão: a CC das ESP é um processo amplo, não apenas de ESP com os indígenas, mas de articulação com políticas institucionais para abordar a visão do mundo indígena.

Descriptor: Competência Cultural; Enfermagem Transcultural; Enfermeiras de Saúde Pública; Grupos Populacionais (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to identify elements of cultural competence (CC) in Public Health Nurses (PHN) when they care for indigenous embera-chami.

Methodology: interpretive ethnography with participant observation and deep interviews with ten contributors. Analysis of data based on the proposal Leininger with support of the ATLAS.ti and Excel programs.

Results: the cultural pattern allows for identifying the PHN ability to analyze their own culture, to know, understand and interact with the indigenous culture and mediate through communication characterized by empathy, adaptation of verbal and non-verbal language, aspects that show respect for the indigenous singularity, in a context of harmony with the institutional policies based on indigenous culture.

Conclusion: CC of PHN is a broad process, both PHN with the community and the articulation with institutional policies addressing the indigenous world view.

Descriptors: Cultural Competency; Transcultural Nursing; Nurses, Public Health; Population Groups (source: DeCS, BIREME).

Introducción

Las enfermeras en salud pública (ESP) tienen un importante rol para las comunidades indígenas, puesto que estas últimas experimentan disparidades en salud al afrontar discriminación, pobreza, exclusión y escasa atención sanitaria (1). Hay indígenas en más de 70 países, y conforman el 5 % de la población mundial y el 15 % de los pobres en el planeta. En América Latina se reconocen aproximadamente 248 pueblos indígenas. En Colombia son 84 etnias y 80 % están en niveles bajos y muy bajos de riqueza (2).

Aunque se reporta legislación internacional (3) y nacional (4) relacionada con los temas de la salud para población indígena, que incentiva la prestación de servicios sanitarios diferenciales con articulación de la cosmovisión y prácticas tradicionales autóctonas como factor importante del proceso salud-enfermedad, la atención en salud no se basa usualmente en las características propias de cada comunidad ni tiene en cuenta sus especificidades culturales, lengua y concepción global del universo (1).

La competencia cultural (cc) de las ESP aplicada a poblaciones vulnerables como la indígena es una necesidad apremiante que requiere comprensión y conocimiento constante de la cultura del grupo; además de que exista conciencia, sensibilidad, respeto y compasión por las características singulares y colectivas. Así, se superan prácticas y actitudes discriminatorias hacia estas poblaciones (5, 6).

Resulta trascendental enfocarse en la cc para los grupos indígenas porque puede influir en la construcción de experiencias que permitan llevar a plenitud la diversidad cultural en la atención sanitaria (7), optimizar la comunicación y negociación para mayores resultados (8) y mejorar el empoderamiento de las comunidades y satisfacción con la prestación de los servicios de salud (9).

Estudios cuantitativos internacionales sobre cc con enfermeras apuntan a niveles moderados a altos (10, 11). En Colombia, la medición confiable de cc está en ciernes (12, 13). Asimismo, un estudio cualitativo devela una incipiente cc (14). Se critican los instrumentos de cc porque captan el sentir y el pensar del

profesional y pueden inducir a sesgos. Igualmente, se invita a contrastar la cc con la mirada del receptor del cuidado (10, 15). Este artículo tiene como propósito aportar evidencia en cc con un grupo vulnerable, al identificar elementos de cc de ESP cuando cuidan a la población indígena emberá-chamí.

Metodología

Etnografía interpretativa realizada con ESP que atendían población emberá-chamí de Riosucio, Caldas. Muestreo intencional que contó con siete colaboradores generales, líderes de la comunidad y tres colaboradores clave ESP: dos mujeres y un hombre, mestizos entre 32 y 39 años. Las mujeres contaban con arraigos familiares en el municipio, pues sus padres vivieron allí por más de sesenta años. El tiempo de trabajo en la institución oscila entre ocho meses y dos años, ninguno contaba con formación en cc, y todos se eligieron según los criterios de inclusión: colombianos, profesionales de enfermería con experiencia de al menos seis meses en la institución prestadora de servicios de salud (IPS) seleccionada.

El pueblo emberá-chamí de Caldas, Colombia, se asienta en diez municipios y está representado por quince cabildos y diferentes organizaciones regionales encargadas de tomar decisiones comunitarias. Cuenta con parteras, médicos tradicionales, sobanderos y curanderos. Antes del aval de los líderes indígenas se articuló el trabajo de campo con la IPS de primer nivel de atención con lineamientos interculturales que atiende la población emberá-chamí en Riosucio, con quien se realizó el estudio principal y del cual se presenta uno de los objetivos en esta publicación.

Previo entrenamiento de LLD¹, experta en etnografía, a LOC, estudiante de doctorado, mestiza y con experiencia en salud pública y trabajo con indígenas del Vaupés, se llevó a cabo observación participante (OP) durante las consultas de ESP en planificación familiar, control de crecimiento/desarrollo e hipertensión arterial en la cabecera municipal y tres veredas donde además se compartió con parteras y médicos tradicionales indígenas. Hubo registro fotoetnográfico y en diarios de campo. Las entrevistas etnográficas con ESP se efectuaron en lugares como cafeterías o el hogar, obteniendo 480 minutos de grabación. Las preguntas fueron modificadas según la etapa investigativa, con el fin de abarcar el quehacer cotidiano, el sentir y las creencias. Se pudo validar información de la OP.

¹ LLD y LOC corresponden a las siglas de los nombres de las investigadoras y autoras.

Las grabaciones transcritas textualmente, así como las fotografías etnográficas que permitían ampliar información y diarios de campo se analizaron en espiral con la propuesta de Leininger (16) y con ayuda de los *softwares* ATLAS.ti y Excel hasta alcanzar la saturación de datos. Se generaron categorías y agruparon en un trabajo de reflexividad y consenso entre las autoras. La perspectiva 'émica' (colaborador) y la 'ética' (investigador) fueron necesarias para los procesos de interpretación. Se mantuvo esa conjunción de perspectivas en los dos patrones culturales emergentes del estudio principal y se expone uno porque responde al objetivo de esta publicación. Los datos se sometieron en diversos momentos al grupo de investigación y dos ESP clave hicieron la validación de los resultados finales con sugerencias de lenguaje; así, se promovieron la audibilidad y la credibilidad del proceso.

Se obtuvo permiso de las organizaciones indígenas y la alcaldía municipal y aval ético de la Universidad Nacional de Colombia. Los colaboradores firmaron el consentimiento informado y se identificaron con seudónimos (ESP = E) para mantener la confidencialidad. Como parte de la reciprocidad en acto público con líderes, colaboradores y comunidad se presentaron los resultados.

Resultados y discusión

El patrón consta de cuatro categorías y ocho subcategorías en las que es posible reconocer elementos de CC de las ESP cuando cuidan a la población indígena escogida.

Patrón: en la IPS intercultural atiando con empatía y conocimiento, adaptándome a las características de los emberá-chamí

El patrón coincide con posturas de diversos teóricos sobre cómo la CC es un engranaje complejo de elementos personales, del sistema de salud, de las instituciones y sus políticas, así como la cultura de los receptores de cuidado que influyen en el desarrollo de la CC.

Categoría 1: mi experiencia personal y profesional está influenciada por el contexto emberá-chamí y la IPS intercultural

Las ESP hacen un cambio de pensamiento con relación a la aceptación de las creencias de los indígenas emberá-chamí.

Subcategoría 1.1: creo en la medicina tradicional por experiencias personales

Las ESP, además de aceptar y aplicar el paradigma de salud occidental, comprenden y aceptan la creencia de los indígenas sobre las enfermedades propias; creencia impulsada por las experiencias individuales o de personas cercanas que han padecido alguna enfermedad que no ha mejorado con tratamientos occidentales pero sí con tratamientos tradicionales. Teóricos han reportado cómo la interacción con diversos grupos culturales mejora las creencias existentes acerca del grupo cultural y evita posibles estereotipos (17).

Mi papá no es que tenga algún trastorno psiquiátrico... Es algo que siempre voy a creer, porque siempre queda el remanente del maleficio que lo acabó [Enfermera M28-2:157].

Subcategoría 1.2: la IPS intercultural y el contexto de salud municipal han permeado mis pensamientos y acciones profesionales

La estructura organizativa de la IPS influye para que las ESP crean en las bondades de la medicina tradicional, especialmente porque los servicios de salud occidental se prestan en conjunto con los servicios de medicina tradicional y servicios de partería.

Uno se va metiendo y va averiguando lo de enfermedades propias y todo lo de los indígenas. Desde que llegué acá, me he sentado con las parteras y los médicos tradicionales y mucho documento [Enfermera FE24-81:46].

La diada médico tradicional/ESP hace de manera implícita un aporte a los procesos interculturales de atención que se dan con otras instituciones del municipio, al ser un ejemplo por seguir de interculturalidad.

Se empezó a generar como ese diálogo de saberes, nos ayudó

a ampliar la visión de otros conceptos y otras percepciones de las comunidades indígenas [Líder T24-29:15].

La filosofía institucional y municipal produce en las enfermeras cambios de pensamiento que profundizan el conocimiento y la conciencia cultural de la profesional.

Si no estuviera trabajando acá [en la IPS intercultural], yo creo que seguiría siendo la misma bruja que le echaba cantaleta al que se hacía un bañito con agua de cualquier cosa. Yo ahora soy de las que por ejemplo para la hipertensión doy plantitas [Enfermera SV28-70:46].

Teóricos como Campinha-Bacote (5), McFarland y Wehbe-Alamah (16), Schim y Doorenbos (17) y Purnell (18) centran la CC en el accionar del profesional, pero las ESP comparten dicha responsabilidad con la institución, demostrando los hallazgos de la revisión sistemática que señalan la influencia del contexto y las políticas en la CC del profesional. Además, escaso soporte organizacional puede resultar una barrera desafiante y frustrante (19, 20).

Categoría 2: respeto y adapto mi atención a las creencias, al contexto y a las características individuales del emberá-chamí

Informa la comprensión y motivación que tienen las ESP con respecto a los indígenas emberá-chamí y a su reconocimiento de la importancia que tiene la fusión entre la medicina tradicional y la occidental como estrategia para manejar las enfermedades. Además, muestra la forma en que las ESP plasman su cuidado culturalmente competente en un acto dirigido a las particularidades, posibilidades y situaciones personales de los indígenas.

Subcategoría 2.1: respeto y motivo las creencias y posibilidades en salud del emberá-chamí y reporto complicaciones

Las ESP comprenden y aceptan que los indígenas emberá-chamí viven en sincretismo su trayectoria

de cuidado frente al proceso de salud-enfermedad al conjugar las creencias occidentales con las tradicionales. Se admite que las primeras son tratadas por profesionales de la salud y las segundas por el médico tradicional.

Así como uno se enferma, de lo que ellos nos dicen de enfermedades occidentales, también tienen sus propias enfermedades indígenas [Enfermera MG13-2:36].

Las ESP respetan y conocen las decisiones del indígena frente a sus eventos de salud, porque tienen relación con el arraigo a las creencias, el lugar de residencia, las distancias para acudir a otros sabedores, la capacidad económica y la severidad de los síntomas.

El encuentro con los indígenas desarrolla conocimiento cultural en las ESP permitiéndoles tener una postura positiva frente a la filosofía de vida indígena, al lograr mayor habilidad en el cuidado culturalmente competente y motivar la utilización de la alternativa tradicional y la occidental. De esta forma, se materializan cuatro de los cinco constructos de la teoría planteada por Campinha-Bacote (5): encuentro cultural, conocimiento cultural, conciencia cultural y habilidad cultural. También las ESP pueden reaccionar haciendo lo que Leininger (16) denomina una "reorientación de los cuidados culturales", es decir, una modificación de alguna práctica cultural en beneficio del indígena.

Tenemos varias indígenas que no quieren llevar al niño a Crecimiento y Desarrollo. Entonces hay que respetar. Pero eso sí... están reportados [sic], o sea, es un seguimiento que pasa a ser directamente de salud pública [Enfermera FE28-81:22].

Subcategoría 2.2: adapto mi atención según el contexto y las características individuales del emberá-chamí, pero a veces desaprovecho sus potencialidades comunitarias

Cuando las ESP atienden a los indígenas de la zona urbana o cercanías, asumen una postura de cuidado coherente con esta forma de vida. Así, plantean

múltiples alternativas alimenticias según las posibilidades económicas, de consecución y de conservación de los alimentos.

La enfermera hace las recomendaciones como si la niña viviera en una casa en la ciudad: cuidado con enchufes, estufas, escalas, cuchillos, etc. [Observación participante 24-66:6].

Cuando las ESP realizan los controles a los indígenas de la zona rural, priorizan la indagación sobre las particularidades de la vida diaria, pues las enfermeras identifican las limitaciones geográficas y económicas de los indígenas para acceder o continuar con las atenciones en salud.

Con la gente del campo yo no solamente voy a mirarle la hipertensión, a todas las mujeres yo les hago examen de mama. Y lo otro muy importante, yo les miro los dientes y miro si es caja o cuándo fue la última vez con higiene oral [Enfermera MG24-83:23].

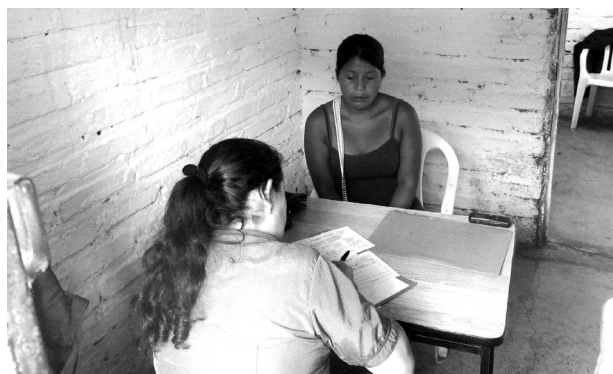
Para las ESP el factor religioso de los indígenas es una herramienta a considerar en el cuidado. Al preguntarles sobre su afinidad religiosa se podrá sugerirles posteriormente oraciones, plegarias, encomiendas o visitas específicas a líderes religiosos.

...entonces le dices: «padre, necesito aconseje al niño, se está soñando con esto y esto» y le contamos [Enfermera SV4-11:28].

El factor educativo es un elemento indispensable para el cuidado culturalmente competente. Las enfermeras motivan o felicitan a los indígenas para que se mantengan y disfruten de las bondades del sistema etnoeducativo.

Las enfermeras también tienen en cuenta la edad, las costumbres individuales, las alteraciones fisiopatológicas y los gustos del indígena, como se observa en la imagen 1, donde la enfermera hace adaptaciones no verbales de acuerdo con las características individuales del emberá-chamí.

Imagen 1. Control de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial y planificación familiar. Zona rural de comunidad El Roble, resguardo San Lorenzo, Riosucio, Caldas, 2015



Fuente: elaboración propia

Dicha situación da respuesta efectiva a los supuestos de cc planteados por diferentes teóricos, quienes los denominan: variaciones intraculturales (18), variaciones intraétnicas (5), subculturas (16) o diversidad cultural (17). Esto demuestra cómo un cuidado culturalmente competente requiere identificar no solo las generalidades, sino que también debe hacer énfasis en las individualidades, la situación actual y el sentir de la persona atendida.

En la presente investigación se evidenció que las enfermeras desempeñan cuidados circunscritos al individuo, sin alcanzar a interactuar con todos los elementos propios de los indígenas desde el punto de vista colectivo. El aprovechamiento de estas características, en consecuencia, podría potenciar las acciones de autocuidado si las estrategias están encaminadas hacia los procesos comunitarios.

La enfermera pudo aprovechar la mentalidad de colaboración del indígena para buscar soluciones a la dificultad de distancia y acceso, por ejemplo, identificar a alguien de la comunidad para ayudar al traslado [Observación participante 28-11:34].

El análisis de esta subcategoría permite comprobar una interrupción entre el conocer y el actuar en los cuidados culturalmente competentes. Si bien los estudios cualitativos no expresan este tipo de disyuntiva, la situación puede verse en algunos resultados de estudios cuantitativos como el de Starr y Wallace (21). Dicha situación representa un vacío de conocimiento en los resultados investigativos de la temática (22).

Categoría 3: atiendo a los emberá-chamí siendo empática y con conocimientos

Muestra los componentes relacionados con asuntos de empatía y conocimientos académicos de las ESP observados en el cuidado culturalmente competente.

Subcategoría 3.1: atiendo a los emberá-chamí siguiendo las normas y conocimientos profesionales

Las ESP son reconocidas como ejecutoras de los programas de protección específica y detección temprana, pues cuentan con guías para la atención integral con calidad, que son para ellas pilar y norte académico para la ejecución de la atención. Además de las guías en mención, las ESP tienen unas bases académicas de orden sistemático aprendidas en la universidad. Teóricamente, Leininger (16) explicita en su modelo cómo la dimensión política, para el caso de las normas, se considera un factor de influencia en el receptor de cuidado sin tener en cuenta la influencia en el

profesional. Papadopoulos y otros (24) justifican la creación de una teoría que ayude al mejoramiento de las políticas de atención en salud desde un enfoque culturalmente competente, como lo adelantan España y Estados Unidos. Colombia se encuentra emprendiendo un nuevo modelo de atención en salud en el cual la interculturalidad se muestra como un principio fundamental (4).

La presente subcategoría facilita entender que el proceso culturalmente competente no se genera al momento de iniciar los cuidados o con determinado grupo poblacional, sino que empieza con la comprensión y el manejo de los conocimientos inherentes a la profesión de las ESP y de las políticas que respaldan su quehacer, en conjunción con los elementos propios de la cultura a la que atienden.

Subcategoría 3.2: atiendo a los emberá-chamí siendo empática

La empatía, como proceso de entender, respetar y verificar el significado de las observaciones del paciente (23) es una cualidad de las ESP que se enlaza con el respeto por las creencias, estilos de vida, gustos y necesidades de los indígenas emberá-chamí.

Uno va aprendiendo, se va metiendo y va averiguando, lo de enfermedades propias y todo. Me he sentido con las parteras y los médicos tradicionales y mucho documento [Enfermera FE28-81:24].

De manera explícita, las enfermeras ven la necesidad de tener un acercamiento de tipo humanizado con el indígena. Este vínculo les permite tener una relación íntima con el paciente y hace que el indígena proporcione más información, aumente la receptividad hacia los cuidados ofrecidos, sea más paciente y mejore la actitud frente a las indicaciones que debe cumplir.

Y yo sé y eso siempre lo he sabido y eso lo aprendí desde enfermería también. Hay que crear una empatía, si no hay empatía llore. Llórelo [indica el incumplimiento de los objetivos], y si no hay empatía, usted no va a descubrir todo [Enfermera MG24-69:10].

Para Papadopoulos y otros la empatía justifica la sensibilidad cultural. En la actualidad, los mismos autores centran sus estudios en la compasión y en la cc (17, 24), concluyendo que esta última está estrechamente ligada a la empatía dentro del acto de cuidado.

Algunas investigaciones de cc establecieron elementos relacionados con la empatía, desde el receptor de cuidado. En el estudio de Costa dos Reis y Mendes-Costa (25) se determinó que en el proceso de conciencia cultural se valoraba la capacidad para generar empatía y a menudo las enfermeras trataban de ponerse en el lugar de la persona atendida.

Categoría 4: atiendo dispuesta a la escucha y adapto mi lenguaje, aunque pienso que llenar tantos formatos interfiere en la comunicación con el emberá-chamí

Aspectos comunicativos verbales y no verbales expresados por las ESP en sus roles de comunicadoras como un elemento fundamental en la atención culturalmente competente.

Subcategoría 4.1: me dispongo a la escucha y adapto mi lenguaje verbal y corporal cuando atiendo al emberá-chamí

Las enfermeras y los indígenas se comunican en español, sin embargo, los emberá-chamí tienen usos propios de la lengua que las enfermeras han de comprender, para brindar información en un lenguaje coloquial, conocido, entendido y aceptado por los indígenas.

Mirar cuando te pasa eso en los ojitos, si sientes los cachetes [mejillas] calientes, si además de eso como cocuyitos [fosfenos]. Acompañado de jaqueca [sic], un dolor de cabeza como en la trastienda [parte posterior de la cabeza] [Enfermera SV13-12:12].

Otra modificación de las ESP con respecto a la comunicación verbal tiene que ver con la aceptación frente a las respuestas cortas, concisas y básicas que ofrece el indígena a las preguntas o interacciones necesarias en los controles.

Siempre me van a decir «sí», porque de muy pocas palabras sí son. Algunos sí se me expresan... pero generalmente son callados [de pocas palabras] [Enfermera MG24-83:45].

Las ESP comprenden que realizar cualquier tipo de control de forma amable y respetuosa es esencial para una buena comunicación con los indígenas, por lo que lo materializan en favor del cuidado realizado.

Acá a la gente le encanta que la traten bien, por eso usted me ve y yo soy así... Toda «ña, ña, ña», los toco y soy amable [Observación participante 24-31:4].

El lenguaje y la comunicación son quizá los elementos que con mayor frecuencia se relacionan con el cuidado culturalmente competente. Este es un tema de tal importancia que ha evolucionado a una corriente dentro de la temática denominada competencia cultural y lingüística. Los elementos comunicativos emergentes en esta investigación son coincidentes con lo planteado en la teoría descrita por Purnell, al incluir el volumen de la voz, entonaciones, reflexiones y deseos de compartir pensamientos y sentimientos (18).

La relevancia exponencial de los elementos comunicativos emergidos en el presente estudio concuerda con investigaciones europeas y anglosajonas (6, 13, 26, 27). Además, muestra cómo el fenómeno de la comunicación entre las ESP y el indígena emberá-chamí es un factor unificador contrario a otras investigaciones, en las cuales el asunto del lenguaje, especialmente entre enfermeras y pacientes que hablan diferente idioma, se manifiesta como portador de una barrera para la atención culturalmente competente (26, 27).

Subcategoría 4.2: pienso que llenar tantos formatos interfiere en la comunicación con el emberá-chamí

El diligenciamiento de papelería es tomado por las enfermeras como una acción a la que se le invierte gran cantidad de tiempo, lo que genera dilaciones en el contacto con los indígenas.

Yo muy bien hasta que me toca ponerme a llenar papeles. A mí

me encantaría que los controles y la atención se pudieran hacer con la videocámara... ¡Ahí sí!, es la mejor evidencia, ahorraría mucho tiempo [Enfermera SV28-70:65].

La situación de priorizar la escritura y compartir el diligenciamiento de datos, hojas y formatos durante el acto de cuidado no se referencia en la literatura científica. Este tipo de barreras externas propias del sistema es común en los estudios de atención a personas de diversas culturas (20).

Conclusiones

Los elementos culturalmente competentes de las ESP se relacionan con propuestas expuestas por diversos teóricos (5, 7, 8, 18), como son: capacidad de un autoexamen de la ESP de su propia cultura y de mediar con la cultura indígena; capacidad de conocer, comprender e interactuar con la cultura indígena y de mediar con la cultura hegemónica dominante del sistema de atención y la práctica profesional; y reconocer las peculiaridades intraculturales y de contexto de los indígenas de una misma comunidad, que llevan a particularizar la atención y dar significado único a los encuentros. Además, la comunicación se define por la empatía, la adaptación del lenguaje verbal y no verbal que evidencia respeto por la singularidad del indígena.

Los encuentros culturales generados por las ESP y el indígena emberá-chamí en diferentes momentos de la cotidianidad y en el acto de cuidado corroboran algunos constructos teóricos de CC desarrollados por Campinha-Bacote (5) y la propuesta de Leininger (16) de mantenimiento, negociación y reorientación de los cuidados para ofrecer cuidados culturales congruentes.

Desempeña un papel primordial en la CC de ESP el contexto laboral de dignidad y armonía de las políticas institucionales basadas en la cultura de los indígenas. En suma, el estudio ofrece evidencia de cómo la CC en salud es un proceso amplio, no solo de ESP con el indígena sino de la adopción de esta desde los sistemas y las instituciones con políticas, planes y programas apoyados en las culturas indígenas; aunque el estudio se limita a una institución con lineamientos interculturales, se extendió la visión a conocer el punto de vista del indígena receptor de la atención (objetivo de otra publicación).

Recomendaciones

Para la práctica será menester promover la CC en salud como un proceso de congruencia no solo del profesional/persona, familia o comunidad, sino de las entidades para brindar atención basada en la cultura de los usuarios; serán necesarios procesos de formación en CC promovidos por las instituciones de salud y educativas.

Para la investigación en CC en salud serán imperiosos estudios cualitativos y cuantitativos que permitan integrar tres fuentes de información: la institución, los profesionales y los usuarios; y ver los efectos en las mismas.

Apoyo financiero

División de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia en el marco del proyecto "Competencia cultural de profesionales de enfermería cuidando a grupos vulnerables", código 20730.

Referencias

- (1) Betancourt-Rodríguez CF, Pinilla-Alfonso MY. Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del VIH-Sida en las comunidades indígenas en Colombia. *Desacatos* [Internet]. 2011 [citado 2018 ago. 26];35:75-86. Disponible en: DOI:<https://doi.org/10.29340/35.322>
- (2) Ministerio de Salud y Protección Social. Resumen ejecutivo. Encuesta Nacional de Demografía y Salud [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015 [citado 2018 ago. 26] 96p. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>
- (3) U. S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health. Office of Minority Health [Internet]. Washington: U. S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health; 2014 [citado 2018 ago. 26]. Disponible en: <https://www.minorityhealth.hhs.gov>
- (4) Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016 [citado 2018 ago. 26]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Política%20de%20Atención%20Integral%20en%20Salud.pdf>
- (5) Campinha-Bacote J, Transcultural C.A.R.E. Associates. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services. *Models of cultural competence - Transcultural C.A.R.E. Associates* [Internet]. Ohio: Transcultural C.A.R.E. Associates; 2015 [citado 2018 ago. 26]. [Cerca de 10 p.]. Disponible en: <http://transculturalcare.net/the-process-of-cultural-competence-in-the-delivery-of-healthcare-services/>

- (6) López-Díaz AL. La competencia cultural, una clave para mejores resultados en salud. *MedUnab* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago. 26];18(3):163-5. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.2569>
- (7) Etowa J. Uncovering aboriginal nursing knowledge through community based participatory research (CBPR). *Indig Policy J* [Internet]. 2011 [citado 2018 ago. 26];22(1):1-16. Disponible en: <http://www.indigenouspolicy.org/index.php/ipj/article/view/3>
- (8) López L, Barreto-Zorza YM, Maluche A. Dolor en personas ancianas afrodescendientes: resultados cualitativos de un programa domiciliario adaptado culturalmente. *Index Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2018 ago. 26];23(3):162-6. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200010>
- (9) Pelcastre-Villafuerte B, Ruiz M, Meneses S, Amaya C, Márquez M, Taboada A et al. Community-based health care for indigenous women in Mexico: a qualitative evaluation. *Int J Equity Heal* [Internet]. 2014 [citado 2018 jun. 9];13. Disponible en: DOI: [10.1186/1475-9276-13-2](https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-2)
- (10) Serra-Galceran M, Mestres-Camps L, González-Soriano M, Leyva-Moral JM, De Dios-Sánchez R, Montiel-Pastor M. Competencia clínico cultural: análisis de la capacitación de los profesionales de la salud. *Index Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2018 ago. 26];22(1-2):16-9. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100004>
- (11) Castro A, Ruiz E. The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. *J Am Acad Nurse Pr* [Internet]. 2009 [citado 2018 jun. 9];21(5):278-86. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19432912>
- (12) Herrero-Hahn R, Rojas JG, Ospina-Díaz JM, Montoya-Juárez R, Restrepo-Medrano JC, Hueso-Montoro C. Cultural adaptation and validation of the cultural self-efficacy scale for colombian nursing professionals. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2017 [citado 2018 jun. 9];28(2):195-202. Disponible en: DOI: [10.1177/1043659615613419](https://doi.org/10.1177/1043659615613419)
- (13) Herrero-Hahn R, Rojas JG, Montoya-Juárez R, García-Caro MP, Hueso-Montoro C. Level of cultural self-efficacy of colombian nursing professionals and related factors. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2018 [citado 2018 ago. 26];30(2):137-45. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1177/1043659618777047>
- (14) González V. Competencia cultural para enfermeras hospitalares que cuidan pacientes con enfermedad crónica [tesis de maestría]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia; 2014. 137 p. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/47061/1/53118425.2014.pdf>
- (15) Loftin C, Hartin V, Branson M, Reyes H. Measures of cultural competence in nurses: an integrative review. *Scientific World Journal* [Internet]. 2013 [citado 2018 ago. 26];ID 289101. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/289101>
- (16) McFarland MR, Wehbe-Alamah HB. Leininger's culture care diversity and universality a worldwide nursing theory. 3.a ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2015. 612 p.
- (17) Schim SM, Doorenbos AZ. A Three-dimensional model of cultural congruence: framework for intervention. *J Soc Work End Life Palliat Care* [Internet]. 2010 [citado 2018 ago. 26];6(3-4):256-70. Disponible en: DOI: [10.1080/15524256.2010.529023](https://doi.org/10.1080/15524256.2010.529023)
- (18) Purnell L. The Purnell model for cultural competence. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2002 [citado 2018 ago. 26];13(3):193-6. Disponible en: DOI: [10.1177/10459602013003006](https://doi.org/10.1177/10459602013003006)
- (19) Torri MC, Hollenberg D. Indigenous traditional medicine and intercultural healthcare in Bolivia: a case study from the Potosi region. *J Community Heal Nurs* [Internet]. 2013 [citado 2018 ago. 26];30(4):216-29. Disponible en: DOI: [10.1080/07370016.2013.838495](https://doi.org/10.1080/07370016.2013.838495)
- (20) Arias-Murcia SL, López L. The experience of nurses in care for culturally diverse families: a qualitative meta-synthesis. *Rev Lat Am Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago. 26];24:e2718. Disponible en: DOI: [10.1590/1518-8345.1052.2718](https://doi.org/10.1590/1518-8345.1052.2718)
- (21) Starr S, Wallace DC. Client perceptions of cultural competence of community-based nurses. *J Community Heal Nurs* [Internet]. 2011 [citado 2018 ago. 26];28(4):57-69. Disponible en: DOI: [10.1080/07370016.2011.564057](https://doi.org/10.1080/07370016.2011.564057)
- (22) Renzaho A, Romios P, Crock C, Sonderlund A. The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care. A systematic review of the literature. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2013 [citado 2018 ago. 26];25(3):261-9. Disponible en: DOI: [10.1093/intqhc/mzt006](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt006)
- (23) Kynyk D, Olson JK. Clarification of conceptualizations of empathy. *J Adv Nurs* [Internet]. 2001 [citado 2018 ago. 26];35(3):317-25. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01848.x>
- (24) Papadopoulos I, Zorba A, Koulouglioti C, Ali S, Aagard M, Akman O et al. International study on nurses' views and experiences of compassion. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2016 [citado 2018 ago. 26];63(3):395-405. Disponible en: DOI: [10.1111/inr.12298](https://doi.org/10.1111/inr.12298)
- (25) Costa dos Reis AS, Mendes-Costa MA. Caring for immigrants: from interacting in practice to building nurses' cultural competencies. *Referência* [Internet]. 2014 [citado 2018 ago. 26];4(2):61-8. Disponible en: DOI: [10.12707/R1113118](https://doi.org/10.12707/R1113118)
- (26) Plaza del Pino FJ, Soriano E, Higginbottom GM. Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography. *BMC Nurs* [Internet]. 2013 [citado 2018 ago. 26];12:14. Disponible en: DOI: [10.1186/1472-6955-12-14](https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-14)
- (27) McKenzie H, Kwok C, Tsang H, Moreau E. Community nursing care of chinese-australian cancer patients. *Cancer Nurs* [Internet]. 2014 [citado 2018 ago. 26];38(4):E53-60. Disponible en: DOI: [10.1097/NCC.000000000000193](https://doi.org/10.1097/NCC.000000000000193)

Avaliação clínica e epidemiológica do paciente com feridas em uma unidade prisional do Estado de São Paulo*

Evaluación clínica y epidemiológica de pacientes con heridas en una unidad penitenciaria del estado de São Paulo

Clinical and epidemiological evaluation of patients with wounds in a prison unit in the State of São Paulo

* Artigo extraído da dissertação de Mestrado "Protocolo de tratamento de feridas para o Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo". Desenvolvido no Curso de Mestrado Profissional em Ciência Tecnologia e Gestão Aplicadas à Regeneração Tecidual da Universidade Federal de São Paulo.

Cómo citar: Garcia JS, Borges MD, Blanes L, Ferreira ML. Avaliação clínica e epidemiológica do paciente com feridas em uma unidade prisional do Estado de São Paulo. 2019. Av Enferm. 37(1):19-26. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72054>

1 Silmara Jorge Garcia

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9745-4994>
Correio eletrônico: silmarajorgegarcia@gmail.com

Contribuição: coleta e análise dos dados coletados, desenvolvimento do estudo, concepção da redação do estudo e levantamento bibliográfico.

2 Daniela Tinti Moreira Borges

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8890-8918>
Correio eletrônico: danitinti2010@gmail.com

Contribuição: concepção da redação do estudo, levantamento bibliográfico e revisão das traduções do abstract e resumen.

3 Leila Blanes

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6922-7719>
Correio eletrônico: leilablanes@gmail.com

Contribuição: orientação do trabalho, delineamento do estudo, revisão do conteúdo e levantamento bibliográfico.

4 Lydia Masako Ferreira

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4587-509X>
Correio eletrônico: lydiamasakoferreira@gmail.com

Contribuição: levantamento bibliográfico, análise crítica dos dados e revisão crítica do trabalho.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72054>

Recibido: 07/05/2018 Aprobado: 21/01/2019



Resumo

Objetivo: o objetivo do estudo é realizar levantamento de dados clínicos e epidemiológicos dos pacientes com feridas em uma unidade do sistema prisional no Estado de São Paulo.

Metodologia: estudo retrospectivo e descritivo onde foram coletados dados dos prontuários de uma unidade prisional anotados em livros de registros e prontuários de saúde entre janeiro de 2015 e janeiro de 2016.

Resultados: foram analisados 52 prontuários de pacientes com feridas. Todos os pacientes eram do sexo masculino, sendo 51,92 % brancos e 53,85 % possuíam entre 30-39 anos. Foram encontradas lesões de 10 etiologias diferentes, sendo as queimaduras as mais frequentes (22,95 %), seguidas de lesões por pressão (21,31 %). A doença mais constante nos pacientes em tratamento de feridas foi lesão medular.

Conclusão: os pacientes com feridas no sistema prisional eram em sua maior parte brancos, do sexo masculino, com idade média de 37,21 anos, sendo mais frequentes as queimaduras e as lesões por pressão.

Descritores: Prisões; Ferimentos e lesões; Prisioneiros; Epidemiologia (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: realizar el levantamiento de los datos clínicos y epidemiológicos de los pacientes con heridas en una unidad del sistema penitenciario en el Estado de São Paulo.

Metodología: estudio retrospectivo-descriptivo donde se recolectan datos de los prontuarios de una unidad penitenciaria registrados en libro-acta y prontuarios de salud entre enero de 2015 y enero de 2016.

Resultados: fueron analizados 52 prontuarios de pacientes con heridas. Todos los pacientes fueron del sexo masculino, 51,92 % blancos, 53,85 % tenían entre 30-39 años. Se encontraron lesiones de 10 etiologías diferentes, siendo las quemaduras las más frecuentes 22,95 %, seguidas de lesiones por presión 21,31 %. La enfermedad más común de los pacientes en tratamiento de heridas fue lesión medular.

Conclusión: los pacientes con heridas en el sistema penitenciario eran en su mayor parte blancos, todos del sexo masculino, con una edad media de 37,21 años, siendo más frecuentes las quemaduras y las lesiones por presión.

Descritores: Prisiones; Heridas y lesiones; Prisioneros; Epidemiología (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to perform the lifting of the epidemiological and clinical data of patients with wounds in a unit of the prison system in the State of São Paulo.

Methodology: retrospective and descriptive study where there are collected data of compendium of a prison unit registered in a record book and health compendium between January 2015 and January 2016.

Results: 52 compendia of patients with wounds were analyzed. All patients were male, 51.92 % white, 53.85 % were between 30 and 39 years old. Injuries of 10 different etiologies were found, being burns the most frequent (22.95 %), followed by lesions by pressure (21.31 %). The most common disease among patients in treatment of wounds was spinal cord injury.

Conclusion: in the prison system, patients with wounds are predominantly white, all male, with an average age of 37.21 years old, being more frequent burns and injuries by pressure.

Descriptors: Prisons; Wounds and injuries; Prisoners; Epidemiology (source: DeCS, BIREME).

Introdução

Os estabelecimentos penais são utilizados pela justiça para a reclusão e a detenção de indivíduos que praticaram crimes. No Brasil existem diversos regimes de cumprimento de pena, destacando-se o regime fechado (estabelecimento de segurança máxima ou média), semiaberto, colônia agrícola, industrial, ou estabelecimento similar, e regime aberto. A maior parte das pessoas privadas de liberdade está detida no regime fechado, ou seja, cerca de 75 % da população carcerária se encontra em presídios e penitenciárias (1, 2).

Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) realizado em 2016, o Estado de São Paulo possui 240.061 indivíduos privados de liberdade (3), os quais vivem em ambientes que apresentam uma superpopulação em condições insalubres, com pouca ventilação e hábitos de higiene pessoal inadequados (4, 5).

De acordo com a Lei 7.210/1984, grande parte dessa população recebe atendimento ambulatorial médico, farmacêutico, odontológico e de enfermagem no próprio estabelecimento penal. Quando o local não fornecer as condições necessárias à pessoa privada de liberdade, esta deverá ser encaminhada a outro serviço de saúde, desde que haja autorização da direção do estabelecimento penal. Desta forma, as emergências, os casos de alta complexidade ou as especialidades são encaminhados para locais de referência, conforme descrito no Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (6, 7).

No sistema penitenciário, doenças como infecções sexualmente transmissíveis (IST), Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, doenças parasitárias, diarreias infecciosas, hipertensão arterial e diabetes acometem estes indivíduos com maior frequência (1, 7, 8). Apesar da elevada ocorrência de lesões de pele entre os privados de liberdade, não foram encontrados estudos epidemiológicos sobre essas lesões no sistema penitenciário.

As feridas podem ocorrer em qualquer fase da vida e estão presentes em todos os níveis de assistência (9-11). Podem causar desconforto, interferir

na qualidade de vida do paciente e na rotina dos familiares devido à dor, dificuldade de cicatrização, odor e mudança de rotina, quando há necessidade de realizar curativos frequentemente (10, 12, 13).

Atualmente no Brasil, as feridas afetam um elevado número de pessoas e constituem um sério problema de saúde pública (9). Diante da insuficiência de dados sobre o tema no sistema prisional, este é um estudo preliminar sobre a realidade dessa população, onde também há pessoas com feridas que necessitam de cuidados rotineiros, assim como a população em geral. O objetivo do estudo é realizar levantamento de dados clínicos e epidemiológicos dos pacientes com feridas em uma unidade do sistema prisional no Estado de São Paulo.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo em que foram levantados os prontuários de pacientes privados de liberdade atendidos no ambulatório da Penitenciária “Nestor Canoa” de Mirandópolis, localizada no interior do Estado de São Paulo, durante um período de 12 meses. O estudo foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (CAAE 59996916.0.0000.5505) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, sob parecer CAAE 59996916.0.3001.5563.

A Penitenciária “Nestor Canoa” de Mirandópolis está situada na região oeste do Estado de São Paulo. Nessa unidade, 2172 pessoas do gênero masculino cumprem pena em regime fechado e esta possui uma equipe de saúde para atendimento ambulatorial composta por um farmacêutico (que atualmente exerce a função de diretor de saúde), dois médicos, um dentista, sete agentes penitenciários, que se revezam a cada 12 horas de trabalho no setor de saúde, dois enfermeiros e dois auxiliares de enfermagem.

A coleta de dados deste estudo foi realizada de acordo com as etapas descritas a seguir: iniciou-se uma busca no livro de registro de atendimento diário efetuado pelo setor de saúde com a finalidade de identificar os pacientes que apresentaram lesões no período em questão. Posteriormente foram levantados os prontuários dos pacientes e coletados os dados demográficos como cor da pele, idade, escolaridade, bem como doenças e tipos de lesões que caracterizaram as feridas.

Durante a análise das informações coletadas, foi utilizado o *software* Excel (Microsoft). Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva com frequência absoluta e relativa. Para descrever os valores da caracterização dos pacientes, foram utilizadas tabelas.

Foram analisados 52 prontuários de pacientes privados de liberdade, cuja idade variou entre 20 a 69 anos, com média de 37,21 anos. A amostra foi composta por homens de cor branca, o que corresponde a 51,92 %; cor parda, 42,31 % e cor negra, 5,77 % do total. A escolaridade predominante foi ensino fundamental incompleto, o que corresponde a 50,00 % da amostra (Tabela 1).

Tabela 1. Dados demográficos dos pacientes com feridas na Penitenciária “Nestor Canoa” de Mirandópolis, Estado de São Paulo

Característica	n	%
Gênero		
Masculino	52	100
Faixa etária (anos)		
20 a 29	9	17,31
30 a 39	28	53,85
40 a 49	11	21,25
50 a 59	3	5,77
60 a 69	1	1,92
TOTAL	52	100
Cor da pele		
Branco	27	51,92
Negro	3	5,77
Pardo	22	42,31
TOTAL	52	100
Escolaridade		
Analfabeto	2	3,85
Ensino fundamental incompleto	26	50
Ensino fundamental completo	11	21,15
Ensino médio incompleto	7	13,46
Ensino médio completo	5	9,62
Ensino superior incompleto	1	1,92
Ensino superior completo	0	0
TOTAL	52	100

Fonte: dados da pesquisa

Na Tabela 2, estão registradas as doenças dos pacientes privados de liberdade. Dentre as doenças, a lesão medular estava presente em 41,67 % dos prontuários levantados e hipertensão arterial e insuficiência venosa foram encontradas em 16,67 % dos prontuários. Doenças como diabetes, HIV e sífilis também foram encontradas no levantamento,

embora se apresentassem em número menor, ou seja, em 8,33 % dos prontuários.

Tabela 2. Doenças levantadas em prontuários dos pacientes com feridas na Penitenciária “Nestor Canoa” de Mirandópolis, Estado de São Paulo

Característica	n	%
Lesão medular	5	41,67
Hipertensão arterial	2	16,67
Insuficiência venosa	2	16,67
Diabetes	1	8,33
HIV	1	8,33
Sífilis	1	8,33
TOTAL	12	100

Fonte: dados da pesquisa

As lesões levantadas nos prontuários de pacientes privados de liberdade foram distribuídas em: 22,95 % de queimaduras, 21,31 % de lesões por pressão, 16,39 % de lesões traumáticas e 11,48 % de feridas operatórias. Abscessos infectados com perda de tecido também foram reportados em 9,84 % dos casos, celulite bacteriana e deiscência de ferida operatória em 4,92 % deles, assim como a erisipela e a dermatite periestomal com um índice de 3,28 %. Neste levantamento, foi encontrado apenas 1,63 % de lesão por amputação com deiscência de ferida operatória (Tabela 3).

Tabela 3. Lesões encontradas em pacientes na Penitenciária “Nestor Canoa” de Mirandópolis, Estado de São Paulo

Característica	n	%
Queimaduras	14	22,95
Lesão por pressão	13	21,31
Lesão traumática	10	16,39
Ferida operatória	7	11,48
Abscesso infectado com perda de tecido	6	9,84
Celulite bacteriana	3	4,92
Deiscência de ferida operatória	3	4,92
Erisipela	2	3,28
Dermatite periestomal	2	3,28
Amputação com deiscência de ferida operatória	1	1,63
TOTAL	61	100

Fonte: dados da pesquisa

Discussão

A população prisional foi incluída no Sistema Único de Saúde em 2003 com a instituição do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, por meio da Portaria Interministerial n.º 1777/2003, posteriormente revogada pela portaria Interministerial n.º 1 de 2 de janeiro de 2014, ampliando as ações de saúde para a população privada de liberdade (1, 7). A Secretaria do Estado da Saúde e a Secretaria da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo elaboraram o Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário também em 2003. Tais ações se justificam pela exposição da população presa a inúmeros fatores de risco, além da quantidade significativa de casos de IST/AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, entre outros (1, 7, 8).

Embora a legislação existente proteja a saúde do privado de liberdade, ainda há muitos problemas de saúde, assim como a falta de tratamento adequado e poucas oportunidades de prevenção de doenças (8, 14, 15). Neste estudo, além da caracterização da amostra, foram identificadas as doenças de base e os tipos de lesões.

A amostra foi composta por 100 % de indivíduos do gênero masculino, sendo 51,92 % da cor branca. O INFOPEN mostrou características similares quanto ao gênero. Entretanto, com relação à cor, a população prisional no país é composta por 53 % de negros e 46 % brancos (3).

Quanto ao baixo nível de escolaridade, os dados identificados em 50 % da amostra apontam para as precárias condições de vida associadas à baixa renda financeira que resultam em dificuldade de acesso às escolas. Segundo dados divulgados pelo INFOPEN (3), o perfil sociodemográfico da população carcerária mostra que 49 % possui entre 18 e 29 anos, 53 % é negra e 51 % possui até o ensino fundamental incompleto. De acordo com tal publicação, uma das formas de prevenção da criminalidade seria manter os jovens na escola.

As doenças mais frequentes em pacientes com lesão de pele encontradas no estudo foram sífilis, HIV, insuficiência venosa, diabetes, hipertensão arterial e lesão medular. Em 16,67 % dos pacientes, a insuficiência venosa e a hipertensão arterial estavam presentes, seguido de diabetes mellitus, HIV e sífilis, cada um representando 8,33 %. No estudo clínico-epidemiológico de pacientes com feridas crônicas na população em geral doenças como hipertensão e diabetes foram encontradas associadas às feridas (9).

No presente estudo foram encontrados 10 tipos de lesões, sendo destacadas as queimaduras como

as mais frequentes (22,95 %), seguido de lesão por pressão (21,31 %) e lesão traumática (16,39 %).

Quanto às queimaduras, estas podem estar associadas à execução de trabalhos diários realizados na unidade prisional. Essas lesões foram detectadas em privados de liberdade que estavam desenvolvendo atividades laborais na cozinha. Em consonância com os resultados, o estudo que avalia o perfil clínico e epidemiológico das queimaduras através da revisão da literatura ressalta que parte dessas queimaduras acontece em virtude de manuseio de líquidos superaquecidos (16).

De acordo com a literatura, as queimaduras podem causar complicações clínicas, deformidades e deficiências limitantes e ainda atingir o paciente psicológica e socialmente. A epidemiologia destas lesões pode estar relacionada com crises sociais, práticas culturais e até com circunstâncias individuais. Grande parte das queimaduras ocorre em homens, tem natureza acidental e pode ser atribuída à exposição de atividades que demandam um esforço físico maior e apresentam risco elevado de acidentes (16).

Na Penitenciária “Nestor Canoa” de Mirandópolis, os privados de liberdade realizam atividades laborais na limpeza interna e externa; jardinagem; capinagem; manutenção e atividades de fabricação de prendedores de roupas, pulseiras femininas e cozinha. Importante ressaltar que a cozinha dessa unidade prisional é de grande porte e industrial, com estrutura para atender aproximadamente 2200 privados de liberdade e com probabilidade de ocorrer acidentes. As lesões apresentadas localizavam-se nos membros superiores (10,44 %) e ocorreram em privados de liberdade que realizavam atividades laborais na unidade prisional.

As lesões por pressão evidenciadas durante a coleta de dados foram identificadas nos prontuários de cinco pacientes privados de liberdade que sofreram lesão medular, resultando em um total de 13 lesões. De acordo com as informações levantadas, havia lesões recidivadas, localizadas em diferentes partes do corpo, lesões recentes e lesão por pressão em pacientes provenientes de outras unidades prisionais.

Os privados de liberdade portadores de deficiência física não possuem proteção nas proeminências ósseas, hidratação de pele nem superfície de apoio adequada para cama ou cadeira de rodas. Eles ficam expostos a fatores como umidade, cisalhamento e são auxiliados pelos privados de liberdade

em sua cela sem o preparo e orientação adequados. Esses fatores podem contribuir para desenvolver lesão por pressão. Além disso, a lesão medular, por apresentar como consequência o comprometimento da percepção sensorial e mobilidade física prejudicada, pode contribuir para o aparecimento de lesão por pressão.

Em estudo de avaliação epidemiológica das lesões traumáticas da medula espinhal realizado no Irã, os autores relataram as complicações mais prevalentes como a infecção do trato urinário, seguida por lesão por pressão estágio 3 e 4, (37,5 %) e, quanto à etiologia da lesão medular, foi atribuída como causa a violência com 3,8 % (17).

No Brasil foi realizada uma pesquisa sobre as características sociodemográficas das pessoas com lesão medular. O ferimento por arma de fogo representou 15,4 % dos casos e as lesões por pressão foram descritas como uma complicação secundária de incidência elevada (18). Outro estudo realizado no Brasil também demonstrou que a etiologia principal da lesão medular foi o ferimento por arma de fogo e a ocorrência elevada de lesões por pressão (19).

Em um estudo para determinar o valor preditivo dos fatores de risco de Braden em pacientes ambulatoriais com lesão medular, a região sacral foi identificada em 60,7 % dos casos como o local com maior número de lesões por pressão (20).

Pacientes que permanecem em cadeira de rodas por períodos prolongados possuem maior risco de desenvolver lesão por pressão (21). As orientações e medidas preventivas podem contribuir para a prevenção dessas lesões e a manutenção da integridade cutânea.

Ainda que estudos de revisão sistemática quanto à eficácia das intervenções comportamentais ou educacionais na prevenção de lesões por pressão não tenham demonstrado evidências suficientemente positivas (22), alguns deles recomendam e reconhecem as intervenções educacionais como ações que desempenham um importante papel na prevenção das lesões por pressão (23). Além disso, ressaltam a importância do profissional de saúde na motivação e conscientização do paciente quanto ao risco de desenvolver a patologia (24).

No presente estudo, a principal localização das feridas ocorreu nos membros inferiores com um índice de 32,83 %, decorrentes de ferimentos por arma de fogo, sendo necessárias intervenções cirúrgicas. Na região sacra foram encontradas

lesões por pressão que ocorreram em pacientes com lesão medular, da ordem de 10,44 %.

Quanto às lesões traumáticas, estas foram encontradas nos prontuários de 10 pacientes e correspondem a 16,39 % do total das lesões identificadas. Tais lesões possuem diferentes etiologias e podem estar associadas a procedimentos inadequados realizados pelo próprio privado de liberdade que os pratica, muitas vezes, sem observar as condições assépticas, na tentativa de melhorar a ferida. Relatam deixar as lesões abertas e em exposição ao sol para secar; também utilizam fumo sobre a lesão, açúcar, teias de aranha, creme dental e pimenta; tentam extrair secreções e tecidos com lâminas de barbear e cortador de unhas. Quando esses pacientes procuram o ambulatório, apresentam lesões infectadas com características como edema, exsudato purulento, hiperemia e tecidos desvitalizados.

Dentre várias crenças e costumes, encontram-se registros sobre diversas substâncias comumente utilizadas no tratamento de feridas. Por vezes, antes de procurar o serviço de saúde, preferem a utilização de recursos populares optando, por exemplo, pela utilização de extratos de plantas, frutos, cascas, chás, alho, limão, mamão, aveia, alho, azeite e alecrim (25, 26). O uso dessas substâncias sobre as lesões pode estar associado a uma questão cultural, visto que esta prática está registrada há muitas décadas e é de amplo conhecimento em diversas regiões por todo o mundo (26).

Os abscessos com perda de tecido (7,88 %) levantados neste estudo, chamam a atenção por estarem localizados no deltoide e relataram o uso de esteroides anabolizantes injetáveis no local.

Estudo realizado em atletas após o uso de esteroides e anabolizantes demonstrou efeitos colaterais locais, decorrentes de sua aplicação pelo próprio usuário, o que possibilita acarretar lesão tendínea, fratura por estresse, lesão neurológica, celulite, necrose tecidual, abscesso, piomiosite e até mesmo, em casos mais graves, a fascíte necrotizante, relatada em 27,28 % dos casos (27, 28).

Os abscessos cutâneos e a infecção dos tecidos moles também podem estar associados a drogas injetáveis, como a heroína, segundo relatado em 28,30 % dos estudos (29, 30). Ainda que existam políticas internas e vistorias para combate às drogas, essas substâncias ilícitas ainda são encontradas e apreendidas no âmbito prisional.

É importante ressaltar a necessidade de novos estudos que contemplem amostras maiores do sistema prisional para contribuir com os achados atuais. No entanto, ainda assim foi possível detectar a deficiência de políticas internas do sistema prisional no país no que se refere à prevenção de lesão por pressão e condutas padronizadas para o tratamento de feridas. A partir deste estudo, destaca-se a importância da elaboração de protocolos que incluam avaliações periódicas com a equipe de saúde e a padronização de escalas de predição, integradas a ações educativas e de autocuidado que previnam as lesões por pressão nos pacientes com lesões medulares e mobilidade física prejudicada.

Conclusão

A ocorrência de feridas se deu entre os pacientes privados de liberdade do gênero masculino, mais frequentemente em brancos, com idade média de 37,21 anos, ou seja, indivíduos adultos jovens, com baixo nível de escolaridade. Entre as doenças encontradas, destacou-se a lesão medular. Os tipos de lesões mais frequentes foram as queimaduras e as lesões por pressão. Embora se trate de um estudo primário realizado em uma única unidade prisional, os dados levantados demonstraram que as lesões de pele fazem parte da realidade da população prisional, e tenta chamar a atenção para a promoção de políticas públicas em relação a esta população prisional.

Apoio financeiro

Financiamento próprio.

Referências

- (1) Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programadas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2.a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [citado 2017 set. 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf
- (2) Brasil. Casa Civil. Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF). 1984 [citado 2017 set. 15]; Seção 1:10217. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1980-1988/L7209.htm
- (3) Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Departamento Penitenciário Nacional: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN. Brasília (DF). 2017 [citado 2017 set. 15]. Disponível em: http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf
- (4) Minayo MCS, Ribeiro AP. Health conditions of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. Cien Saúde Colet [Internet]. 2016 [citado 2017 set. 15];21(7):2031-40. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.08552016>
- (5) Gavigan G, McEvoy A, Walker J. Patterns of skin disease in a sample of the federal prison population: a retrospective chart review. CMAJ Open [Internet]. 2016 [citado 2017 set. 25];4(2):326-30. Disponível em: DOI: <https://dx.doi.org/10.9778%2Fcmajo.20150135>
- (6) Brasil. Casa Civil. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a lei de execução penal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF). 1984 [citado 2017 set. 3]; Seção 1:10227. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm
- (7) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a política nacional de atenção integral de pessoas privadas de liberdade no sistema prisional no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF). 2014 [citado 2017 set. 3]; Seção 1:18. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prio001_02_01_2014.html
- (8) Pinheiro M, Lima de Araújo J, Borges de Vasconcelos R, Cosme do Nascimento E. Health profile of freedom-deprived men in the prison system. Invest Educ Enferm [Internet]. 2015 [citado 2017 set. 26];33(2):269-79. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a09>
- (9) Oliveira BGRB, Castro JBA, Granjeiro JM. Epidemiologic and clinical overview of patients with chronic wounds treated at ambulatory. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2013 [citado 2017 out. 3];25(5):612-17. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2013.10035>
- (10) Ribeiro-Chavaglia SR, Barduchi-Ohl RI, Contim D, Antar-Gamba M. Pessoas que convivem com feridas: uma reflexão teórica. REFACS [Internet]. 2015 [citado 2017 nov. 2];3(2):88-94. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497950365005>
- (11) Santos ICRV, Souza MAO, Andrade LNV, Lopes MP, Silva MFAB, Santiago RT. Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na atenção primária. Rev Rene [Internet]. 2014 [citado 2017 out. 5];15(4):613-20. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400008>
- (12) Lourenço L, Salome GM, Blanes L, Ferreira LM. Quality of life and self – esteem in patients with paraplegia and pressure ulcers: a controlled cross-sectional study. J Wound Care [Internet]. 2014 [citado 2017 out. 3];23(6):331-7. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.12968/jowc.2014.23.6.331>

- (13) Adriaansen JJ, Ruijs LE, Van Koppenhagen CF, van Asbeck FW, Snoek GJ, van Kuppevelt D, *et al.* Secondary health conditions and quality of life in persons living with spinal cord injury for at least ten years. *J Rehabil Med* [Internet]. 2016 [citado 2017 set. 25];48(10):853-60. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.2340/16501977-2166>
- (14) Santos HB, Nardi HC. Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso? *Physis* [Internet]. 2014 [citado 2017 set. 29];24(3):931-49. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300014>
- (15) Moschetti K, Stadelmann P, Wangmo T, Holly A, Bodenmann P, Wasserfallen JB, *et al.* Disease profiles of detainees in the Canton of Vaud in Switzerland: gender and age differences in substance abuse, mental health and chronic health conditions. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 [citado 2018 mar. 10];15(15):872. Disponível em: DOI: [DOI: 10.1186/s12889-015-2211-6](https://doi.org/10.1186/s12889-015-2211-6)
- (16) Lima KRB, Oliveira SP, Rodriguez GCB, Nascimento RA, Nunes LM, Aiquoc KM *et al.* Characterization of publication on burns in Brazil and changes resulting from trauma in Brazil: systematic review of the literature. *International Archives of Medicine* [Internet]. 2016 [citado 2017 set. 25];9(391):1-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.3823/2262>
- (17) Derakhshanrad N, Yekaninejad MS, Vosoughi F, Sadeghi-Fazel F, Saberi H. Epidemiological study of traumatic spinal cord injuries: experience from a specialized spine center in Iran. *Spinal Cord* [Internet]. 2016 [citado 2018 abr. 10];54(10):901-7. Disponível em: DOI: [DOI: 10.1038/sc.2016.10](https://doi.org/10.1038/sc.2016.10)
- (18) Nogueira PC, Godoy S, Mendes IAC, Roza DL. Conhecimento dos cuidadores de indivíduos com lesão medular sobre prevenção de úlcera por pressão. *Aquichan* [Internet]. 2015 [citado 2018 abr. 10];15(2):188-99. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.2.3>
- (19) Costa RC, Caliri MHL, Costa LS, Gamba MA. Fatores associados a ocorrência de úlcera por pressão em lesados medulares. *Rev Neurocienc* [Internet]. 2013 [citado 2017 nov. 2];21(1):60-8. Disponível em: DOI: [DOI: 10.4181/RNC.2013.21.796.9p](https://doi.org/10.4181/RNC.2013.21.796.9p)
- (20) Fazel F, Derakhshanrad N, Yekaninejad MS, Vosoughi F, Derakhshanrad A, Saberi H. Predictive value of Braden risk factors in pressure ulcers of outpatients with spinal cord injury. *Acta Med Iran* [Internet]. 2018 [citado 2018 mai. 4];56(1):56-61. Disponível em: <http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/viewFile/6240/5043>
- (21) Adriaansen JJ, Post MW, De Groot S, van Asbeck FW, Stolwijk-Swüste JM, Tepper M, *et al.* Secondary health conditions in persons with spinal cord injury: a longitudinal study from one to five years post-discharge. *J Rehabil Med* [Internet]. 2013 [citado 2017 nov. 21];45(10):1016-22. Disponível em: DOI: [DOI: 10.2340/16501977-1207](https://doi.org/10.2340/16501977-1207)
- (22) Cogan AM, Blanchard J, Garber SL, Vigen CL, Carlson M, Clark FA. Systematic review of behavioral and educational interventions to prevent pressure ulcers in adults with spinal cord injury. *Clin Rehabil* [Internet]. 2017 [citado 2018 mai. 4];31(7):871-80. Disponível em: DOI: [DOI: 10.1177/0269215516660855](https://doi.org/10.1177/0269215516660855)
- (23) Groah SL, Schladen M, Pineda CG, Hsieh CH. Prevention of pressure ulcers among people with spinal cord injury: a systematic review. *PM&R* [Internet]. 2015 [citado 2018 abr. 18];7(6):613-36. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2014.11.014>
- (24) McInnes E, Chaboyer W, Murray E, Allen T, Jones P. The role of patients in pressure injury prevention: a survey of acute care patients. *BMC Nurs* [Internet]. 2014 [citado 2018 mai. 5];13(41):[cerca de 17 ecrãs]. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s12912-014-0041-y>
- (25) Chibante C, Santo F, Santos T, Porto I, Daher D, Brito W. Knowledge and practices in care focused on individuals with wounds. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2018 jan. 25];21(2):e20170036. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170036>
- (26) Pazyar N, Yaghoobi R, Rafiee E, Mehrabian A, Feily A. Skin wound healing and phytomedicine: a review. *Skin Pharmacol Physiol* [Internet]. 2014 [citado 2017 mar. 10];27(6):303-10. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1159/000357477>
- (27) Filho NSC, Gaspar EF, Siqueira KL, Monteiro CL, Andreoli CV, Ejnisman B, *et al.* Pyomyositis in athletes after the use of anabolic steroids - case reports. *Rev Bras Ortop* [Internet]. 2015 [citado 2016 nov. 27];46(1):97-100. Disponível em: DOI: [DOI: 10.1016/S2255-4971\(15\)30185-3](https://doi.org/10.1016/S2255-4971(15)30185-3)
- (28) Shiber JR. Pyomyositis due to anabolic steroid injection. *J Emerg Med* [Internet]. 2013 [citado: 2016 nov. 29];44(1):e69-70. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.06.008>
- (29) Summers PJ, Struve IA, Wilkes MS, Rees VW. Injection-site vein loss and soft tissue abscesses associated with black tar heroin injection: a cross-sectional study of two distinct populations in USA. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2017 [citado 2018 mai. 5];39:21-7. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.08.006>
- (30) Dahlman D, Hakansson A, Kral AH, Wenger L, Ball EL, Novak SP. Behavioral characteristics and injection practices associated with skin and soft tissue infections among people who inject drugs: A community-based observational study. *Subst Abuse* [Internet]. 2017 [access: 2018 may 07];38(1):105-112. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1263592>

O acompanhante do paciente oncológico em fase terminal: percepção do técnico de enfermagem *

El acompañante del paciente oncológico en fase terminal: percepción del técnico de enfermería

The companion of cancer patient in terminal stage: perception of the nursing technician

* Pesquisa oriunda da defesa de trabalho de conclusão de curso "Percepção da equipe de enfermagem em relação ao acompanhante do paciente oncológico em fase terminal"

Cómo citar: Bernardes J, Nolasco F, Jardim A, Cunha G, Takeshita I, Barroso R. O acompanhante do paciente oncológico em fase terminal: percepção do técnico de enfermagem. *Av Enferm.* 2019. 37(1):27-37 DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.71351>

1 Juliana Felipelli Bernardes

Prefeitura Municipal de Brumadinho, Hospital Municipal João Fernandes do Carmo. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8219-4472>
Correio eletrônico: jfb3377@gmail.com

Contribuição: o projeto foi resultado de um Trabalho de Conclusão de Curso da aluna. Participou ativamente de todo o processo até a escrita do artigo.

2 Frederico Francisco Nolasco

Santa Casa de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0302-9653>
Correio eletrônico: fredenolasco@hotmail.com

Contribuição: o projeto foi resultado de um Trabalho de Conclusão de Curso do aluno. Participou ativamente de todo o processo até a escrita do artigo.

3 Alessandra Silva Lima Jardim

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0108-5002>
Correio eletrônico: aleenf@gmail.com

Contribuição: Participou ativamente de todo o processo, culminando na escrita do artigo. Análise crítica do artigo.

4 Genilton Rodrigues Cunha

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4152-1489>
Correio eletrônico: geniltonrc@yahoo.com.br

Contribuição: realizou contribuições significativas para a melhoria do projeto de pesquisa. Participou ativamente da escrita do artigo. Análise crítica do artigo.

5 Isabela Mie Takeshita

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1710-7555>
Correio eletrônico: isa_ix@yahoo.com.br

Contribuição: realizou contribuições significativas para a melhoria do projeto de pesquisa. Participou ativamente da escrita do artigo. Análise crítica do artigo.

6 Renata Adriana de Araújo Barroso

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0740-5559>
Correio eletrônico: renatadearaujo@hotmail.com

Contribuição: convidada para a escrita do artigo por sua afinidade prática com o tema. Sugeriu reestruturações relacionadas à fluidez da leitura, que tornaram especialmente a discussão mais alinhada aos resultados do trabalho.



Resumo

Objetivo: compreender a percepção dos técnicos de enfermagem em relação aos acompanhantes dos pacientes oncológicos em fase terminal.

Metodologia: trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória de natureza qualitativa, desenvolvida em um hospital referência para o tratamento do câncer em Belo Horizonte, Minas Gerais. Utilizou-se a análise de conteúdo fundamentada em Bardin para a avaliação das entrevistas. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2016.

Resultados: a partir da análise das entrevistas, emergiram duas categorias empíricas: *O conviver cotidiano do técnico de enfermagem e o acompanhante do paciente oncológico em fase terminal* e *Fatores dificultadores da interação da enfermagem com os acompanhantes*, focando-se na interação dos profissionais com o acompanhante e os fatores de conflito entre as partes.

Conclusão: foi evidenciada a importância do acompanhante pelo técnico de enfermagem nesse processo de terminalidade, na medida em que podem proporcionar segurança e acolhimento ao paciente. No entanto, a ausência de uma comunicação adequada entre os acompanhantes e o profissional foi o fator preponderante na geração de conflitos. A enfermagem requer, por parte da instituição assim como do acompanhante, de espaços nos quais possam expressar suas angústias e anseios, fazendo que esse percurso seja um momento de acolhimento e de criação de vínculos entre os envolvidos.

Descritores: Enfermagem Oncológica; Equipe de Enfermagem; Cuidadores; Doente Terminal (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: comprender la percepción de los técnicos de enfermería sobre los acompañantes de los pacientes oncológicos en estado terminal.

Metodología: investigación descriptiva exploratoria de naturaleza cualitativa, desarrollada en un hospital de referencia para tratamiento de cáncer en Belo Horizonte, Minas Gerais. Se utilizó análisis de contenido fundamentado en Bardin para la evaluación de las entrevistas. La recolección de los datos se hizo entre los meses de septiembre y octubre de 2016.

Resultados: a partir del análisis de las entrevistas, emergieron dos categorías empíricas: *La vida diaria del técnico de enfermería y el acompañamiento del paciente oncológico en fase terminal*; y *Factores que dificultaban la interacción de enfermería con los acompañantes*, con enfoque en la interacción de los profesionales con el acompañante y los factores de conflicto entre las partes.

Conclusión: el técnico de enfermería evidenció la importancia del acompañante en el proceso de estado terminal, en la medida en que puede proporcionar seguridad y acogida al paciente. Sin embargo, la ausencia de una comunicación adecuada entre los acompañantes y el profesional fue el factor preponderante en la generación de conflictos. La enfermería requiere de parte de la institución y del acompañante, espacios en los cuales se puedan expresar angustias y anhelos, haciendo de ese recorrido un momento de acogida y de creación de vínculos entre los involucrados.

Descriptorios: Enfermería Oncológica; Grupo de Enfermería; Cuidadores; Enfermo Terminal (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to understand the perception of the nursing technicians about the companions of cancer patients in terminal stage.

Methodology: descriptive and exploratory research of qualitative nature, developed in a referral hospital for treatment of cancer in Belo Horizonte, Minas Gerais. It was used analysis of content based on Bardin for the evaluation of the interviews. The data collection was made between the months of September and October 2016.

Results: from the analysis of the interviews, two empirical categories emerged: *the everyday life of the technicians nursing and the companions of patients in the terminal stage of cancer*, and *factors that hindered the interaction of nursing with the companions*, with focus on the interaction of professionals and the companion and factors of conflict between the parties.

Conclusions: nursing technician showed the importance of the companion in the process of terminal stage, to the extent that he can provide security and welcome to the patient. However, the absence of proper communication between colleagues and professional was the dominating factor in the generation of conflict. Nursing requires from the institution and companion spaces in which anguish and desires can be expressed, making this journey a moment of welcome and creation of linkages among those involved.

Descriptors: Oncology Nursing; Nursing Team; Caregivers; Terminally Ill (source: DeCS, BIREME).

Introdução

Estimativas da Agência Internacional de Pesquisa sobre câncer sinalizaram que, em 2012, 14,1 milhões de novos casos de câncer ocorreram no mundo, sendo 8 milhões desses casos advindos de países em desenvolvimento. O número total de mortes nesse mesmo ano foi de 8,2 milhões (1).

Mais de dois terços dessas 8,2 milhões de mortes anuais por câncer ocorrem em países de renda média e baixa. Apenas o BRICS (grupo de emergentes composto por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) concentrou 42 % desse total, ou seja, quatro em cada dez casos. Os prejuízos às economias desses países somam US\$ 46,3 bilhões, aproximadamente R\$ 150 bilhões (2).

Os gastos expressivos aliados ao aumento do número de portadores dessa comorbidade demonstram a magnitude desse problema no Brasil, o que o configura como importante problema de saúde pública (3). Para o biênio 2018/19 é esperada a notificação de 600 mil novos casos de câncer anualmente em território brasileiro (4).

Prestar assistência ao portador de câncer, em determinadas situações, também significa lidar com a possibilidade de morte. O paciente com diagnóstico de câncer em fase terminal pode permanecer hospitalizado por um longo período, com consequências em seu estado físico e mental tais como: dor, ansiedade e depressão. A presença de um familiar ou cuidador nesse momento pode proporcionar apoio e confiança, no entanto, esse acompanhante também é tomado por vários sentimentos, dentre eles a dor que partilha com o paciente internado (5). Neste sentido, a enfermagem é responsável por dar atenção, apoio emocional e informações ao acompanhante nesse período crítico (6).

Observa-se formas diferenciadas adotadas pela enfermagem para lidar com a finitude, fazendo com que o profissional por vezes se distancie do paciente e dos familiares, como estratégia de defesa (7). Um estudo de revisão sistemática acerca da literatura nacional brasileira identificou que trabalhadores com maior indicação de estresse fazem maior uso, no contexto laboral, de estratégias como fuga-esquiva, afastamento e confronto. Porém, quando não associado ao estresse, a estra-

tégia de enfrentamento mais utilizada foi a resolução de problemas (8).

Estudos demonstram que a enfermagem direciona sua atenção ao paciente, negligenciando o acompanhante. A falta de apoio emocional aumenta o nível de cansaço e estresse o que resulta em isolamento, insegurança e sobrecarga, com piora substancial da qualidade de vida desses acompanhantes (9, 10). A despersonalização gerada em um atendimento da enfermagem, que não considera o acompanhante como parte do processo, recai diretamente sobre o paciente, pois um acompanhante ansioso e inseguro trará consequências negativas sobre o quadro do indivíduo internado (11).

Diante desta problemática, questiona-se: qual a percepção do técnico de enfermagem em relação ao acompanhante do paciente oncológico em fase terminal? Para responder esta questão norteadora, o estudo teve como objetivo compreender a percepção dos técnicos de enfermagem em relação aos acompanhantes de pacientes oncológicos em fase terminal.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, de natureza qualitativa. A abordagem qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças das percepções e das opiniões dos indivíduos (12).

O estudo foi desenvolvido nas Unidades de Internação e no Pronto Atendimento de um hospital público de grande porte, referência para o tratamento do câncer na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram seguidas as orientações expressas na Resolução MS 466/2012 (13) que trata de pesquisas com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (Parecer nº 1.652.086) e também pelo CEP do referido hospital (Parecer nº 1.688.039). Todo o trabalho de campo foi iniciado após a aprovação pelos CEP supracitados, respeitando o exigido pela legislação brasileira.

Foram incluídos os técnicos de enfermagem de ambos os sexos dos períodos diurno e noturno com atuação no pronto socorro e na unidade de internação. Foram excluídos os profissionais que estivessem de licença saúde ou férias no período da coleta de dados.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, as entrevistas foram encerradas quando houve a saturação de dados. O critério de saturação de dados se concretiza assim que o conhecimento formado pelo pesquisador no campo capta a lógica formal do grupo estudado. Em outras palavras, a inserção de novos participantes não resultará na formulação de novas ideias ou categorias empíricas para o estudo (12).

Foram entrevistados 18 profissionais das unidades de internação e pronto socorro do referido hospital. A escolha dessas unidades se deve à sua proximidade com os acompanhantes. O pronto atendimento é o setor no qual o acompanhante e o paciente se inserem no hospital, sendo o primeiro contato com a instituição, especialmente em caso de intercorrências. Já, na unidade de internação, a permanência do acompanhante é permitida durante o tempo que for necessário, portanto é um local que propicia convivência entre equipe e acompanhante.

Para a realização da coleta de dados foi elaborado um roteiro semiestruturado pelas próprias pesquisadoras e que, após aprovação dos CEP citados, passou por uma fase de validação, por meio de 3 pré-testes que não identificaram a necessidade de ajustes. O instrumento de coleta continha dados sociodemográficos como sexo, idade, tempo de atuação na instituição e tempo de trabalho com o paciente oncológico. Também, o roteiro foi dotado de questões que discutiam a percepção dos técnicos de enfermagem em relação à permanência dos acompanhantes com o paciente terminal, além de fatores que poderiam dificultar a interação do profissional e acompanhante.

As entrevistas tiveram a duração de aproximadamente 20 minutos, realizadas em horários previamente agendados com a coordenação de enfermagem. Foram convidados os profissionais que estivessem no plantão diurno e noturno no momento da presença da pesquisadora no campo. A fim de manter a confidencialidade e anonimato dos entrevistados, as entrevistas foram realizadas de forma individual em sala cedida pela instituição, sendo atribuídos códigos identificadores de acordo com a sequência em que ocorreram as entrevistas (TE1, TE2, TE15).

Para a análise das entrevistas, utilizou-se a análise do conteúdo que realiza um conjunto de técnicas de análise das comunicações com o intuito de obter, por procedimentos sistemáticos, a descrição do conteúdo das mensagens e indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos

às condições de produção/recepção destas mensagens. A técnica se baseia em três fases fundamentais: a pré-análise, considerada a fase de organização que utiliza leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores; a exploração do material que engloba codificação a partir de unidades de registro; e a fase de tratamento dos resultados que realiza a categorização desses dados (14).

Resultados

18 técnicos de enfermagem participaram do estudo, sendo 66,7 % (n = 12) do sexo feminino e 33,3 % (n = 6) do sexo masculino. Em relação ao turno de trabalho dos profissionais entrevistados, 44,44 % (n = 8) pertenciam ao turno matutino e 55,56 % (n = 10) pertenciam ao noturno.

A média de idade dos profissionais foi de 35,4 anos, com média de 38,8 anos para o sexo feminino e 28,8 anos para o sexo masculino. O tempo de trabalho na instituição resultou em uma mediana de 5,5 anos e a mediana de tempo de atuação com o paciente oncológico foi de 5 anos.

Após uma breve discussão do perfil dos entrevistados, procedeu-se à análise, em profundidade, das entrevistas na qual foram identificadas duas categorias empíricas:

O conviver cotidiano do técnico de enfermagem e acompanhante do paciente oncológico em fase terminal

Foi demonstrado nos discursos que os profissionais de saúde percebem o acompanhante como essencial na rotina enfrentada pelo paciente em fase terminal:

É muito bom o aconchego familiar, faz toda a diferença, pois faz com que o paciente se sinta confiante [TE1].

Avalio de maneira positiva estar em companhia familiar, acho que o paciente se sente mais seguro. Alguns acompanhantes ficam com o paciente por meses no hospital, acho bem positivo,

o paciente se sentir amparado pelo familiar [TE2].

A presença do acompanhante é muito importante para o conforto do paciente, pois dá segurança e ele se sente acolhido pela família [TE8].

Alguns profissionais também relataram que os acompanhantes percebem que a hora de seu familiar está próxima e isso resulta em sentimentos:

Eles ficam um pouco deprimidos, impacientes, agitados, intolerantes e alguns choram muito [TE2].

Eles percebem que a hora do paciente está próxima pela forma ainda mais carinhosa que agem com os mesmos [TE7].

Normalmente os acompanhantes ficam desesperados, chorosos ou nervosos. E tem acompanhante que, quando percebe que seu ente querido não passará daquela noite ou dia, ele vai embora. Acredito ser uma fuga [...] mas ver um paciente falecer sem um parente próximo é muito triste [TE10].

Nessa perspectiva iminente da finitude, boa parte das reações dos acompanhantes são descritas com sentimentos de não aceitação e podem ser esperadas ações por parte da enfermagem:

Aceitação do familiar em relação ao estado do paciente é importante, pois mesmo sabendo que no momento é só conforto, alguns familiares não aceitam [TE4].

Quando o acompanhante já sabe do estado do paciente e mesmo

assim quer que todos nós nos desdobreemos para salvar a vida dele, não é fácil [TE7].

Os participantes relataram inúmeros fatores que podem influenciar na interação desses profissionais com os acompanhantes. Tais fatores foram agrupados na categoria empírica abaixo:

Fatores dificultadores da interação dos técnicos de enfermagem com os acompanhantes

Os profissionais relatam que a falta de comunicação é um fator que resulta em desentendimentos com os acompanhantes:

A falta de comunicação e de resiliência de ambas as partes. O médico deve sempre ser claro com o acompanhante sobre o estado geral do paciente [TE12].

Os acompanhantes deveriam ser melhor orientados de sua função como acompanhantes, pois, às vezes, eles mais atrapalham do que ajudam [TE13].

Em minha opinião, a falta de informação de muitos deles é o que dificulta um bom relacionamento entre a equipe de enfermagem e os respectivos acompanhantes [TE11].

Contudo, alguns profissionais relataram o que deve ser feito a fim de reduzir os problemas de comunicação entre eles e os acompanhantes:

Passar as orientações para os acompanhantes no ato da admissão, quanto às regras do setor [TE11].

O médico deve sempre ser claro para o acompanhante sobre o estado geral do seu familiar [TE12].

Outro fato levantado nos discursos foi a falta de preparo do profissional de enfermagem para lidar com esse momento de dor e angústia da família na ocasião da perda do ente querido:

O sofrimento da família, às vezes, deixa o trabalho da enfermagem difícil, pois muitas vezes não sabemos confortar a família, nem ter solução para aquele paciente em fase terminal [TE8].

Eles percebem, e imediatamente, que a hora de seu familiar se aproxima e comunicam a nós, da enfermagem, sobre as alterações, pedem para encontrarmos uma solução! [TE11].

Portanto, percebe-se a necessidade de um apoio psicológico ao paciente e aos familiares, como evidenciado nos discursos:

O acompanhante deveria ter acompanhamento de um psicólogo na fase terminal, pois é um momento difícil para a família [TE14].

Devia ter acompanhamento do psicólogo as 24 horas e fisioterapeuta à noite, pois facilitaria o trabalho [TE17].

Outro fator que influencia de forma negativa todo o processo durante o plantão é a sobrecarga de trabalho. Alguns acompanhantes demandam muita atenção da enfermagem o que dificulta o trabalho do profissional, já que a escala de plantão geralmente é limitada em recursos humanos:

Quanto a nós da enfermagem, alguns são super educados e reconhecem a minuciosidade de nosso trabalho. Já outros, não querem saber a quantidade de pacientes que temos dentro do PA e querem atendimento urgente [TE1].

[...] a sobrecarga e o grau de dificuldade dos pacientes muito dependentes, isso dificulta [TE17].

Gostaria que tivesse mais respeito ao profissional, com menos sobrecarga de serviço [TE16].

O que dificulta é eles pensarem em questão de exclusividade para o paciente, não somos exclusivos! [TE15].

Discussão

Foi evidenciado nos discursos que os profissionais de saúde percebem que o acompanhante proporciona segurança e acolhimento, sendo essencial sua permanência junto ao paciente em fase terminal. No momento em que um diagnóstico de câncer é confirmado, a dinâmica familiar passa por transformações e rearranjos em sua organização interna, a fim de atender às necessidades do indivíduo acometido pelo câncer. Nesse momento de vulnerabilidade do paciente, a família é aliada no enfrentamento da hospitalização, por meio da partilha de apoio e segurança junto à equipe (15).

Os profissionais de saúde devem inserir o acompanhante nesse processo para que este se sinta simultaneamente acolhido e corresponsável pelo processo de cuidar (16). A interação desse acompanhante com o paciente em fase terminal deve ser estimulada pela equipe que pode encorajá-lo a demonstrar seu afeto pelo paciente por meio de toques e gestos; tal fato pode fortalecer a relação entre ambos (17).

No entanto, também foi evidenciado que o acompanhante possui dificuldades quanto à aceitação da perda desse paciente/familiar. O enfrentamento do estresse desencadeado pela situação geradora de conflitos depende de atributos pessoais de natureza cultural e emocional, baseado nas experiências de vida de cada indivíduo e em sua personalidade (18). Dessa forma, o *coping* é uma estratégia de enfrentamento que objetiva o controle do estresse emocional a partir de comandos cognitivos (19).

No presente estudo, a estratégia de fuga e esquiva era comumente utilizada, diante da possibilidade da morte daquele paciente. Em contrapartida,

estudo realizado com acompanhantes evidenciou que a reavaliação positiva (com foco no crescimento pessoal e dimensão religiosa) e o suporte social foram as estratégias de *coping* mais utilizadas para o enfrentamento das situações estressoras no cotidiano hospitalar, sendo a fuga e esquiva as menos utilizadas (20). Observa-se a necessidade da instituição de saúde ofertar serviços de apoio religioso e emocional às famílias, contemplando crenças religioso-espirituais dos familiares, de forma a estimular estratégias de *coping* positivas. Intervenções em grupo podem diminuir a sobrecarga emocional de familiares e cuidadores, conferindo maior satisfação e promovendo interação com a equipe (21).

Sintomas comuns nos cuidadores, como humor deprimido e insônia, podem ser evitados por meio de intervenções de cunho psicológico (22) direcionadas para a manutenção da esperança ao cuidar de um paciente em fase terminal, pois a manutenção dessa esperança é fator protetor contra a sobrecarga em cuidadores (23). Ademais, o humor do cuidador possui relação direta e significativa com a qualidade emocional do paciente, ou seja, se o humor do cuidador piora, o mesmo ocorre com o estado emocional do paciente. Portanto, ambos devem ser foco de intervenções por parte da equipe de enfermagem (24).

As abordagens nocivas também podem ser usadas pela equipe de enfermagem, já que esta lida diariamente com agentes estressores em sua rotina diária. Há um despreparo dos profissionais de saúde em lidar com a terminalidade, classificando-a da forma biológica como falência das funções vitais. Ao utilizar essa abordagem reducionista, os profissionais experimentam sensações de impotência e frustração diante da morte (25). De fato, isso foi evidenciado nos discursos dos técnicos de enfermagem quando os mesmos relataram que o sofrimento da família era algo que os sensibilizava e acarretava sensação de impotência diante da situação do paciente em fase terminal.

O processo de perda elaborado de forma inadequada pelos profissionais faz com que os mesmos se distanciem do paciente e dos acompanhantes, como estratégia de proteção contra o sofrimento. O trabalho da enfermagem com acompanhantes de pacientes em fase terminal em ambiente hospitalar é um processo desafiador para a equipe, pois esse distanciamento pode resultar em limitações e desqualificação do processo de cuidar (7).

Em estudo de revisão integrativa, foi demonstrado um incremento de publicações brasileiras acerca da temática morte/morrer nos últimos anos. No entanto, o assunto ainda tem sido pouco discutido pelas instituições de ensino formadoras, fazendo com que tanto profissionais de enfermagem quanto acadêmicos recorram a formas inadequadas para lidar com o estresse e o sofrimento gerados pelo momento vivenciado. Por vezes, os profissionais podem se comportar de forma impessoal e tecnicista a fim de elaborar o processo da perda (25). Podem até mesmo ocultar a verdade sobre o real quadro do paciente ou desviar o assunto, pois não se sentem aptos para abordá-lo (26).

Observa-se que boa parte dos cursos de enfermagem não dispõe de disciplinas que contemplem o tema morte com a ênfase necessária, diante de sua grande complexidade (25). Como resultado, a percepção do processo morte/morrer por parte do profissional é limitada o que atrapalha a sua abordagem e discussão sobre o tema de forma acolhedora (23, 27).

A fim de minimizar esse problema no meio hospitalar, estratégias como educação continuada da equipe, gestão participativa e reuniões periódicas que discutam as suas dificuldades no processo, podem ser utilizadas pelo gestor para promover mudanças positivas de comportamento. Com isso, ocorre redução do absenteísmo no trabalho, aumento da produtividade e redução dos riscos ocupacionais, com repercussões positivas na qualidade do cuidado prestado (28).

A falta de clareza das informações a serem dadas aos familiares e ao paciente com câncer e a falta de comunicação quanto ao real quadro do familiar em estágio terminal, também foram relatados pelos depoentes da pesquisa, o que causou conflitos na relação profissionais/acompanhantes. Há falhas na comunicação entre profissionais e acompanhantes, pois não destinam tempo suficiente para se comunicarem (29). As principais preocupações do acompanhante se relacionam às necessidades de informação, além das necessidades emocionais e psicológicas (30, 31).

A fim de promover essa interação com o acompanhante, a comunicação é essencial para que a confiança seja estabelecida nessa relação (32). Ao envolver o acompanhante no processo, verifica-se que a ênfase da equipe recai sobre orientações educacionais acerca do contexto vivenciado, menos discussões relacionadas apenas à execução

das tarefas, com estreitamento do vínculo entre as partes (33).

A equipe de enfermagem deve conter atributos que a façam ser reconhecida por sua capacidade de transmitir segurança aos pacientes e acompanhantes, tanto no âmbito técnico quanto no âmbito emocional. Características como a escuta diferenciada e a abordagem do outro com dignidade foram citados por pacientes e acompanhantes como estratégias de comunicação utilizadas pelo enfermeiro a fim de executar de forma holística a assistência, focando de forma adequada na terminalidade (34).

É evidenciado que os anos de experiência de trabalho em enfermagem influenciam na percepção do enfermeiro no que tange às necessidades dos acompanhantes e pacientes no fim da vida; sendo aqueles com maior tempo de trabalho na saúde dotados de maior percepção dessas necessidades e desenvolvimento de diálogos mais efetivos (35).

Obteve-se no estudo uma mediana de 5 anos de atuação dos profissionais com o paciente oncológico, entretanto, esse tempo não resultou na tomada de atitudes baseadas em segurança e diálogo com o acompanhante. Dessa forma, faz-se necessária a identificação de um rol de competências para a atuação dos profissionais na área da oncologia. Os *gaps* identificados na formação do profissional possibilitarão o desenvolvimento de competências necessárias à sua atuação. De fato, experiências anteriores auxiliam na aquisição de competências, mas não as garantem sem capacitações direcionadas pela organização e também por meio de aperfeiçoamentos realizados pelo próprio profissional (36).

Metodologia muito utilizada atualmente para a aquisição de competências e que visa aprimorar o processo de ensino-aprendizagem é a simulação realística. Pesquisas têm demonstrado que os profissionais se beneficiam do método na medida em que atuar em um ambiente controlado que simula situações clínicas do cotidiano resulta em aquisição de conhecimentos, redução da ansiedade e aumento de autoconfiança profissional (37, 38).

Nos depoimentos também foi evidenciado que há a sobrecarga de trabalho permeando todo o processo na oncologia o que influencia, de forma negativa, toda a dinâmica organizacional instituída. A sobrecarga surge como principal razão de insatisfação no processo de trabalho em oncologia (39). Além da sobrecarga de trabalho, há outros fatores estres-

santes, dentre eles podem ser citados as duplas jornadas, ausência de estrutura física e baixos salários, resultando em despersonalização, desgaste emocional e incompetência por parte dos profissionais que assistem os pacientes oncológicos (40).

De fato, medidas que visam aprimorar a escala de plantão com melhorias na estrutura física institucional podem ter efeitos positivos na sobrecarga de trabalho da equipe. Além disso, incentivar a autonomia dos enfermeiros e a remuneração adequada de técnicos de enfermagem podem ser considerados fatores de satisfação profissional em oncologia (41) e constituir em estratégias utilizadas pelo gestor para a melhoria do processo de trabalho.

Conclusão

O acompanhante do paciente oncológico em fase terminal vivencia momentos difíceis e pode experimentar sentimentos como angústia, medo e tristeza diante da terminalidade de seu familiar. Entretanto, sua presença no ambiente hospitalar pode promover a aceitação do paciente frente à sua finitude, além de constituir um elo desse indivíduo com o mundo exterior e seu meio social nesse período tão delicado.

A pesquisa evidenciou o acompanhante como fundamental no processo de cuidar, proporcionando ao paciente segurança e acolhimento. Os conflitos gerados nesse período se devem a inúmeros fatores, dentre eles, o mais citado foi o fator comunicação. A comunicação é um instrumento essencial do cuidado, seja ela verbal ou não verbal, por meio de gestos ou toques.

A partir do momento em que se estabelece uma comunicação efetiva entre o técnico e o acompanhante, com uma escuta qualificada, ocorrerá a identificação das necessidades dos membros envolvidos, com redução de desentendimentos e desgaste das relações. Fornecer orientações aos acompanhantes acerca de seu papel é essencial, pois essa definição de papéis e dos limites de atuação de cada um podem reduzir situações conflitantes na prática diária.

Além do repasse insuficiente de informações, o acompanhante não recebe suporte emocional adequado o que pode resultar na utilização de estratégias inadequadas para lidar com as diversas situações vivenciadas. Nota-se que o técnico de enfermagem também não recebe tal suporte

emocional. Como resultado desse despreparo em lidar com a finitude, ocorrem conflitos que resultam em sentimentos de frustração e impotência, com possibilidade de levar esse profissional a adocimentos e comprometimento de sua saúde mental.

Propiciar espaços nas instituições que favoreçam a troca de experiências entre os profissionais que lidam diariamente com a terminalidade favorece a elaboração coletiva de enfrentamentos adequados direcionados às situações de estresse vivenciadas. Dessa forma, rodas de conversa conduzidas por psicólogos podem resultar em melhora do estado emocional dos profissionais envolvidos. Outra forma de efetivar essa troca de experiências entre os profissionais é a simulação realística na qual há interação entre os profissionais envolvidos com tomada de decisões de forma adequada no contexto em saúde. Simular situações de estresse vivenciadas no cotidiano resulta em comunicação efetiva entre a equipe, aprimoramento teórico-prático, além da melhora no preparo emocional desses profissionais.

De forma semelhante, o acompanhante também necessita de espaços de interação que estimulem a convivência entre os próprios acompanhantes e os profissionais da equipe. Como resultado, a criação de vínculos por meio da comunicação se efetiva com melhorias na qualidade da assistência prestada.

Referências

- (1) American Cancer Society. Global Cancer Facts & Figures [Internet]. 3.a ed. Atlanta: American Cancer Society; 2015 [citado 2018 jan. 22]. 64 p. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/global-cancer-facts-and-figures/global-cancer-facts-and-figures-3rd-edition.pdf>
- (2) Pearce A, Sharp L, Hanly P, Barchuk A, Bray F, Cancela MC *et al.* Productivity losses due to premature mortality from cancer in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS): a population-based comparison. *Cancer Epidemiol* [Internet]. 2018 [citado 2018 jan. 22];53:27-34. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2017.12.013>
- (3) Neto LA, Teixeira LA. De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. *Bol Mus Para Emilio Goeldi Ciênc Hum* [Internet]. 2017 [citado 2018 fev. 4];12(1):173-88. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981.81222017000100010>
- (4) Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2017 [citado 2018 jan. 22]. 130 p. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018.pdf>
- (5) Sangali AC, Pinto MH, Ribeiro RCHM. Compreensão da família do paciente oncológico sobre cuidados paliativos. *Arq Ciênc Saúde* [Internet]. 2014 [citado 2017 fev. 18];21(3):76-80. Disponível em: [http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-3/IDZ-637-\(21-3\)-jul-Set-2014.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-3/IDZ-637-(21-3)-jul-Set-2014.pdf)
- (6) Northouse LL. Helping patients and their family caregivers cope with cancer. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2012 [citado 2018 abr. 2];39:500-6. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1188/12.ONF.500-506>
- (7) Luz KR, Vargas OAM, Barlem ELD, Schmitt PH, Ramos FRS, Meirelles BHS. Coping strategies for oncology nurses in high complexity. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2018 fev. 22];69(1):59-63. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690109i>
- (8) Melo LP, Carlotto MS, Rodriguez SYS, Diehl L. Estratégias de enfrentamento (coping) em trabalhadores: revisão sistemática da literatura nacional. *Arq Bras Psicol* [Internet]. 2016 [citado 2018 out. 15];68(3):125-44. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000300010&lng=pt
- (9) Beuter M, Brondani CM, Szareski C, Cordeiro FR, Roso CC. Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2017 abr. 19];16(1):134-40. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100018>
- (10) Lim HA, Tan JY, Chua J, Yoong RK, Lim SE, Kua EH *et al.* Quality of life of family caregivers of cancer patients in Singapore and globally. *Singapore Med J* [Internet]. 2017 [citado 2018 jan. 23];58(5):258-61. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.11622/smedj.2016083>
- (11) Da Costa e Silva MED, Da Costa e Silva LD, Barreto-Dantas AL, Rufino de Araújo DO, Santana-Duarte I, Matias de Sousa JF. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico no hospital. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2013 [citado 2018 out. 15];2(spe):69-75. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1359/pdf>
- (12) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14.a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- (13) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Dispõe sobre normas de pesquisa com seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, 12 de dezembro de 2012 [citado 2017 fev. 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

- (14) Câmara RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Rev Interinst de Psicol* [Internet]. 2013 [citado 2018 out. 15];6(2):179-91. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>
- (15) Rossato K, Girardon-Perlini NMO, Mistura C, Van der Sand ICP, Camponogara S, Roso CC. O adoecer por câncer na perspectiva da família rural. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2013 [citado 2017 jan. 25];3:608-17. Disponível em: DOI: 10.5902/2179769210989
- (16) Fassarella CS, Cruz DSM, Pedro SLB. A comunicação entre equipe de enfermagem e acompanhante visando à segurança do paciente oncológico durante o processo de hospitalização. *Rev. Rede Cuidados em Saúde* [Internet]. 2013 [citado 2017 dez. 23];7(1):1-10. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/1902/904>
- (17) Zheng RS, Guo QH, Dong FQ, Owens FG. Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: a qualitative study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015 [citado 2018 abr. 11];52:288-96. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009>
- (18) Pulido-Martos M, Augusto-Landa JM, Lopez-Zafra E. Sources of stress in nursing students: a systematic review of quantitative studies. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2012 [citado 2018 abr. 14];59(1):15-25. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00939.x>
- (19) Moraes ICPS, Martins ASP, Soares EO, Farias EA, Sampaio DD, Carvalho ML. Vivência do enfermeiro frente ao paciente oncológico em fase terminal: uma revisão da literatura. *R Interd* [Internet]. 2013 [citado 2017 nov. 18];6(1):96-104. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/13>
- (20) Fetsch CFM, Portella MP, Kirchner RM, Gomes JS, Benetti ER, Stumm EMF. Estratégias de coping entre familiares de pacientes oncológicos. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2016 [citado 2017 nov. 2];62(1):17-25. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v01/pdf/04-artigo-estrategias-de-coping-entre-familiares-de-pacientes-oncologicos.pdf
- (21) Oliveira WT, Benedetti GMS, Marchi JA, Cassarotti MS, Wakiuchi J, Sales CA. Events that intensify and reduce stress in families of patients with cancer: an integrative review. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2017 out. 20];17(3):713-19. Disponível em: DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130052>
- (22) Kobayakawa M, Ogawa A, Konno M, Kurata A, Hamano J, Morita T *et al.* Psychological and psychiatric symptoms of terminally ill patients with cancer and their family caregivers in the home-care setting: a nation-wide survey from the perspective of bereaved family members in Japan. *J Psychosom Res* [Internet]. 2017 [citado 2018 abr. 18];103:127-32. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.10.012>
- (23) Schrank B, Ebert-Vogel A, Amering M, Masel EK, Neubauer M, Watzke H *et al.* Gender differences in caregiver burden and its determinants in family members of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology* [Internet]. 2016 [citado 2018 abr. 11];25:808-14. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.4005>
- (24) Douglas SL, Daly BJ, Lipson AR. Relationship between physical and psychological status of cancer patients and caregivers. *West J Nurs Res* [Internet]. 2016 [citado 2018 abr. 12];38(7):58-73. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1177/0193945916632531>
- (25) Lima MGR, Nietsche EA, Teixeira JA. Reflexos da formação acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2012 [citado 2017 ago. 15];14(1):181-8. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a21.pdf
- (26) Kassa H, Murugan R, Zewdu F, Hailu M, Woldeyohannes D. Assessment of knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2014 [citado 2018 abr. 12];13(6):1-11. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-6>
- (27) Menin GE, Pettenon MK. Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros. *Rev Bioét* [Internet]. 2015 [citado 2018 abr. 22];23(3):608-14. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233097>
- (28) Dos Santos NAR, Gomes SV, Rodrigues CMA, Santos J, Passos JP. Coping strategies used by oncology palliative care nurses: an integrative review. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2018 abr. 10];21(3):1-7. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/310494932>
- (29) Gordon JE, Deland E, Kelly RE. Let's talk about improving communication in healthcare. *Col Med Rev* [Internet]. 2015 [citado 2018 abr. 9];1(1):23-7. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.7916/d8rf5t5d>
- (30) Sklenarova H, Krumpelmann A, Haun MW, Friederich HC, Huber J, Thomas M. When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer* [Internet]. 2015 [citado 2018 abr. 2];121:1513-19. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.29223>
- (31) Teixeira MJC, Abreu WJC, Costa NMVN. Family caregivers of terminally ill patients at home: contributions for a supervision model. *J Nurs Ref* [Internet]. 2016 [citado 2018 abr. 18];4(8):65-73. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15054>
- (32) Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the future of palliative care. *Asia Pac J Oncol Nurs* [Internet]. 2018 [citado 2018 abr. 19];5:4-8. Disponível em: DOI: https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_43_17

(33) Wittenberg-Lyles E, Oliver DP, Kruse RL, Demiris G, Gage LA, Wagner K. Family caregiver participation in hospice interdisciplinary team meetings: how does it affect the nature and content of communication? *Health Commun* [Internet]. 2013 [citado 2018 abr. 14];28(2):110-18. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.652935>

(34) Jack BA, Mitchell TK, Cope LC, O'Brien MR. Supporting older people with cancer and life limiting conditions dying at home: a qualitative study of patient and family caregiver experiences of hospice at home care. *J Adv Nurs* [Internet]. 2016 [citado 2018 abr. 9];72(9):2162-72. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12983>

(35) Sharon-Siaw CC, Azlina Y, Soon LK. Critical care nurses' perceptions of end of life communication. *Austin Crit Care Case Rep* [Internet]. 2017 [citado 2018 abr. 12];1(1):1-4. Disponível em: <http://austinpublishinggroup.com/critical-care-case-reports/index.php#>

(36) Aued GK, Bernardino E, Peres AM, Lacerda MR, Dallaire C, Ribas EN. Clinical competences of nursing assistants: a strategy for people management. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2018 out. 20];69(1):130-7. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690119i>

(37) Sharour LA. Implementing simulation in oncology emergencies education: a quasi-experimental design. *Technol Health Care* [Internet]. 2019 [citado 2019 jan. 22];Pre-press:1-10. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.3233/THC-181543>

(38) Boyde M, Cooper E, Putland H, Stanton R, Harding C, Learmont B *et al.* Simulation for emergency nurses (SIREN): a quasi-experimental study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2018 [citado 2019 jan. 22];68:100-4. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.030>

(39) Bordignon M, Monteiro MI, Mai S, Martins MFSV, Rech CRA, Trindade LL. Oncology nursing professional's job satisfaction and dissatisfaction in Brazil and Portugal. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2016 jan. 9];24(4):925-33. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500004650014>

(40) Hercos TM, Vieira FS, Oliveira MS, Buetto LS, Shimura CMN, Sonobe HM. O trabalho dos profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva na assistência ao paciente oncológico. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2014 [citado 2017 jun. 23];60(1):51-8. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/08-revisao-literatura-o-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-em-unidades-de-terapia-intensiva-na-assistencia-ao-paciente-oncologico.pdf

(41) Silva VR, Velasque LS, Tonini T. Job satisfaction in an oncology nursing team. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2018 abr. 19];70(5):988-95. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0422>

Microcefalia relacionada ao vírus Zika e dinâmica familiar: perspectiva da mãe*

Microcefalia relacionada con el virus Zika y dinámica familiar: perspectiva de la madre

Microcephaly related to Zika virus and family dynamics: perspective of the mother

* Este artigo é oriundo do trabalho de conclusão de curso: "Impactos causados na família com o diagnóstico de microcefalia relacionada ao vírus Zika".

Cómo citar: Menezes A, Alves M, Gomes T, Pereira J. Microcefalia relacionada ao vírus Zika e dinâmica familiar: perspectiva da mãe. 2019. Av Enferm, 37(1) 38:46. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72008>

1 Agna Soares da Silva Menezes

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2913-0071>
Correio eletrônico: aggna@hotmail.com

Contribuição: Concepção e planejamento do projeto, análise e interpretação dos resultados, elaboração da primeira versão do manuscrito e da final, revisão crítica do conteúdo do manuscrito.

2 Maria José Soares Alves

Secretaria Municipal de Saúde de Francisco Sá, Francisco Sá, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7191-3526>
Correio eletrônico: msoaresalves@hotmail.com

Contribuição: Coleta de dados, análise e interpretação dos resultados, elaboração da primeira versão do manuscrito, revisão crítica do conteúdo do manuscrito.

3 Thalita Pereira Gomes

Secretaria Municipal de Saúde de Francisco Sá, Francisco Sá, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6915-7602>
Correio eletrônico: thalita_fernandes71@yahoo.com.br

Contribuição: Coleta de dados, análise e interpretação dos resultados, elaboração da primeira versão do manuscrito, revisão crítica do conteúdo do manuscrito.

4 João Alves Pereira

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0980-4454>
Correio eletrônico: joao_alvespereira@yahoo.com.br

Contribuição: revisão crítica do conteúdo do manuscrito e participação na versão final.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72008>

Recibido: 03/05/2018 Aprobado: 10/12/2018



Resumo

Objetivo: compreender como os familiares de crianças diagnosticadas com microcefalia pelo vírus Zika (ZIKV) reagiram emocionalmente ao diagnóstico e o impacto desse evento na dinâmica familiar.

Metodologia: estudo descritivo-exploratório de cunho qualitativo realizado em um município de médio porte de Minas Gerais (Brasil). Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada gravada e transcrita. O *corpus* foi submetido à análise de conteúdo conforme o preconizado por Bardin.

Resultados: verificou-se que as mães demonstraram preocupação diante da hipossuficiência de informações sobre a condição dos filhos. O diagnóstico trouxe uma sensação de desconstrução do filho idealizado e desencadeou reações de estresse emocional. As mães demonstraram possuir grandes incertezas em relação ao futuro dos filhos. Foi relatado que os pais participam ativamente no cuidado.

Conclusão: evidencia-se, nas narrativas das mães, a necessidade de maior eficiência dos serviços públicos de assistência, especialmente os de saúde, quanto ao acompanhamento das crianças e orientação das famílias.

Descritores: Infecção pelo Zika Vírus; Microcefalia; Crianças com Deficiência; Relações Familiares (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: comprender cómo los familiares de niños diagnosticados con microcefalia por el virus Zika (ZIKV) reaccionaron emocionalmente al diagnóstico y el impacto de ese evento en la dinámica familiar.

Metodología: estudio descriptivo-exploratorio de cunho cualitativo, realizado en un municipio de tamaño mediano de Minas Gerais (Brasil). Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada grabada y transcrita. El *corpus* se sometió al análisis de contenido según lo preconizado por Bardin.

Resultados: se verificó que las madres mostraron preocupación ante la insuficiencia de información sobre la condición de sus hijos. El diagnóstico trajo una sensación de desconstrucción del hijo idealizado y desencadenó reacciones de estrés emocional. Las madres han demostrado tener grandes incertidumbres en relación con el futuro de sus hijos. Se ha divulgado que los padres participan activamente en el cuidado.

Conclusión: se evidencia, en las narrativas de las madres, la necesidad de mayor eficiencia de los servicios públicos de asistencia, especialmente los de salud, en el acompañamiento de los niños y orientación de las familias.

Descritores: Infección por el Virus Zika; Microcefalia; Niños con Discapacidad; Relaciones Familiares (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to understand how families of children diagnosed with microcephaly by Zika virus (ZIKV) reacted emotionally to the diagnosis and the impact of that event in family dynamics.

Methodology: descriptive and exploratory study of qualitative stamp, made in a town of medium size from Minas Gerais (Brazil). For the collection of data it was used the semi-structured interview recorded and transcribed. The corpus was subjected to the analysis of content according to that endorsed by Bardin.

Results: it was verified that the mothers showed concern at the inadequacy of information about the status of their children. The diagnosis brought a sense of deconstruction of the idealized son and triggered emotional stress reactions. Mothers have demonstrated great uncertainties regarding the future of their children. It has been reported that parents are actively involved in care.

Conclusion: it is evident, in narratives of the mothers, the need for greater efficiency of attendance public services, especially those of health, in the accompaniment of children and families orientation.

Descriptors: Zika Virus Infection; Microcephaly; Disabled Children; Family Relations (source: DeCS, BIREME).

Introdução

O vírus Zika (ZIKV) é um patógeno emergente e de crescente importância para a saúde pública global (1). O Brasil é o país mais afetado pela atual epidemia do ZIKV já que, desde novembro de 2015 até junho de 2016, foram confirmados 1638 casos de microcefalia no país. A grande maioria dos casos confirmados tem origem na região nordeste (1471 = 89,8 %) (2). Esse aumento do número de notificações caracterizou uma inédita epidemia que levou o Ministério da Saúde (MS) a decretar estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional. Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde decretou estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional devido ao aumento da incidência de microcefalia em áreas endêmicas com proliferação do ZIKV (3, 4).

A microcefalia não é definida como uma doença, mas como um preditivo de dano cerebral e pode ser classificada como primária (origem genética, cromossômica ou ambiental) ou secundária (quando atinge o cérebro em crescimento, no fim da gestação, ou no período perinatal ou pós-natal). A extensão das sequelas está condicionada à etiologia e à idade em que ocorreu o evento sendo que, quanto mais precoce a infecção, mais graves serão as anomalias do Sistema Nervoso Central (SNC). No caso da Síndrome da Zika Congênita (SZC), as alterações mais frequentes são: deficiência intelectual, paralisia cerebral, epilepsia, dificuldade de deglutição, anomalias dos sistemas visual e auditivo, e distúrbios do comportamento, como o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e autismo (5). Revisão sistemática realizada com 1091 artigos, publicados entre 1952 e 2016, revelou que existem evidências científicas suficientes de que o ZIKV é uma causa de anormalidades congênitas do SNC e um fator desencadeador da Síndrome de Guillain-Barré (6).

O nascimento de uma criança com deficiência traz mudanças significativas na organização e na estrutura familiar uma vez que pode alterar a dinâmica desse grupo em diversos fatores, incluindo as relações familiares e sociais, com repercussões negativas na saúde física e psicológica dos indivíduos (7). A deficiência exige uma reorganização das atividades cotidianas e adaptação da família a um contexto que, frequentemente, onera os outros membros

do grupo familiar, pois há um redirecionamento do investimento do tempo disponível para a realização do cuidado (8). Quando os membros familiares recebem o diagnóstico, frequentemente vivenciam uma situação delicada e traumática, evidenciando sentimentos de angústia e estresse emocional (9, 10). Por essa razão, muitas vezes, os familiares encontram-se fragilizados e suportam significativos prejuízos nos âmbitos pessoal, social, econômico e profissional (8).

Considerando esses pressupostos teóricos, este trabalho teve o objetivo de compreender como os familiares de crianças diagnosticadas com microcefalia relacionada à infecção pelo ZIKV reagiram emocionalmente ao diagnóstico e qual o impacto desse evento na dinâmica familiar. O interesse no tema proposto está relacionado com a busca de uma maior compreensão sobre os aspectos emocionais frente ao diagnóstico de microcefalia, haja vista que prevalecem os estudos focados nos processos biológicos sobre a contaminação e a transmissão do ZIKV e as alterações neurológicas decorrentes da infecção. O estudo justifica-se pelo potencial em contribuir para o estabelecimento de novas estratégias de cuidados com as crianças e famílias acometidas.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de cunho qualitativo, e que utilizou métodos de pesquisa de campo e a abordagem da história oral. A pesquisa descritivo-exploratória objetiva descrever as características de uma população ou fenômeno, explicitar um problema e/ou construir hipóteses. Sua operacionalização envolve levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que vivenciaram o problema pesquisado (11).

A abordagem qualitativa permite conhecer um universo da realidade dos sujeitos que não pode ser quantificado, pois oferece a possibilidade de conhecer muito da vivência, dos significados e das subjetividades dos sujeitos, atingindo um espaço mais íntimo das relações humanas, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à análise de variáveis (12). Por sua vez, a abordagem da história oral ou depoimentos orais é conveniente quando o entrevistado presenciou os fatos que relata ou quando detém informações sobre os mesmos (13).

O estudo foi realizado em Montes Claros, município de médio porte, localizado na região norte do esta-

do de Minas Gerais, Brasil. O município possui uma população de 390.212 habitantes (2014) e um alto Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2010) (14), sendo referência na assistência ambulatorial e hospitalar para 86 municípios e uma população de aproximadamente 1,6 milhões de habitantes (15). A região caracteriza-se por possuir baixa densidade demográfica, forte desigualdade social, grandes distâncias entre municípios e extensas áreas rurais (16).

Para o conhecimento dos sujeitos, realizou-se levantamento dos casos de microcefalia relacionados ao zIKV na Secretaria de Saúde do município. Verificou-se que, de março a abril de 2017, período da coleta de dados, havia 18 casos de crianças notificadas com microcefalia pelo zIKV em Montes Claros (9 femininos e 9 masculinos). Desses, um caso foi confirmado, 11 estavam sob investigação e seis foram descartados e/ou sem classificação. Para a pesquisa, foram considerados apenas os casos em investigação e confirmados (12 casos). O contato com as famílias foi mediado pelas equipes de Saúde da Família.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ser mãe de criança diagnosticada com microcefalia relacionada à infecção pelo zIKV e, após orientações, ter concordado de forma espontânea em participar do estudo. Por sua vez, os critérios de exclusão foram: mães que não forem encontradas em suas residências após três tentativas de contato verbal ou que não concordaram em participar do estudo. Assim, os sujeitos do estudo foram cinco mães de crianças com diagnóstico de microcefalia relacionada à infecção pelo zIKV. Não houve descontinuidade na coleta dos dados.

Para a coleta de dados, foram utilizadas técnicas de pesquisa bibliográfica e entrevista semiestruturada, com questões abertas e individuais. As questões norteadoras foram: “qual foi a reação emocional que vocês tiveram diante do diagnóstico de microcefalia devido ao vírus Zika?”; “quais as expectativas que vocês têm em relação ao futuro da criança?”; “vocês podem citar os sentimentos vivenciados nessa situação?” e “o que essa criança representa na vida de vocês?”. As entrevistas ocorreram de forma presencial e individual, nos domicílios das participantes e em locais reservados. Foi utilizado o método de saturação dos dados para definir quando a entrevista seria encerrada por não oferecer mais elementos capazes de contribuir para o estudo (17). Por fim, as entrevistas foram gravadas, transcritas e, posteriormente, submetidas à Análise de Conteúdo (AC), conforme preconiza Bardin (18).

O estudo segue as regulamentações descritas na resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo apreciado e aprovado mediante o parecer n.º 1.927.994. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do CEP. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

As entrevistadas têm idades que estão compreendidas na faixa etária de 27 a 41 anos. A maioria é casada, se autodeclara da raça/cor parda, possui nível médio de escolaridade, não possui emprego formal e tem dois filhos ou mais. A renda média familiar é de um salário mínimo. A maior parte declarou não ser beneficiária de programas governamentais de transferência de renda.

Através das falas, foi possível avaliar que as primeiras reações foram de estresse emocional, devido ao impacto da notícia e pela desconstrução do bebê idealizado. Além disso, a ausência de informações necessárias, quanto ao diagnóstico e cuidados, foi um fator causador de estresse e preocupação. A hipossuficiência de informações adequadas sobre as possibilidades de desenvolvimento dos filhos ficou evidente, o que pode ter influência nas incertezas em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor dos filhos.

Quanto ao impacto na estrutura familiar, ficou evidente que as famílias tiveram que se reajustar para realizar o cuidado contínuo do novo membro. As mães assumiram o zelo integral dos filhos, em conformidade com a literatura pesquisada, mas também foi relatado o apoio e o interesse dos companheiros/maridos em participar do cuidado dos filhos, em contraste positivo com o papel historicamente construído do pai, chefe de família, em uma sociedade patriarcal.

Nesse sentido, do discurso emergiram quatro categorias temáticas: *Incertezas em relação ao diagnóstico*, *Sentimentos vivenciados*, *Expectativas e cuidados com relação ao desenvolvimento das crianças* e *A postura dos parceiros conjugais*.

Incertezas em relação ao diagnóstico

As mães relataram que vivenciaram momentos de incertezas no que tange à confirmação do diagnóstico. Informam que, inicialmente, perceberam que

algo não estava normal com os seus bebês e relataram ansiedade durante a espera por informações e orientações médicas, como sugerem as falas a seguir:

[...] a médica não quis me falar nada [...] [A1].

[...] a médica veio e me falou que a criança nasceu com a cabeça pequena e que podia ser microcefalia, mas não me deu certeza não [...] [B1].

[...] eu não tive uma reação, pelo fato que eles (médicos) não me deram uma certeza [...] [B2].

[...] quando vem no parto que veio a surpresa [...] aí nossa, eu tava acordada foi um parto cesáreo, 37 semanas e aí a surpresa que eu fiquei porque eu não esperava [D1].

Avalia-se que há necessidade de que a família disponha do maior número possível de informações, objetivando disponibilizar subsídios para o cuidado. Nas consultas, os profissionais podem aproveitar o contato com os familiares e cuidadores para a realização de ações educativas, uma vez que aumentam o vínculo entre os profissionais e a família, potencializando a assistência (19).

Como consequência do diagnóstico, as orientações das equipes de saúde são sempre relevantes para os familiares envolvidos diretamente no cuidado, pois tais informações esclarecem sobre as habilidades e potencialidades delas e quanto mais precoce forem instituídas as intervenções, melhor será a resposta da criança ao tratamento (20).

Entretanto, os questionamentos e as dúvidas dos pais durante a busca por tratamento e informações nos itinerários terapêuticos, muitas vezes, não são respondidos. As dificuldades surgem já no momento do diagnóstico e as mães relatam a inquietação vivenciada ao perceberem alterações nos filhos, cujas respostas foram obtidas após um longo período (21).

Cabe aos profissionais dos serviços de saúde fornecer orientações adequadas sobre as condições da criança com deficiência, assim como esclarecer quanto aos cuidados necessários. Porém, evidências apontam que os pais recebem poucas informações dos profissionais relativas às suas dúvidas, o que dificulta a adesão ao tratamento dos filhos, interfere nas práticas educacionais e na tomada de decisão (21-23).

O diagnóstico, geralmente, é um processo detalhado e longo, muitas vezes, agravado pelo não fornecimento de informações durante as consultas e/ou pela oferta de informações superficiais e realizado em um ambiente fechado ao diálogo, o que estimula as mães a buscarem outros profissionais, visando sanar suas dúvidas e mitigar suas angústias e ansiedades (8, 21).

Na comunicação do diagnóstico, preconiza-se o diálogo de forma segura e clara e em linguagem acessível, oportunizando momentos para externar dúvidas. Assim, é essencial abordar a necessidade de mudanças na dinâmica familiar para que a experiência tida como ameaçadora possa representar um importante momento de troca de experiências, vivências e informações e se converter em momentos de aprendizagem (21, 24).

Sentimentos vivenciados

As mães relataram ter vivenciado um intenso estresse emocional quando tiveram o diagnóstico dos filhos. Segundo elas, ficaram paralisadas, com sentimentos ambivalentes em relação ao que fazer, ao cuidado do filho e ao falar sobre o assunto.

[...] a gente nunca pensa que vai acontecer com a gente, né? [A2].

No primeiro tempo o chão foge dos seus pés, a pessoa desespera [...] [B3].

Isso pra mim assim foi, eu fiquei em estado de choque, eu só fazia chorar, eu não tinha cabeça pra nada, eu assim não imaginaria que nunca ia acontecer comigo, ate aí foi sabe?, eu fui acostumando sabe? com a microcefalia [D1].

Foi um susto, eu nunca tive nada igual, foi uma coisa muito triste. Até hoje eu contando assim a história, na hora eu não tive reação nenhuma, eu não chorei, eu não sorri, eu não pedi pra tirar fotos com eles, porque eu tava... porque eu fiquei assim tão traumatizada. Aí depois que caiu a ficha sabe, depois de um tempo [D2].

Porque no começo é difícil ter uma aceitação, na verdade a gente viu que não tinha jeito, que é da gente, que a gente tem que cuidar [D3].

Ao receber o diagnóstico de microcefalia, o susto é inevitável e acaba influenciando a dinâmica familiar, já que a família busca organizar-se a fim de assimilar, da melhor forma possível, a nova realidade vivenciada (25). Todo um sistema social tende a se adaptar à nova situação, visto que intencionam oferecer o melhor cuidado possível a essa criança no seu desenvolvimento físico, social, motor e intelectual. No entanto, a família é o primeiro núcleo social a ser intensamente alterado e a primeira a buscar respostas nos diversos setores da sociedade (20).

O nascimento de um filho tem impacto na vida emocional, financeira e cotidiana de seus progenitores e, também, na organização psíquica deles. A chegada da criança com deficiência pode alterar grandemente o relacionamento do casal e da família, já que provoca mudanças relevantes na sua rotina e influencia o desenvolvimento de sentimentos frequentemente associados ao processo de luto (26).

Algumas famílias desenvolvem um transtorno psicológico relevante que se torna uma fonte poderosa de conflitos, com repercussão nos pais, nos outros membros do grupo familiar e na própria criança. São comuns os sentimentos de desespero, sofrimento, tristeza, inconformismo e negação (21, 26, 27).

No momento do diagnóstico, é comum os pais vivenciarem um trauma emocional inicial, frequentemente associado a sentimentos de tristeza, dor, raiva e impotência frente à situação que não podem modificar. Alguns sentimentos podem persistir para o resto da vida. Os pais frequentemente buscam respostas para as suas indagações como

uma maneira de aliviar o estresse através das informações repassadas pelas equipes que atendem seus filhos (8, 26, 27).

Expectativas e cuidados com relação ao desenvolvimento das crianças

Mães e pais criam as melhores expectativas possíveis em relação ao nascimento do bebê desejado, pensam sobre a primeira palavra pronunciada, o primeiro passo e até mesmo quanto ao futuro profissional. Entretanto, no caso de crianças especiais, tais expectativas geralmente se adaptam às possibilidades de desenvolvimento dessas crianças.

Os relatos das mães mostram que, por se tratar de algo novo, elas não foram adequadamente informadas sobre as possibilidades de desenvolvimento dos filhos. Todas as mães ratificaram possuir muito interesse em buscar todas as alternativas possíveis de tratamento para garantir-lhes uma estimulação adequada, mas demonstraram possuir grandes incertezas em relação ao futuro, conforme evidenciado abaixo:

[...] eu não sei como vai ser, mas o que depender de mim, eu vou correr atrás de tudo para ela (filha) [...] [A3].

No início eu fiquei preocupada, porque até então eu não sabia nada, não sabia como era. A médica me falou que não sabia se ele vai conversar, se ele vai andar. Aí eu fiquei bem preocupada, mas depois fui pesquisando, aí fui despreocupando mais [...] ele faz acompanhamento com neurologista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo [...] [C1].

[...] nenhuma, mesmo porque não tem respostas [...] [B4].

[...] com relação aos tratamentos, eu corro atrás de tudo, tudo que me falam (médicos) que tem que fazer [...] [B5].

[...] é uma coisa desconhecida. Você não sabe para onde vai, ninguém tem respostas para te dar, aí coloquei nas mãos de Deus e estamos aí [B6].

Crianças com necessidades especiais precisam de cuidados mútuos, não somente no âmbito da assistência à saúde, mas também no seio familiar. A família preparada para o cuidado compreende que tal dedicação é contínua e requer muita flexibilidade e companheirismo entre os familiares, o que acaba favorecendo a integração da criança à família e a obtenção de sua qualidade de vida (28).

Expectativas com relação ao desenvolvimento e futuro do filho podem ser influenciadas pela compreensão das informações oferecidas bem como ser prejudicadas, em algum momento, pelo provimento insuficiente dos recursos especializados necessários ao bom desenvolvimento da criança (19).

Uma criança com necessidades especiais apresenta uma condição devido à qual necessita de mais cuidados de saúde do que as crianças em geral. Nesses casos, os pais/cuidadores geralmente se encontram despreparados para o cuidado, e o auxílio de equipes da saúde torna-se imprescindível para esses primeiros cuidados (29).

Por sua vez, o fato de as mães possuírem muitas incertezas em relação ao futuro dos filhos pode estar relacionado ao desconhecimento sobre as possibilidades de desenvolvimento deles. Nesses casos, evidencia-se a importância do preparo dos profissionais para orientação adequada, atitude que promove um cuidado mais efetivo e viabiliza o desenvolvimento da criança.

A postura dos parceiros conjugais

As mães relataram ter encontrado em seus companheiros todo apoio e suporte a partir do momento em que seus filhos foram diagnosticados com microcefalia. Foi relatado que, no momento do diagnóstico, demonstraram reação de susto acompanhado de sofrimento, mas que participaram ativamente do cuidado, conforme as falas mais representativas listadas abaixo:

[...] ele (marido) foi e falou que não tinha problema não, nós

cria e dá carinho e amor do mesmo jeito [...] [A4].

[...] o pai me ajuda muito na medida do possível [...] [B7].

Para meu marido, a notícia foi um susto no início, mas depois foi tranquilizando mais [C2].

[...] acho que por ele (marido) eu consegui me manter em pé [...] [B8].

O pai encarou a notícia de forma mais tranquila do que eu, não digo que ele não sofreu [...] [B9].

A chegada de um filho com necessidades especiais pode trazer, entre os cuidados necessários, questões positivas e negativas quanto ao relacionamento dos pais, indicando mudanças nos papéis dos mesmos e no sistema familiar. Trata-se de um momento de transição ou de mudanças, que é altamente positivo para a dinâmica familiar (26, 30).

Geralmente, as mães passam a maior parte do tempo dedicando-se ao cuidado dos filhos, enquanto os pais, diante de tal necessidade, aos poucos começam a se envolver mais ao perceberem o quanto a participação deles é essencial para o desenvolvimento da criança dentro das relações familiares (31).

O papel da mãe, no contexto familiar, é o de detentora do cuidado integral da criança, especialmente quando esta apresenta alguma deficiência. Nesse contexto, ela passa a sofrer uma imposição social para exercer esse papel de forma imperiosa, muitas vezes, tendo que abdicar de sua própria vida pessoal, social e profissional (7, 31).

O pai, muitas vezes, oscila entre tentar preservar o papel tradicional de chefe e provedor da família tendo, desse modo, pouco tempo para os filhos e de dar-lhes mais assistência, mesmo que de forma descontínua. No entanto, nos dias atuais, os homens têm buscado, cada vez mais, um estilo de vida que privilegie uma maior convivência com os filhos e, conseqüentemente, maior participação nos cuidados diários deles (32, 33).

Considerações finais

Esse estudo possibilitou ampliar a compreensão acerca dos sentimentos e reações emocionais vivenciados pelas mães que receberam o diagnóstico dos filhos de microcefalia relacionada ao ZIKV. Evidencia-se a necessidade de maior eficiência dos serviços públicos de saúde no acompanhamento das crianças e orientação das famílias. Um conhecimento adequado sobre a condição dos filhos e a criação de vínculos entre profissionais e família podem impactar positivamente no cuidado e, conseqüentemente, no desenvolvimento delas.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica têm a competência para atuar, potencializando e ampliando a capacidade clínica das Equipes de Saúde da Família e podendo, assim, promover um melhor acompanhamento das crianças acometidas pela SZC.

A experiência dos pais de crianças diagnosticadas com microcefalia relacionada à infecção pelo ZIKV é similar à das famílias que possuem crianças com outros tipos de deficiências. Por fim, ainda há a necessidade de novos estudos voltados para o esclarecimento do impacto emocional dos pais com o diagnóstico de microcefalia em suas crianças e sobre a dinâmica familiar após esse evento. Esse estudo apresenta subsídios conceituais para o desenvolvimento de novas pesquisas o que poderia fornecer possibilidades de desenvolvimento de estratégias de intervenção familiar.

Apoio financeiro

O estudo foi desenvolvido com financiamento próprio.

Referências

- (1) Marrs C, Olson G, Saade G, Hankins G, Wen T, Patel Patel J, et al. Zika virus and pregnancy: a review of the literature and clinical considerations. *Am J Perinatol* [Internet]. 2016 [citado 2018 fev. 2];33(7):625-39. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0036-1580089>
- (2) Coelho AVC, Crovella S. Microcephaly prevalence in infants born to Zika virus-infected women: a systematic review and meta-analysis. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2017 [citado 2018 jan. 25];18(8):1714. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms18081714>
- (3) Panchaud A, Stojanov M, Ammerdorffer A, Vouga M, Baud D. Emerging role of Zika virus in adverse fetal and neonatal outcomes. *Clin Microbiol Rev* [Internet]. 2016 [citado 2018 jan. 9];29(3):659-94. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1128/CMR.00014-16>
- (4) Gulland A. Zika virus is a global public health emergency, declares WHO. *BMJ* [Internet]. 2016 [citado 2018 fev. 10];352:i657. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.i657>
- (5) Schuler-Faccini L, Ribeiro EM, Feitosa IML, Horovitz DDG, Cavalcanti DP, Pessoa A et al. Possible association between Zika virus infection and microcephaly — Brazil, 2015. *MMWR* [Internet]. 2016 [citado 2018 fev. 10];65(3):1-4. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6503e2.htm>
- (6) Krauer F, Riesen M, Reveiz L, Oladapo OT, Martínez-Veja R, Porgo TV et al. Zika virus infection as a cause of congenital brain abnormalities and Guillain-Barré syndrome: systematic review. *PLOS Medicine* [Internet]. 2017 [citado 2018 fev. 11];14(1):e1002203. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002203>
- (7) Simsek TT, Tasci M, Karabulut D. Desire to have other children in families with a chronically disabled child and its effect on the relationship of the parents. *Turk Pediatri Ars* [Internet]. 2015 [citado 2018 fev. 11];50(3):163-9. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5152/TurkPediatriArs.2015.2795>
- (8) Sadati AK, Salehzade H, Hemmati S, Darvish M, Heydari ST, Tabrizi R. The causal factors associated with the loving care of the mothers of children with multiple disabilities. *Int J Community Based Nurs Midwifery* [Internet]. 2015 [citado 2018 fev. 9];3(4):309-17. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4591571/pdf/IJCBNM-3-309.pdf>
- (9) Al-Eithan M, Juban HA, Robert AA. Dissociative experiences and their relationship to mood problems among arab mothers of disabled children. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2013 [citado 2018 fev. 12];15:21. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.11604/pamj.2013.15.21.2229>
- (10) Song J, Mailick MR, Greenberg JS. Work and health of parents of adult children with serious mental illness. *Fam Relat* [Internet]. 2014 [citado 2018 fev. 12];63(1):122-34. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/fare.12043>
- (11) Tonetto LM, Brust-Renk PG, Stein LM. Perspectivas metodológicas na pesquisa sobre o comportamento do consumidor. *Psicol Cienc Prof* [Internet]. 2014 [citado 2018 dez. 18];34(1):180-95. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932014000100013>
- (12) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13.a ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
- (13) Lang ABSG. História oral: muitas dúvidas, poucas certezas e uma proposta. Em: Meilhy JSSB, organizador. (Re) introduzindo história oral no Brasil. São Paulo: Xamã; 1996. p. 33-47.

- (14) Leite ME, Ottoni MAM. Análise espacial e acessibilidade dos idosos nos centros de referência de assistência social em um município de Minas Gerais. *Soc Quest* [Internet]. 2017 [citado 2018 nov. 4];20(38):269-88. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_38_SL_art_2_Leite_Ottoni.pdf
- (15) Moreira LMC, Ferré F, Andrade EIG. Healthcare financing, decentralization and regional health planning: federal transfers and the healthcare networks in Minas Gerais, Brazil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 [citado 2018 nov. 4];22(4):1245-56. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28252016>
- (16) Alves MO, Magalhães SCM, Coelho BA. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. *Saúde Soc* [Internet]. 2017 [citado 2018 nov. 4];26(1):141-54. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017160663>
- (17) Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 3.^a ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
- (18) Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, LDA; 2009.
- (19) Gaíva MAM, Monteschio CAC, Moreira MDS, Salge AKM. Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Av Enferm* [Internet]. 2018 [citado 2018 fev. 14];36(1):9-21. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.62150>
- (20) Barlindhaug G, Umar E, Wazakili M, Emaus N. Living with disabled children in Malawi: challenges and rewards. *Afr J Disabil* [Internet]. 2016 [citado 2018 fev. 14];5(1):254. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.4102/ajod.v5i1.254>
- (21) Cerqueira MME, Alves RO, Aguiar MGG. Experiences in the therapeutic itineraries of mothers of children with intellectual disabilities. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [citado 2018 fev. 14];21(10):3223-32. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17242016>
- (22) Krameck K, Nascimento GCC. A orientação à família de pessoas com deficiência visual como recurso de intervenção do terapeuta ocupacional. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [Internet]. 2015 [citado 2018 fev. 15];26(1):128-35. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i1p128-135>
- (23) Chen X, Gelaye B, Velez JC, Pepper M, Gorman S, Barbosa C *et al.* Attitudes, beliefs, and perceptions of caregivers and rehabilitation providers about disabled children's sleep health: a qualitative study. *BMC Pediatr* [Internet]. 2014 [citado 2018 fev. 16];14:245. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-245>
- (24) Almeida TCS, Ruedell AM, Nobre JRS, Tavares KO. Paralisia cerebral: impacto no cotidiano familiar. *Rev Bras Ciênc Saúde* [Internet]. 2015 [citado 2018 fev. 18];19(3):171-8. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2015.19.03.01>
- (25) Golics CJ, Basra MKA, Finlay AY, Salek S. The impact of disease on family members: a critical aspect of medical care. *J R Soc Med* [Internet]. 2013 [citado 2018 fev. 18];106(10):399-407. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1177/0141076812472616>
- (26) Tavakol K, Karimi M, Salehi K, Kashani F, Shakour M. Spiritual experiences of family members to cope with the challenges of childhood disability: a qualitative study in Iran. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2018 [citado 2018 dez. 8];7:e121. Disponível em: DOI: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_82_16
- (27) Franco V. Tornar-se pai/mãe de uma criança com transtornos graves do desenvolvimento. *Educ Rev* [Internet]. 2016 [citado 2018 fev. 20];59(1):35-48. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.44689>
- (28) Bemister TB, Brooks BL, Dyck RH, Kirton A. Parent and family impact of raising a child with perinatal stroke. *BMC Pediatr* [Internet]. 2014 [citado 2018 fev. 20];14:182. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-182>
- (29) Meireles NFP, Duarte PHM, Mélo TM, Pereira HCB, Pinheiro YT, Silva RMC, *et al.* Perfil sociodemográfico familiar e clínico de crianças com disfunções neurológicas atendidas no programa de intervenção precoce. *Arch Health Invest* [Internet]. 2017 [citado 2018 fev. 21];6(10):495-9. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i10.2256>
- (30) Weissheimer G, Mazza VA, Lima VF, Mantovani MF, Freire MHS, Guimarães PRB. Relationship of family management with sociodemographic aspects and children's physical dependence in neurological disorders. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2018 [citado 2018 dez. 9];26:e3076. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2494.3076>
- (31) Zanatta EA, Menegazzo E, Guimarães AN, Ferraz L, Motta MGC. Cotidiano de famílias que convivem com o autismo infantil. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2018 fev. 21];28(3):271-82. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v28i3.10451>
- (32) Oliveira LC, Eduardo IM, Prudente COM, Ribeiro MFM. Estresse em pais de crianças e adolescentes com síndrome de Down. *Estudos* [Internet]. 2018 [citado 2018 fev. 25];45(1):1-9. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.18224/evs.v45i1.5786>
- (33) Osamor PE, Grady C. Zika virus: promoting male involvement in the health of women and families. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2016 [citado 2018 fev. 25];10(12):e0005127. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005127>

A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil*

La práctica de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor de parto en un hospital universitario en Brasil

The practical of non-pharmacological methods for relieving the pain of childbirth in a university hospital in Brazil

* Este artigo é originado de um estudo intitulado "Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento".

Cómo citar: Mielke KC, Gouveia HG, Gonçalves CA. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. 2019. Av Enferm, 37(1): 47-55. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>

1 Karem Cristina Mielke

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil).
ORCID: 0000-0002-3159-0811
Correio eletrônico: karemmielke@gmail.com

Contribuição: levantamento bibliográfico, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, análise estatística, redação do manuscrito, revisão crítica final do manuscrito.

2 Helga Geremias Gouveia

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil).
ORCID: 0000-0003-4980-4141
Correio eletrônico: helga.gouveia@ufrgs.br

Contribuição: concepção e desenho da pesquisa, coordenação da pesquisa, análise e interpretação dos dados, análise estatística, obtenção de financiamento, redação do manuscrito, revisão crítica final do manuscrito.

3 Annelise de Carvalho Gonçalves

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil).
ORCID: 0000-0002-8770-0653
Correio eletrônico: annelisecg@hotmail.com

Contribuição: concepção e desenho da pesquisa, análise e interpretação dos dados, análise estatística, revisão crítica final do manuscrito.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>

Recibido: 07/05/2018 Aprobado: 06/03/2019



Resumo

Objetivo: identificar a prática de métodos não farmacológicos implementadas para o alívio da dor de parto em um hospital de ensino, os motivos que levaram a utilizá-los e o grau de satisfação.

Materiais e métodos: estudo transversal, desenvolvido com 586 puérperas em um hospital de ensino do Brasil. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e setembro de 2016, tendo como fonte os registros dos prontuários, a carteira de pré-natal e um questionário estruturado aplicado 12 horas após o parto. Procedeu-se a uma análise descritiva por meio do SPSS, versão 18.

Resultados: os métodos não farmacológicos mais conhecidos pelas mulheres foram banho (83,1 %) e deambulação (81,4 %). No hospital universitário, 55,5 % receberam orientação/informação sobre os métodos e o mais aceito foi o banho (66,6 %). O motivo mais relatado foi diminuição da intensidade/alívio da dor (71,8 %); 89,4 % consideram que a prática deste método lhes trouxe benefícios; para 79,9 %, o grau de satisfação foi maior ou igual a sete.

Conclusão: o uso de métodos não farmacológicos é uma prática eficiente para o alívio da dor de parto. É importante empoderar e informar as parturientes quanto às estratégias disponíveis para o alívio da dor durante o trabalho de parto para que possam, nesse momento e em conjunto com os profissionais de saúde, escolher o melhor método.

Descritores: Gestantes; Trabalho de Parto; Dor do Parto (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: identificar la práctica de métodos no farmacológicos implementados para aliviar el dolor del parto en un hospital universitario, los motivos que llevaron a utilizarlos y el grado de satisfacción.

Materiales y métodos: estudio transversal desarrollado con 586 puérperas en un hospital universitario del sur de Brasil. Se recolectaron datos desde febrero a septiembre de 2016, a partir del registro de prontuarios, de libretas de control prenatal y de un cuestionario estructurado aplicado 12 horas después del parto. Se realizó análisis descriptivo, con el empleo de SPSS, versión 18.

Resultados: los métodos no farmacológicos más conocidos por las mujeres fueron: la ducha (83,1 %) y deambular (81,4 %). En el hospital universitario, 55,5 % de las mujeres recibió orientaciones/informaciones sobre estos métodos y el más utilizado fue la ducha (66,6 %). El motivo más expuesto fue la disminución de la intensidad o alivio del dolor (71,8 %); el 89,4 % consideró que la práctica de ese método le trajo beneficios y para el 79,9 % el grado de satisfacción fue mayor o igual a siete.

Conclusión: el empleo de métodos no farmacológicos es eficaz para el alivio del dolor de parto. Es importante empoderar e informar a las embarazadas sobre las estrategias disponibles para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, para que en ese momento puedan, en conjunto con los profesionales de la salud, elegir la mejor opción.

Descritores: Mujeres Embarazadas; Trabajo de Parto; Dolor de Parto (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to identify the practice of non-pharmacological methods implemented for the relief of the pain of childbirth in a university hospital, the reasons that led to using them and their degree of satisfaction.

Material and method: cross-sectional study developed with 586 postpartum women in a university hospital in the south of Brazil. Data were collected from February to September 2016, from the registry of compendiums, from books of prenatal care, and a structured questionnaire applied 12 hours after childbirth. A descriptive analysis, using SPSS version 18, was carried out.

Results: non-pharmacological methods best known by women were: the shower (83.1 %) and wandering (81.4 %). In the university hospital 55.5 % of the women received guidance/information on these methods. The most widely used was the shower (66.6 %). The most exposed reason was the decrease in the intensity of pain in childbirth/pain relief work (71.8 %); 89.4 % consider that the use of this method brought them benefits, and for 79.9 %, the level of satisfaction was greater than or equal to 7.

Conclusion: the use of non-pharmacological methods is effective for pain relief. It is important to empower and inform pregnant women about the strategies available for the relief of pain during labour, so that they can at that time, in conjunction with health professionals, choose the best option.

Descriptors: Pregnant Women; Labor, Obstetric; Labor Pain (source: DeCS, BIREME).

Introdução

A gravidez e o nascimento são eventos únicos que despertam sentimentos e emoções, principalmente para a mulher, e tal experiência será um marco em sua vida. Sendo assim, os profissionais envolvidos na assistência durante o ciclo gravídico puerperal devem proporcionar uma atenção humanizada (1).

Diversos procedimentos podem ser praticados durante a assistência ao parto, alguns necessários e vitais e outros desnecessários, podendo causar consequências inesperadas além de gerar custos extras (2). Dessa forma, considera-se que o profissional de saúde que estiver acompanhando a parturiente somente promova intervenções com indicação (3).

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil vem estimulando a implementação das boas práticas na atenção ao parto recomendadas pela OMS (2). Essas práticas são divididas em quatro categorias que são:

A - Práticas que são demonstravelmente úteis e que devem ser encorajadas.

B - Práticas claramente nocivas ou ineficazes que devem ser eliminadas.

C - Práticas para as quais existem evidências insuficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser usadas com cautela enquanto pesquisa adicional esclarece a questão.

D - Práticas frequentemente usadas de maneira inadequada (2).

Entre as práticas que são demonstravelmente úteis e que devem ser encorajadas, encontram-se os métodos não farmacológicos para o alívio da dor (2) que são estratégias postas em prática no trabalho de parto para uma melhor tolerância e manejo da dor (4). Em 1996, a OMS destacou como métodos o banho, a massagem, as técnicas de relaxamento, a hidroterapia, a eletroestimulação cutânea, a deambulação e a cinesioterapia (2). Com o passar dos anos, outros métodos foram adotados para o auxílio às gestantes durante o trabalho de parto como exercícios respiratórios, relaxamento muscular (através de técnicas de eletroterapia e alongamentos), uso da bola suíça e deambulação, podendo estas serem utilizadas de forma isolada ou combinadas (5, 6).

Cada método possui uma característica principal que busca proporcionar à parturiente controle emocional e diminuição da sensação dolorosa. Além de favorecer assistência contínua, proporciona conforto físico, apoio emocional e comunicação efetiva entre a equipe de saúde, a parturiente e o acompanhante (7).

A dor no trabalho de parto é um processo fisiológico, no entanto, para algumas mulheres a experiência de parir é única, dolorosa e muitas vezes a dor é superior àquela que esperavam sentir. Assim, promover o cuidado das parturientes para que ela mesma possa lidar com o desconforto e com a dor durante o trabalho de parto é uma atribuição do profissional de saúde. A dor pode ser atenuada por meio da utilização de métodos não farmacológicos, estratégia essa significativa e com comprovação científica (7, 8).

Existem evidências sobre a segurança e efetividade de diversos métodos não farmacológicos utilizados em mulheres durante o trabalho de parto com a finalidade de promoção do conforto, contudo vale destacar que para alguns métodos ainda não ocorreu essa confirmação (9). Com a utilização dos métodos não farmacológicos, é possível que a mulher desenvolva sua autonomia, favorecendo, assim, uma atuação dinâmica, tanto da mulher quanto do seu acompanhante, durante o parto. É preciso enfatizar que, com a utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, é possível resgatar o processo fisiológico da parturição (10). Em razão dessas questões, considera-se relevante saber a respeito do cenário da utilização dessas práticas no cuidado das parturientes.

Tendo em vista a importância dos métodos não farmacológicos, este estudo tem como hipóteses: as parturientes conhecem os métodos não farmacológicos e seus benefícios e os utilizam durante o trabalho de parto e a prática de métodos não farmacológicos reduzem a dor.

O objetivo deste estudo foi identificar a prática de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto implementados em um hospital universitário no sul do Brasil, os motivos que levaram a utilizá-los e o grau de satisfação.

Considerando a redução da dor durante o trabalho de parto diante da implementação de métodos não farmacológicos e os benefícios para a mulher durante o trabalho de parto e sua repercussão no momento do parto/nascimento, acredita-se que é

relevante o estudo dessa temática. Os achados do estudo mostrarão o panorama real da prática dos métodos não farmacológicos, poderão contribuir para a reflexão sobre o modelo de atenção adotado, auxiliarão na identificação das oportunidades de melhorias e na determinação de estratégias capazes de qualificar a assistência prestada, o que justifica a realização do presente estudo.

Materiais e métodos

Estudo quantitativo de corte transversal desenvolvido na Unidade de Internação Obstétrica de um hospital universitário no sul do Brasil, no período de fevereiro a setembro de 2016.

Para o cálculo do tamanho da amostra, fez-se uso do programa Winpepi, versão 11.43. Considerando-se poder de 80 %, nível de significância de 5 %, proporção de aleitamento materno na 1ª hora de 68 % (dados institucionais) e diferença entre as proporções dos desfechos do recém-nascido cujo OR seja de 0,6 (11), chegou-se ao tamanho da amostra total de 586 sujeitos.

As participantes do estudo enquadraram-se nos seguintes critérios de inclusão: puérperas em qualquer idade, inclusive adolescentes, atendidas pelo Sistema Único de Saúde do Brasil; trabalho de parto e parto atual ocorrido na instituição estudada; parturientes que permaneceram duas horas ou mais em trabalho de parto; e que tiveram recém-nascidos com idade gestacional de 37 semanas ou mais, determinada pelo Método Capurro. Não foram incluídas no estudo, as gestantes com indicação de cesariana eletiva nem os casos de óbito e malformação fetal.

Os dados foram obtidos nos registros dos prontuários e carteira do pré-natal, além do questionário estruturado que foi elaborado e testado pelas autoras do projeto. Foi aplicado 12 horas após o parto, na Unidade de Internação Obstétrica, visando um período de descanso da mulher no pós-parto.

O questionário incluiu questões sobre quais métodos não farmacológicos conheciam e utilizaram durante o trabalho de parto, local onde obtiveram informação/orientação, motivação da utilização, satisfação e benefícios.

As variáveis de interesse para a análise neste artigo foram os métodos não farmacológicos de alívio da dor implementados durante o trabalho de parto. Procedeu-se a uma análise descritiva, por meio

da utilização de frequência absoluta e percentual simples, calculadas pelo *software* SPSS versão 18.

A pesquisa, da qual este artigo deriva, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário cenário deste estudo e obteve aprovação (Parecer nº 1.427.250). As participantes que aceitaram cooperar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para aquelas participantes com idade inferior a 18 anos, o termo foi assinado pelo responsável. Foram cumpridos os termos da resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (12, 13).

Resultados

A amostra deste estudo foi composta por 586 puérperas. Destas, 457 (77,9 %) referiram ter utilizado algum tipo de método não farmacológico para o alívio da dor durante o trabalho de parto, tinham idade média de 24,89 anos ($\pm 6,13$), 63,0 % eram brancas, 41,1 % tinham ensino médio completo, 89,3 % tinham companheiro, 53,6 % eram primigestas e 76,3 % tiveram parto vaginal.

Os lugares mais frequentes onde estas mulheres receberam orientação/informação sobre os métodos não farmacológicos (Tabela 1) foram o hospital universitário, as Unidades de Centro Obstétrico e de Internação Obstétrica. Nestes locais, mais da metade das mulheres (55,5 %) entrevistadas receberam orientação/informação. Ressalta-se que 23,1 % das mulheres entrevistadas tiveram mais de uma fonte de informação e 5,3 % não receberam qualquer orientação/informação.

Tabela 1. Distribuição das puérperas segundo o local onde obtiveram orientação/informação sobre os métodos não farmacológicos. Porto Alegre, 2016 (N=586).

Método não farmacológico	N	%
uco/uro hospital universitário	325	55,5
Amigos e familiares	146	24,9
Mídia	116	19,8
Consulta pré-natal na atenção básica	64	10,9
Não recebeu orientação	31	5,3
Outro hospital	22	3,7
Outros	16	2,7
Consulta pré-natal no hospital universitário	7	1,2
Grupo gestante pré-natal na atenção básica	4	0,7
Grupo gestante no hospital universitário	3	0,5

Legenda: UIO: Unidade de Internação Obstétrica; uco: Unidade de Centro Obstétrico.

Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 2 expõe o conhecimento das mulheres sobre os tipos de métodos não farmacológicos, constatando-se que os mais conhecidos foram o banho (83,1%) e deambulação (81,4 %).

Ressalta-se que 81,6 % das mulheres relataram conhecer mais de um método e 9,3 % não conheciam nenhum.

A seguir, são apresentados os métodos não farmacológicos utilizados pelas mulheres durante o trabalho de parto (Tabela 3). Entre as entrevistadas, o método não farmacológico de alívio da dor mais utilizado foi o banho (66,6 %). Ressalta-se que algumas mulheres fizeram uso de mais de um método para o alívio da dor. Quando analisados os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, constatou-se que variou entre um a sete métodos; em média, as mulheres utilizaram 1,93 métodos (DP = 1,533).

Entre os motivos que as levaram à prática dos métodos não farmacológicos, verificou-se que o mais relatado foi a diminuição e intensidade da dor no trabalho de parto (71,7 %). Destaca-se que quatro mulheres (0,8 %) usaram métodos não farmacológicos, mas não souberam informar o motivo (Tabela 4).

Para as que utilizaram algum tipo de método não farmacológico (N = 457), também houve questionamento em relação à percepção dos benefícios no uso desses métodos. 89,4 % considerou que, de uma maneira geral, o método lhes trouxe benefícios. Já em relação ao grau de satisfação pontuado em uma escala de zero (pontuação mínima) a 10 (pontuação máxima), pode-se observar na Figura 1 que, para 32,8 % o grau de satisfação foi 10, pontuação máxima.

Tabela 2. Distribuição das puérperas segundo o conhecimento sobre os tipos de métodos não farmacológicos. Porto Alegre, 2016 (N=586).

Método não farmacológico	Conhece		Não conhece	
	N	%	N	%
Banho	487	83,1	99	16,9
Deambulação	477	81,4	109	18,6
Bola	454	77,5	132	22,5
Massagem	373	63,7	213	36,3
Movimento de balanço do quadril	194	33,1	392	66,9
Banqueta	103	17,6	483	82,4
Cavalinho	79	13,5	507	86,5
Outros	5	0,9	581	99,1

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 3. Distribuição das puérperas segundo os

tipos de métodos não farmacológicos utilizados. Porto Alegre, 2016 (N=586).

Método não farmacológico	N	%
Banho	390	66,6
Deambulação	263	44,9
Massagem	198	33,8
Bola	159	27,1
Movimento de balanço do quadril	87	14,8
Banqueta	22	3,8
Cavalinho	11	1,9

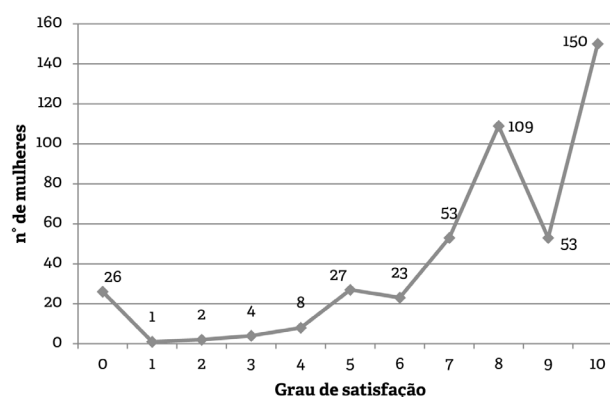
Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 4. Distribuição das puérperas que utilizaram os métodos não farmacológicos, segundo o motivo que as levaram a usar tais métodos. Porto Alegre, 2016 (N=457).

Motivo	N	%
Diminuição da dor	328	71,8
Dilatação mais rápida	106	23,2
Relaxamento	45	9,8
Trabalho de parto/nascimento mais rápido	26	5,7
Por ser muito bom de usar	18	3,9
Outros	17	3,7
Não soube informar	4	0,9

Fonte: dados da pesquisa.

Figura 1. Distribuição de mulheres segundo o grau de satisfação quanto à utilização de método não farmacológico. Porto Alegre. (N = 457)



Discussão

A prática dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, conforme recomendação da OMS (2), foi aceita pela maioria das parturientes, apresentando o mesmo comportamento se comparado a outros estudos realizados em duas capitais brasi-

leiras: Curitiba no ano de 2013 e Belo Horizonte de 2011 a 2013. Ambas tinham o objetivo de avaliar as práticas obstétricas conforme critérios categorizados da OMS e tiveram taxas de uso desses métodos de 74,2 % e 62,0 % (13, 14).

Constatou-se na pesquisa que um baixo número de mulheres recebeu orientações/informações sobre os métodos não farmacológicos durante o pré-natal, seja na consulta ou no grupo de orientações, o que pode sugerir que os momentos de educação em saúde durante a gestação estão muito aquém do necessário. Essa situação pode contribuir para o aumento da ansiedade e estresse nas parturientes fazendo com que tenham dificuldades em lidar com algumas situações durante o trabalho de parto como, por exemplo, a dor. Pesquisa realizada em maternidade pública, referência para risco habitual em uma capital no sul do Brasil, constatou que, durante a gestação, 2,0 % das mulheres referiram ter participado de cursos informativos sobre a gestação e parto ofertados pela maternidade (14), achados que foram distintos do presente estudo.

As orientações que as gestantes recebem durante o pré-natal são fundamentais no preparo do trabalho de parto e no próprio parto. A época mais adequada para essas orientações é o terceiro trimestre, ou seja, período em que a gestação vai se aproximando do seu final, momento em que as mulheres se encontram mais abertas a receberem informações relacionadas ao trabalho de parto e o parto, podendo ser preparadas para esses eventos (15).

As orientações quanto às formas de alívio de dor durante o trabalho de parto, como os métodos não farmacológicos, devem ser apresentadas para a gestante durante o pré-natal; se possível, o acompanhante deve estar presente durante as orientações visto que poderá dar apoio à mulher. Além disso, o acompanhante também auxilia na gestão efetiva do trabalho de parto, ajudando, por exemplo, na utilização dos métodos não farmacológicos (16).

Autores apontam que existe uma relação entre a preparação para o parto e as expectativas com os cuidados no alívio da dor visto que uma parturiente bem informada e segura terá uma experiência de parto mais tranquila (17).

Um estudo que avaliou o conhecimento das mulheres sobre os métodos não farmacológicos apontou que 80,8 % tinham ciência de que a dor do parto pode ser controlada enquanto 68,6 % sabiam

que existem estratégias não farmacológicas para controlar essa dor. Ressalta-se que o maior nível educacional e a paridade esteve associado ao aumento significativo de conhecimento das estratégias de alívio da dor (18).

A OMS e o MS estimulam o uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto, com uma rede de cuidados que proporcionem conforto para a mulher, com base na atenção humanizada ao parto e puerpério diminuindo, assim, as intervenções desnecessárias (19, 20).

O método não farmacológico de maior destaque neste estudo foi o banho, além de ser o mais conhecido e utilizado pelas mulheres. O banho é um método considerado acessível, não-invasivo e de baixo custo, sendo possível a oferta em diversos estabelecimentos de saúde (21). O banho favorece relaxamento da musculatura promovendo conforto e não causa malefícios ao feto (22). É considerado um método eficaz, descrito como ajudante natural do processo do trabalho de parto que melhora de forma significativa a circulação sanguínea da mulher (23).

A deambulação e a bola, métodos bastante conhecidos e utilizados pelas mulheres nesta pesquisa, que favorecem a mobilidade da parturiente, também foi mencionado em outros estudos (24). Uma pesquisa desenvolvida em maternidade pública, referência para risco habitual de uma capital no sul do Brasil que entrevistou 100 puérperas, constatou que 62 delas utilizaram métodos para o alívio da dor. Os três mais referenciados foram deambulação (69,3 %), chuveiro (58,1 %) e bola obstétrica (43,5 %). Corroborando com o presente estudo, algumas mulheres utilizaram/praticaram mais de um método para obter o relaxamento durante o trabalho de parto (15). Quando considerados os métodos mais conhecidos, um estudo desenvolvido com primíparas apontou o uso de exercícios respiratórios (51,8 %), massagem (36,9 %) e mudança de posição (32,2 %) (18).

Ressalta-se que a deambulação é um método terapêutico capaz de acelerar o trabalho de parto, facilitado pela posição verticalizada e pelo efeito favorável da gravidade que, associada à mobilidade pélvica, aumenta a velocidade da dilatação cervical e da descida fetal (7).

Nesta pesquisa, a maior motivação para a prática dos métodos não farmacológicos foi a diminuição da dor. Tais achados são reforçados em um estudo internacional o qual aponta que a dor pode ser minimizada com o uso dos métodos (25). A redução das

taxas de episiotomia de rotina pode estar associada à utilização dos métodos não farmacológicos (26).

Uma das iniciativas para melhorar a repercussão da dor para a parturiente é estimular a deambulação nos momentos iniciais do trabalho de parto quando a dor ainda não é tão presente (25). A deambulação é evidenciada como um método confortável visto que a gravidade pode estar a seu favor promovendo rotação adequada do feto na pelve materna. Além disso, essa estratégia pode acelerar o trabalho de parto diminuindo o uso de medicamentos (21).

Quanto ao uso da bola, um estudo aponta que houve diferenças estatísticas significativas entre os escores de dor em primíparas alocadas no grupo que utilizaram a bola quando comparado com os escores de dor das participantes que não utilizaram (27).

Achados de um estudo com 128 parturientes, aleatoriamente alocadas em um dos seguintes grupos de intervenção: banho quente, hidroterapia (GA), exercícios perineais com bola (GB) e combinação de intervenções de hidroterapia de chuveiro quente com exercícios perineal com bola (GC), avaliou a ansiedade e dor. Para os escores de dor, as médias foram semelhantes nos três grupos antes da intervenção ($7,5 \pm 1,7$). Contudo, após a intervenção, os escores de dor aumentaram em todos os grupos, no entanto, as participantes do GB apresentaram menor intensidade de dor ($8,02 \pm 1,83$). Quanto à ansiedade, os resultados mostraram que foi maior no grupo GB antes da intervenção ($8,76 \pm 2,07$) do que nos outros grupos. Após a intervenção, a média da ansiedade diminuiu nos três grupos, sendo que a maior redução ocorreu no grupo dos exercícios perineais com bola (GB) ($8,44 \pm 2,09$) (28).

A análise de um estudo randomizado mostrou que o grupo experimental, ou seja, que utilizou métodos não farmacológicos, teve significativamente menor intensidade de dor após os exercícios respiratórios, massagem e tomar banho, o que inclusive permitiu atraso e redução no uso de analgésicos. Outros benefícios significativos incluíram: expulsão fetal mais rápida, melhora do estado neonatal e maior satisfação materna. Destaca-se ainda que nenhum efeito adverso foi identificado (29).

No que se refere à satisfação quanto ao uso de métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto, constatou-se neste estudo que grande número de mulheres fez uma excelente avaliação. Em outro estudo, as mulheres apresentaram níveis de satisfação maiores ou menores, dependendo da

fase do trabalho de parto, mas fatores como respeito a seus direitos, ambiente agradável e presença do acompanhante fizeram com que sua experiência fosse considerada positiva (9). A avaliação do grau de satisfação de primíparas atendidas em hospital universitário, sobre o método não farmacológico, tendo-se a escala de Likert para a mensuração, indicou que as participantes tinham elevado nível de satisfação geral (88,3 %). Quando foi considerado cada método, o maior grau de satisfação foi a atenção focalizada (77,9 %), banho de chuveiro quente (76,9 %) e bola (60,3 %) (30).

Um estudo feito na China, com 81 mulheres levadas ao banho como método não farmacológico, apontou efeitos positivos na condução do trabalho de parto, incluindo redução efetiva da dor, além do método ser de fácil aplicação. Intervenções como essas oportunizam o protagonismo da mulher e uma experiência geral mais positiva no trabalho de parto (31).

A eficácia do uso dos métodos não farmacológicos é descrita na literatura (32) que enfatiza as repercussões desses métodos como positivas na vida da mãe e do bebê, favorecendo o atendimento de qualidade com base nos direitos da mulher e, além disso, tendo efeitos na duração do trabalho de parto. O uso de métodos não farmacológicos demonstrou efeitos positivos na experiência do trabalho de parto e no parto, uma vez que tais métodos diminuem o tempo do trabalho de parto e oferecem uma sensação de bem-estar e redução de dor (33).

O bem-estar e a satisfação emocional da parturiente em trabalho de parto passam pelo alívio da dor como um dos recursos para o cuidado e conforto; consequentemente, esta usuária sem dor terá a experiência de um parto mais tranquilo. Dessa forma, a atenção voltada para as necessidades específicas do alívio da dor pode ajudar a ter um trabalho de parto e parto mais satisfatórios (17).

Conclusão

Os métodos não farmacológicos são práticas recomendadas pela OMS e foram utilizadas por uma grande parcela das parturientes deste estudo, sendo o banho e a deambulação os métodos que elas mais conheciam e também os mais utilizados no trabalho de parto. A principal motivação para o uso dos métodos foi a redução da dor. Destaca-se que as mulheres referiram alto grau de satisfação quanto à utilização dessa prática.

Considera-se importante informar às gestantes, às parturientes e aos seus acompanhantes sobre as estratégias disponíveis para o alívio da dor durante o trabalho de parto para que, nesse momento, possam, em conjunto com os profissionais de saúde, escolher o melhor método.

Os achados deste estudo mostram o panorama sobre a utilização de métodos não farmacológicos na instituição e, dessa forma, poderão contribuir para a reflexão da prática dos profissionais de saúde em relação à assistência prestada a mulheres em trabalho de parto. Também, podem ajudar em relação à proposição de melhorias assistenciais que permitam o aumento do indicador dessa prática.

Quanto às possíveis limitações, ressalta-se o fato de a coleta de dados ter sido realizada 12 horas após o parto, o que pode ter influenciado na lembrança da vivência da utilização do método ou, por outro lado, por questões inerentes ao puerpério imediato como, por exemplo o cansaço, ter limitado as respostas.

Fonte de financiamento

Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Referências

- (1) Ministério da Saúde (BR). Cadernos HumanizaSUS. Volume 4. Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2018 jun. 5]. 467 p. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf
- (2) World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide [Internet]. Genebra: World Health Organization; 1996 [citado 2016 mai. 20]. 57 p. Disponível em: http://www.midwiferyservices.org/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf
- (3) Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde 2005 para que todas as mães e crianças contem [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2005 [citado 2018 jun. 5]. 20 p. Disponível em: http://www.who.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf?ua=1
- (4) Manfeton RR, Shimo AKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. Rev Reme [Internet]. 2014 [citado 2016 mai. 5];18(2):505-12. Disponível em: DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140037>
- (5) Almeida JM, Acosta LG, Pinhal MG. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não-farmacológicos de alívio da dor do parto. Rev Reme [Internet]. 2015 [citado 2016 mai. 5];19(3):711-24. Disponível em: DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150054>
- (6) Coelho KC, Rocha IMS, Lima ALS. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto. Rev Recien [Internet]. 2017 [citado 2018 dez. 20];7(21):14-21. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/244/pdf>
- (7) Lehugeur D, Strapasson MR, Fronza E. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2017 [citado 2018 dez. 20];11(12):4929-37. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22487p4929-4937-2017>
- (8) Souza ENS, Aguiar MGG, Silva BSM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto. Rev Enferm [Internet]. 2015 [citado 2018 dez. 20];18(2):42-56. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11693/10337>
- (9) Osório SMB, Silva-Júnior LG, Nicolau AIO. Avaliação da efetividade de métodos não-farmacológicos no alívio da dor do parto. Rev Reme [Internet]. 2014 [citado 2016 mai. 5];15(1):174-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0094.pdf>
- (10) Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Quintana SM. Swiss ball to relieve pain of primiparous in active labor. Rev Dor [Internet]. 2014 [citado 2016 jun. 10];15(4):253-5. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20140054>
- (11) Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. Rev Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado 2018 dez. 20];48(2):304-14. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004633>
- (12) Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. 2012 [citado 2014 mar. 11]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html
- (13) Sousa AM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos DLS. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [citado 2017 nov. 17];20(2):324-31. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>
- (14) Apolinário D, Rabelo M, Wolff LDG, Souza SRRK, Leal GCG. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. Rev Rene [Internet]. 2016 [citado 2017 nov. 17];17(1):20-8. Disponível em: DOI: <http://www.dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100004>

- (15) Carvalho C, Almeida D, Aguilar V, Garcia E, Tomazelli R, Campos F. Orientações no pré-natal: o que deve ser trabalhado pelos profissionais de saúde e a realidade encontrada. *Rev Gestão e Saúde* [Internet]. 2013 [citado 2016 mai. 5];4(2):111-23. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rsgs/article/view/237>
- (16) Gau M, Kao CH. Miserable labor pain? Myths and nursing care. *Rev Hu Li Za Zhi* [Internet]. 2013 [citado 2016 jun. 20];60(6):11-5. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.6224/JN.60.6.11>
- (17) Rocha AM, Monteiro CSCBC, Ferreira M, Duarte J. Cuidados no alívio da dor: perspectiva da parturiente. *Rev Millenium* [Internet]. 2010 [citado 2017 nov. 17];38(15):299-309. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium38/20.pdf>
- (18) Anarado A, Ali E, Nwonu E, Chinweuba A, Ogbolu Y. Knowledge and willingness of prenatal women in Enugu Southeastern Nigeria to use in labour non-pharmacological pain reliefs. *Afr Health Sci* [Internet]. 2015 [citado 2018 jun. 1];15(2):568-75. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v15i2.32>
- (19) Medeiros MSME, Carvalho JBL, Teixeira GA, Lopes TRG. Humanização do trabalho de parto e nascimento: aplicação de estratégias não farmacológicas efetivas nesse processo. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2015 [citado 2016 mai. 5];9(7):9133-8. Disponível em: DOI: 10.5205/revuol.8074-70954-1-5M0907supl201525
- (20) Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura PM et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 2016 jun. 10];30(1):S17-S32. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
- (21) Silva DAO, Ramos MG, Jordão VRV, Silva RAR, Carvalho JBL, Costa MMN. Uso de métodos não-farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: uma revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2013 [citado 2016 mai. 5];7(esp):4161-70. Disponível em: DOI: 10.5205/1981-8963-v7i5a11645p4161-4170-2013
- (22) Santana LS, Gallo RBS, Ferreira CHJ, Quintana SM, Marcolin AC. Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto. *Rev Dor* [Internet]. 2013 [citado 2016 mai. 10];14(2):111-3. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000200007>
- (23) Mosquera PL, Onandia GM, Luces LAM, Tizón BE. Inmersión en agua caliente. Un ayudante natural en el proceso de parto. *Rev Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2016 mai. 5];39(1):25-30. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26996040>
- (24) Oliveira LMN, Cruz AGC. A utilização da bola Suíça na promoção do parto humanizado. *Rev Bras Ciên Saúde* [Internet]. 2014 [citado 2016 mai. 5];18(2):175-80. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/16698/12924>
- (25) Makvandi S, Roudsari RL, Sadeghi R, Karimi L. Effect of birth ball on labor pain relief: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 2015 [citado 2016 mai. 6];41(11):1679-86. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/jog.12802>
- (26) Dresang LT, Yonke N. Management of spontaneous vaginal delivery. *Am Fam Physician* [Internet]. 2015 [citado 2016 mai. 5];92(3):202-8. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2015/0801/p202.html>
- (27) Taavoni S, Sheikhan F, Abdollahian S, Ghavi F. Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. 2016 [citado 2018 jun. 1];24:99-102. Disponível em: DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.04.001>
- (28) Henrique AJ, Gabrielloni MC, Rodney P, Barbieri M. Non pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2018 [citado 2018 jun. 1];24:e12642. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/ijn.12642>
- (29) Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Duarte G, Quintana SM. Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. *J Physiother* [Internet]. 2018 [citado 2018 jun. 1];64(1):33-40. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.11.014>
- (30) Gayeski ME, Brüggemann OM, Monticelli M, Dos Santos EK. Application of nonpharmacologic methods to relieve pain during labor: the point of view of primiparous women. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2015 [citado 2018 jun. 1];16(3):273-84. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.08.006>
- (31) Lee SL, Liu CY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2013 [citado 2016 mai. 5];42(1):19-28. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01424.x>
- (32) Chaillet N, Belaid L, Crochetière C, Roy L, Gagné GP, Moutquin JM et al. Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *Birth* [Internet]. 2014 [citado 2016 mai. 5];41(2):122-37. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/birt.12103>
- (33) Medeiros J, Hamad GBNZ, Costa RRO, Chaves AEP, Medeiros SM. Métodos não-farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. *Espaç Saúde* [Internet]. 2015 [citado 2016 mai. 5];16(2):37-44. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/20717/pdf>

Interrupções no trabalho da enfermagem como fator de risco para erros de medicação*

Interruptiones en el trabajo de enfermería como factor de riesgo para errores de medicación

Interruptions in the work of nursing as a risk factor for medication errors

* Este artigo é derivado do projeto de Iniciação Científica intitulado "Fatores de risco para erros de medicação em dois hospitais do Distrito Federal" referente ao Programa Jovens Talentos Para a Ciência, desenvolvido na Universidade de Brasília em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, cujo primeiro autor foi participante.

Cómo citar: Santana SB, Rodrigues SB, Stival MM, Rehem MT, Lima RL, Volpe GC. Interrupções no trabalho da enfermagem como fator de risco para erros de medicação. 2019. Av Enferm, 37(1): 56-64. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.71178>

1 Breno de Sousa Santana

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (Brasília, D. F.-Brasil).
ORCID: 0000-0002-4899-5209
Correio eletrônico: bresousas@outlook.com

Contribuição: concepção do projeto e do desenho da pesquisa, obtenção dos dados, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do manuscrito.

2 Bárbara Soares Rodrigues

Curso de Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília (Brasília, D.F.-Brasil).
ORCID: 0000-0001-7210-5862
Correio eletrônico: mio.barby@hotmail.com

Contribuição: redação e revisão crítica do manuscrito.

3 Marina Morato Stival

Curso de Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília (Brasília, D. F.-Brasil).
ORCID: 0000-0001-6830-4914
Correio eletrônico: marinamorato@unb.br

Contribuição: análise e interpretação dos dados, análise estatística e revisão crítica do manuscrito.

4 Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem

Curso de Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília (Brasília, D. F.-Brasil).
ORCID: 0000-0002-4491-1661
Correio eletrônico: tania.rehem@gmail.com

Contribuição: revisão crítica do manuscrito.

5 Luciano Ramos de Lima

Curso de Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília (Brasília, D. F.-Brasil).
ORCID: 0000-0002-2709-6335
Correio eletrônico: enframossll@gmail.com

Contribuição: revisão crítica do manuscrito.

6 Cris Renata Grou Volpe

Curso de Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília (Brasília, D. F.-Brasil).
ORCID: 0000-0002-3901-0914
Correio eletrônico: crgrou@unb.br

Contribuição: concepção do projeto e do desenho da pesquisa, obtenção dos dados, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do manuscrito.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.71178>

Recibido: 21/03/2018 Aprobado: 29/01/2019



Resumo

Objetivo: verificar a associação entre as interrupções e os erros de medicação nas doses preparadas e administradas por profissionais de enfermagem das unidades de internação de clínica médica de dois hospitais públicos localizados no Distrito Federal, Brasil.

Metodologia: estudo exploratório, de delineamento transversal e caráter quantitativo realizado em dois hospitais públicos no Distrito Federal, Brasil. A amostra foi de conveniência, sendo 8 profissionais do Hospital 1 (H1) e 18 profissionais do Hospital 2 (H2). Os dados foram coletados a partir de observação direta e aplicação de questionário e instrumento para identificação dos fatores de risco para erros de medicação. Foram considerados significativos os resultados com valores de $p < 0,05$ e o índice de confiança estabelecido foi de 95 %.

Resultados: em ambos os hospitais verificou-se um perfil majoritariamente de técnicos de enfermagem (H1 = 100 %; H2 = 94,4 %), do sexo feminino (H1 = 75 %; H2 = 88,1 %), com idade superior aos 30 anos (H1 = 75 %; H2 = 61 %). Foram observadas 899 doses no H1 e H2, que resultaram em 921 e 648 erros respectivamente, dos quais 464 (53,6 %) no H1 e 118 (24,4 %) no H2 estiveram diretamente relacionados à presença de interrupções no trabalho. Cada dose observada sofreu aproximadamente 1,7 erros e percebeu-se uma frequência de aproximadamente 26 (H1) e 16,2 (H2) erros por hora.

Conclusões: verifica-se uma forte associação entre as interrupções no trabalho da equipe de enfermagem e os erros de medicação nas unidades de internação estudadas, caracterizando as interrupções como importante fator de risco.

Descritores: Erros de Medicação; Segurança do Paciente; Fatores de Risco; Enfermagem; Equipe de Enfermagem (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: verificar la asociación entre las interrupciones y los errores de medicación en dosis preparadas y administradas por profesionales de enfermería en unidades de internación de clínica médica de dos hospitales públicos en el Distrito Federal, Brasil.

Metodología: estudio exploratorio, de delineamiento transversal y carácter cuantitativo realizado en dos hospitales públicos en el Distrito Federal, Brasil. La muestra fue por conveniencia, siendo ocho profesionales en el Hospital 1 (H1) y 18 profesionales en el Hospital 2 (H2). Los datos fueron recolectados a partir de observación directa y aplicación de cuestionario e instrumento para identificación de los factores de riesgo para errores de medicación. Fueron considerados significativos los resultados con valores de $p < 0,05$ y el índice de confianza establecido fue del 95 %.

Resultados: en ambos hospitales se verificó un perfil majoritariamente de técnicos de enfermería (H1= 100%; H2 = 94,4 %), de sexo femenino (H1 = 75 %; H2 = 88,1 %) y edad superior a los 30 años (H1 = 75 %; H2 = 61,0 %). Se observaron 899 dosis en H1 y H2, que resultaron en 921 y 648 errores respectivamente, de los cuales 464 (53,6 %) en el H1 y 118 (24,4 %) en el H2 estuvieron directamente relacionados con interrupciones en el trabajo. Cada dosis observada sufrió aproximadamente 1,7 errores y se verificó cerca de 26 (H1) y 16,2 (H2) errores por hora.

Conclusiones: se observa una fuerte asociación entre las interrupciones en el trabajo del equipo de enfermería y los errores de medicación en las unidades de internación estudiadas, caracterizando las interrupciones como importante factor de riesgo.

Descritores: Errores de Medicación; Seguridad del Paciente; Factores de Riesgo; Enfermería; Grupo de Enfermería (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to verify the association between interruptions and errors of medication in doses prepared and administered by nursing professionals in inpatient units of medical clinic of two public hospitals in Distrito Federal, Brazil.

Methodology: exploratory study, of transverse delineation and quantitative character, performed in two public hospitals in Distrito Federal, Brazil. The sample was by convenience, being eight professionals at the Hospital 1 (H1) and eighteen professionals at the Hospital 2 (H2). Data were collected from direct observation and application of questionnaire and instrument for identifying the factors of risk for medication errors. There were considered significant results with values of $p < 0.05$ and established confidence index was 95 %.

Results: in both hospitals it was verified a profile mostly of nursing technicians (H1 = 100 %; H2 = 94.4 %), female (H1 = 75 %; H2 = 88.1 %) and older than 30 years old (H1 = 75 %; H2 = 61 %). There were observed 899 dose in H1 and H2, resulting in 921 and 648 errors respectively, of which 464 (53.6 %) in the H1 and 118 (24.4 %) in the H2 were directly related to interruptions at work. Each observed dose suffered approximately 1.7 errors and there were about 26 (H1) and 16.2 (H2) errors per hour.

Conclusions: there is a strong association between interruptions in the work of the nursing team and errors of medication in the inpatient units studied, characterizing the interruptions as an important factor of risk.

Descriptors: Medication Errors; Patient Safety; Risk Factors; Nursing; Nursing Team (source: DeCS, BIREME).

Introdução

Os estudos acerca da Segurança do Paciente ganharam visibilidade após o ano de 1999, quando o Instituto de Medicina dos Estados Unidos publicou o relatório *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, onde foram apresentados dados epidemiológicos que estimaram a morte de 44.000 a 98.000 americanos em decorrência de erros no sistema de saúde (1). Este relatório identificou as interrupções e distrações como fatores contribuintes para a ocorrência de erros de medicação (EM).

Os EM podem ser conceituados como eventos adversos evitáveis decorrentes do processo de utilização de medicamentos que estão sob o controle de um profissional de saúde, promovendo risco de danos aos pacientes (1, 2). Dessa maneira, os EM estão associados com maior tempo de internação, aumento nas taxas de mortalidade e maiores gastos hospitalares, tornando-se uma preocupação mundial e alvos de programas de prevenção, uma vez que podem ser evitados (3).

É reconhecida a importância de abordar a elevada ocorrência de EM em unidades de internação hospitalar (4, 5). As interrupções no trabalho podem ser um fator de risco significativo para a ocorrência de erros, uma vez que dados apontam para a ocorrência de aproximadamente sete interrupções a cada hora em unidades de internação (6, 7). Interrupções podem ser provocadas pelos próprios profissionais envolvidos no processo de medicação ou por fatores externos, como chamadas de pacientes, de outros profissionais e até mesmo dos equipamentos presentes no local (8, 9).

Raramente, a equipe de enfermagem é capaz de completar uma atividade sem ser interrompida e, geralmente, os profissionais são incumbidos de atividades que abrangem gerência e assistência (10). É sabido que as interrupções são mais frequentes em atividades que envolvem cuidados diretos dos pacientes, como a terapia medicamentosa (11, 12).

No Brasil, diferentes iniciativas foram implementadas para garantir cuidados de saúde mais seguros. Destaca-se a iniciativa do Ministério da Saúde que, através da Portaria MS/MG nº 529 de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de qualificar o

cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, públicos ou privados, inclusive na prevenção de erros de medicação (13, 14).

Apesar da relevância da temática para a prática em saúde, observa-se uma lacuna no conhecimento acerca do impacto negativo que as interrupções causam ao sistema de medicação, em especial às etapas sob responsabilidade dos profissionais de enfermagem, como o preparo e a administração.

Dessa maneira, elucida-se a importância da realização deste estudo que teve como objetivo verificar a associação entre as interrupções e os erros de medicação em doses preparadas e administradas por profissionais de enfermagem em unidades de internação de clínica médica de dois hospitais públicos localizados no Distrito Federal, Brasil.

Métodos

Estudo exploratório, de delineamento transversal e caráter quantitativo. Os dados foram coletados nas unidades de clínica médica de duas instituições hospitalares públicas integrantes do Sistema Único de Saúde (sus) brasileiro, localizadas no Distrito Federal, que foram denominadas de “Hospital 1 (H1)” e “Hospital 2 (H2)”.

A escolha das instituições ocorreu por serem campo de estágio para estudantes de cursos da saúde, o que facilitou o acesso dos pesquisadores. Ambas utilizam prontuário eletrônico para o registro das informações relativas aos cuidados dos pacientes, inclusive prescrição e anotações sobre medicamentos. A escolha das unidades de clínica médica tem relação aos leitos serem destinados a portadores de doenças crônico-degenerativas que utilizam uma variada gama de medicamentos.

A população do estudo foi composta por profissionais de enfermagem atuantes nas unidades de internação de clínica médica dos dois hospitais, sendo 24 profissionais no H1 e 23 profissionais no H2. A amostra foi estabelecida por conveniência em ambos os hospitais. Participaram deste estudo 8 técnicos de enfermagem no H1 e 17 técnicos e 1 auxiliar de enfermagem no H2.

Foram elegíveis para o estudo profissionais de enfermagem diretamente envolvidos nas etapas do processo de medicação (preparo e administração), atuantes nas referidas unidades de clínica médica. Foram excluídos os profissionais de férias ou de

licença no período da coleta dos dados e aqueles que não participaram diretamente do processo de preparo e administração de medicamentos.

Destaca-se que, em ambos os hospitais, os enfermeiros desenvolvem atividades voltadas para os serviços burocráticos e especializados e não realizaram, no período da coleta de dados, preparo e administração de medicamentos. No H1, os dados foram coletados de julho de 2012 a julho de 2013 e no H2 de dezembro de 2013 a maio de 2014, em um total de 40 horas, divididas em dez dias de coleta para cada hospital.

A princípio, aplicou-se um questionário de identificação dos dados sociodemográficos, que contemplou as seguintes variáveis: características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, tempo de experiência profissional e tempo de trabalho na unidade) e carga de trabalho (carga horária, número de pacientes sob seus cuidados e quantitativo de empregos).

Em um segundo momento, com a finalidade de identificar a ocorrência de erros de medicação diante da presença ou não do fator “interrupção”, realizou-se a observação direta das etapas de preparo e administração de medicamentos nas unidades de internação da clínica médica de ambos os hospitais, em diferentes dias da semana e variados turnos, de modo a observar todo o contexto do processo de trabalho.

Cada profissional foi observado e monitorado durante o preparo e administração dos medicamentos e suas ações foram registradas. Foram feitas anotações escritas, inclusive sobre o contexto em que a medicação foi preparada e fornecida, com informações detalhadas sobre o medicamento e seu respectivo modo de administração. Uma dose foi considerada desde seu preparo até sua administração, portanto, entende-se que poderia ocorrer mais de um erro durante sua observação.

As observações diretas foram feitas durante dez dias em ambos os hospitais, em diferentes turnos (quatro dias de manhã, quatro à tarde e dois à noite) e nos horários com maior fluxo de doses a serem preparadas e administradas, que foram identificados após levantamento das prescrições dos usuários de ambas as clínicas. No turno da manhã, os horários foram 08h, 10h e 12h; no da tarde, 14h, 16h e 18h; à noite, 20h, 22h e 23h. Imediatamente após a observação e o registro da situação, compararam-se os dados com as prescrições médicas em terminais de computadores disponíveis nas próprias unidades.

Nos dois hospitais, os responsáveis pelas observações foram dois enfermeiros pesquisadores e um graduando de enfermagem que foram devidamente treinados para atuar nesta etapa, especificamente no que diz respeito a conceitos básicos de erros de medicação e sistemas de medicação hospitalar. Também, eles foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo.

Caso algum dos observadores detectasse qualquer erro grave, a tarefa era interrompida e o observador, então, explicava os motivos da interrupção. Durante a coleta em ambos os hospitais, não houve erros que constituíssem risco para a integridade do paciente ou do profissional.

As observações seguiram um instrumento para identificação de fatores de risco para erros, composto por quatro partes: (i) horário de início e término da observação; (ii) dados do medicamento (nome, dose, via, etc.); (iii) dados da administração (hora da administração, interrupções, condições da técnica, etc.); (iv) dados da prescrição (nome do medicamento, dose, horário, diluição, identificação do prescritor, etc.); e (v) presença ou ausência de interrupções. A partir da observação, cada dose foi classificada em “dose com erro” ou “dose sem erro”.

Adotou-se a seguinte definição para o termo “interrupção”: eventos inesperados, geralmente causados por ocorrências externas, que determinem uma quebra na tarefa primária realizada pelo profissional de saúde, desviando a atenção para uma tarefa secundária (8) como, por exemplo, quando o profissional de enfermagem para de preparar a medicação em virtude de um fator externo interveniente e prossegue em seguida. As interrupções podem ser geradas pelo próprio profissional, por outro indivíduo ou pelo próprio ambiente de trabalho (15). Foi considerado erro qualquer diferença entre o prescrito e o administrado, sendo adotada a classificação do erro descrita pelo National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (16). Avaliamos os principais tipos: erros no preparo, erros na administração e erros de horário. No entanto, não descartamos os demais, que foram relatados nos resultados como “outros tipos de erros”.

Foram considerados erros no preparo os equívocos durante o preparo do medicamento tais como: manuseio incorreto e/ou diluição; mistura de medicamentos com incompatibilidades físicas ou químicas; uso de embalagem inadequada resultando em combinação; e não cumprimento dos procedimentos operacionais-padrão para a

biossegurança, o que inclui a correta higiene das mãos (16).

Erros na administração de medicamentos foram considerados diante de equívocos no momento da administração do medicamento, falta de controle da infusão, não identificação do paciente e não utilização de técnicas de biossegurança, como não usar luvas para administrar medicamentos por via intravenosa, desinfecção e antisepsia da pele inadequadas (16).

Erros de horário foram considerados como sendo a administração de medicamentos antes ou após 30 minutos do horário prescrito, tal como preconizado pelo Conselho Nacional de Coordenação para a notificação e prevenção de erros de medicação (16).

Optou-se por organizar os dados coletados em planilhas do Microsoft Office Excel®, para examinar as diferenças entre os grupos, procedeu-se a análises descritivas e inferenciais. A análise foi realizada com auxílio do software Package for the Social Sciences® versão 18.0.

As variáveis categóricas foram relatadas como frequências absolutas e relativas e as variáveis numéricas foram relatadas como média e desvio padrão (mínimo e máximo). As taxas de erro foram calculadas com base nas ocasiões de erros observados. Todas as variáveis foram analisadas na univariável e multivariável. O nível de significância considerado foi de 5 %. O Odds Ratio (OR) foi calculado com intervalos de confiança (IC) de 95 %. Para associações foram utilizados Teste de qui-quadrado e Teste de Mann Whitney, considerando significativos os resultados com valor de $p < 0,05$.

Esclareceu-se aos participantes que o estudo não tinha a intenção de avaliar o desempenho profissional, apenas o sistema de medicação como um processo do qual eles participavam. O estudo foi aprovado em ambas as instituições pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal, sob parecer 017/2012.

Resultados

Após o término da coleta, compilação e agrupamento dos dados, estes foram organizados em tabelas com as mesmas variáveis para ambos os hospitais, para fins de apresentação e análise.

Na Tabela 1 são apresentadas as características da amostra. Em ambos os hospitais verificou-se um perfil majoritariamente de técnicos de enfermagem (H1 = 100 %; H2 = 94,4 %), do sexo feminino (H1 = 75 %; H2 = 88,1 %) e com idade superior aos 30 anos (H1 = 75 %; H2 = 61 %). Os profissionais eram formados há menos de 10 anos (H1 = 50 %; H2 = 100 %) e o tempo de atuação coincidiu com o tempo na instituição em ambos os hospitais. A maioria dos profissionais não trabalhava em outro local concomitantemente com os hospitais estudados (H1 = 87,5 %; H2 = 61,1 %).

Tabela 1. Dados sociodemográficos e carga de trabalho dos participantes do estudo no Hospital 1 e no Hospital 2. Brasília, Brasil, 2018

Variáveis	Hospital 1 N (%)	Hospital 2 N (%)
Sexo		
Masculino	2 (25,0)	2 (11,1)
Feminino	6 (75,0)	16 (88,1)
Idade do profissional		
20-30	2 (25,0)	7 (38,8)
31-40	3 (37,5)	8 (44,4)
41+	3 (37,5)	3 (16,6)
Categoria profissional		
Auxiliar	0 (0)	1 (5,5)
Técnico	8 (100)	17 (94,4)
Tempo na instituição		
≤ 10 anos	5 (62,5)	18 (100)
> 10 anos	3 (37,5)	0 (0)
Tempo de atuação		
≤ 10 anos	5 (62,5)	18 (100)
> 10 anos	3 (37,5)	0 (0)
Tempo de formação		
0-10 anos	4 (50,0)	18 (100)
11-20 anos	2 (25,0)	0 (0)
21-30 anos	2 (25,0)	0 (0)
Jornada de trabalho		
6h	3 (37,5)	9 (50)
12h	5 (62,5)	9 (50)
Estuda		
Sim	4 (50,0)	4 (22,2)
Não	4 (50,0)	14 (77,7)
Trabalha em outro local		
Sim	1 (12,5)	7 (38,8)
Não	7 (87,5)	11 (61,1)

Fonte: elaboração própria.

Verifica-se, na Tabela 2, a distribuição de erros nas doses observadas, de acordo com a classificação adotada.

Cada dose observada sofreu aproximadamente 1,7 erros. O H1 demonstrou maior número de erros em todas as categorias quando comparado ao H2: 102 a mais no preparo, 116 a mais no horário e 64 a mais na administração. É importante destacar que o H1 teve mais doses avaliadas e menos profissionais participantes, mas no H2, houve o dobro de profissionais observados e menor quantidade de doses (Tabela 2).

A coleta de dados requereu um total de 40 horas para cada hospital, tendo sido verificados no H1, 921 erros, aproximadamente 23 erros por hora. Já no H2, foram encontrados 648 erros, o equivalente a 16,2 erros por hora. Importante lembrar que mais de um erro pode ter sido observado em uma única dose (Tabela 2).

A seguir, são apresentados, nas Tabelas 3 e 4, os dados referentes a erros no preparo, no horário e na administração em ambos os hospitais, de acordo com o fator de risco interrupções.

No H1, 41,1 % das doses sofreu interrupção durante o processo de medicação, onde as taxas de erro foram maiores. A presença da interrupção aumentou significativamente o risco para a ocorrência de erros no preparo (OR = 3,75; $p = 0,000$), no horário (OR = 4,75; $p = 0,000$) e na administração (OR = 3,92; $p = 0,000$) (Tabela 3).

No H2, 22,9 % das doses observadas ocorreram na presença de interrupções que mostraram relação significativa com a ocorrência de erros na administração de medicamentos, aumentando o risco para o seu acontecimento (OR = 1; $p = 0,000$) (Tabela 4).

Tabela 2. Distribuição de erros de acordo com a classificação no Hospital 1 e no Hospital 2. Brasília, Brasil, 2018

Variáveis	H1	H2	Total (H1 e H2)
Doses observadas	484	415	899
Erros de preparo	235	119	354
Erros de horário	293	191	484
Erros de administração	337	273	610
Outros tipos de erros	56	65	121
Total de erros	921	648	1569

Fonte: elaboração própria.

Tabela 3. Distribuição de erros no preparo, horário e administração no Hospital 1 quanto a interrupções no trabalho da enfermagem, com risco relativo. Brasília, Brasil, 2018

	N	Ausência de interrupção		Interrupção no trabalho		OR (IC 95 %)	p
		N	%	N	%		
Total de doses	484	285	58,9	199	41,1		
Erros no preparo	293	138	47,1	155	52,9	3,75 (2,45-5,76)	0,000
Erros no horário	235	95	40,4	140	59,6	4,75 (3,15-7,16)	0,000
Erros na administração	337	168	49,9	169	50,1	3,92 (2,44-6,35)	0,000

Fonte: elaboração própria.

Tabela 4. Distribuição de erros no preparo, horário e administração no Hospital 2 quanto a interrupções no trabalho da enfermagem, com risco relativo. Brasília, Brasil, 2018

	N	Ausência de interrupção		Interrupção no trabalho		OR (IC 95 %)	p
		N	%	N	%		
Total de doses	415	320	77,1	95	22,9		
Erros no preparo	191	140	73,3	51	26,7	1,49 (0,94-2,36)	0,056
Erros no horário	119	96	80,7	23	19,3	1,0	0,167
Erros na administração	273	229	83,9	44	16,1	1,0	0,000

Fonte: elaboração própria.

De modo geral, ambos os hospitais apresentaram mais erros na administração do que no horário e preparo. Percebe-se que aproximadamente 115 (H1) e 36 (H2) erros foram cometidos por cada profissional de enfermagem no período do estudo.

Discussão

Este estudo verificou a associação entre a ocorrência do evento adverso “erro de medicação” e um fator de risco já conhecido, mas pouco estudado, as interrupções no trabalho. Evidências mostram que as interrupções podem influenciar negativamente o desempenho das tarefas em geral e contribuem para erros de medicação nos hospitais, sobretudo na etapa de administração (17, 18), fato corroborado pelos nossos achados que apontam para o mesmo desfecho.

As características dos profissionais de enfermagem responsáveis pelo processo de medicação nos hospitais estudados está de acordo com o presente na literatura (19), com profissionais majoritariamente do sexo feminino de idade superior aos 30

anos. A realização de atividades extraprofissionais, bem como a jornada de trabalho e as interrupções, podem ter contribuído para a ocorrência de 1,7 erros a cada dose observada, resultados que foram expressivos em ambos os hospitais estudados.

Uma revisão de literatura que incluiu uma combinação de estudos qualitativos, quantitativos e de métodos mistos, acerca das interrupções no trabalho da enfermagem durante a administração de medicamentos demonstrou que até 85 % das doses administradas na presença de interrupções resultaram em erros de medicação (20), corroborando com as taxas descritas neste estudo. Percebe-se que a etapa de administração é a mais vulnerável a erros, sobretudo na presença de interrupções.

Por ser a última etapa do processo e, portanto, a última oportunidade para impedir que um erro acometa o paciente, a administração de medicamentos ganha maior visibilidade nos estudos sobre erros de medicação, muitas vezes pela quantidade de interrupções a que está exposta, uma vez que o profissional de enfermagem envolvido deixa o ambiente controlado da sala de preparo e dirige-se a enfermarias repletas de fatores intervenientes (21). Tal cenário foi evidente neste estudo.

Algumas intervenções são propostas para reduzir os erros relacionados com interrupções: uso de coletes “não interrompa” durante o processo de medicação pelos profissionais de enfermagem; implementação de oficinas interativas para educar acerca das interrupções e identificar barreiras locais e facilitadores; educação dos pacientes sobre a importância de não interromper o profissional incumbido de administrar medicamentos; e uso de lembretes para informar profissionais de saúde, pacientes e visitantes para não interromperem os profissionais de enfermagem envolvidos no processo de medicação, por razões de segurança (22-24). Também é importante a checagem dos nove certos na administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa e monitoramento certo (19).

Como já citado, consta nos itens do PNSP “melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração dos medicamentos”, no qual se preconiza a verificação dos nove certos supracitados. Para medicamentos de alta vigilância e potencialmente perigosos, recomenda-se também a dupla checagem na dispensação, preparo e administração, por

meio do uso de etiquetas auxiliares com cores ou sinais de alerta diferenciados (13, 14).

Assim como os erros de administração, os erros de preparo e de horário também são significativos neste contexto. Maiores cargas no trabalho e muitos pacientes sob cuidado do mesmo profissional são fatores que podem contribuir para a ocorrência de erros no preparo e no horário (19, 23).

Evidências mostram que o ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem é caracterizado por interrupções cada vez mais frequentes, iniciadas pelos próprios membros da equipe, aspecto que contribui para a ocorrência de erros (24-26). Nesse sentido, os resultados deste estudo mostram que o enfermeiro se encontra muito distante do processo de medicação, por vezes envolvido com demandas administrativas. No entanto, não pode ser considerado o fato de técnicos e auxiliares de enfermagem estarem integralmente sob sua responsabilidade.

Ambos os hospitais fazem parte do SUS, sistema público de saúde adotado no Brasil, com grande demanda de serviço, no qual ainda se verifica uma gestão/supervisão deficiente, com pouca fiscalização e falta de iniciativas e incentivos em prol da qualidade e redução de custos. Nesse contexto, embora pareça difícil diminuir as oportunidades de interrupções, alguma medida deve ser implementada para reduzir o risco de erros e aumentar a segurança dos pacientes.

O processo de medicação dentro dos hospitais, desde a prescrição pelo profissional médico até o preparo e administração pela equipe de enfermagem, é dotado de complexidade e envolve diversas etapas, o que o torna vulnerável a erros. Vários estudos indicam que as interrupções no trabalho são um fator de risco significativo para a ocorrência de erros (19, 24, 25). Por isso, é imprescindível que as interrupções sejam evitadas para que haja melhoria no cuidado prestado.

Este estudo traz como limitações um pequeno tamanho amostral que impede a generalização dos resultados. Apesar de serem informados que a proposta não era realizar uma avaliação dos profissionais de enfermagem envolvidos no processo de medicação e sim do sistema como um todo, com o intuito de identificar problemas e trazer sugestões de melhoria, alguns profissionais podem ter se sentido inibidos ao realizarem sua tarefa de maneira cotidiana.

No entanto, existem potencialidades importantes como a possibilidade de aprimoramento do serviço de saúde, do sistema de medicação e do processo de trabalho dos profissionais de enfermagem, com foco em diminuir o risco de erros relacionados às interrupções e, conseqüentemente, melhorar a segurança do paciente.

Conclusões

Este estudo verificou a associação entre as interrupções no trabalho de profissionais de enfermagem e os erros de medicação em doses observadas nas unidades de internação de dois hospitais públicos. Comparativamente, ambas as instituições apresentaram resultados que respondem positivamente à pergunta deste estudo: os erros de medicação acontecem com mais frequência diante de interrupções no trabalho. Logo, entende-se que as interrupções são fatores de risco importantes para acontecimento de erros de medicação no contexto estudado.

Os resultados deste estudo sinalizam a necessidade de um maior número de investigações que avaliem intervenções capazes de reduzir as interrupções nos locais de trabalho de profissionais diretamente ligados ao processo de medicação. Verifica-se, inclusive, a necessidade de realização de outros estudos com delineamentos que permitam a generalização dos achados.

Financiamento

Este estudo não recebeu financiamento.

Referências

- (1) Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system [Internet]. Washington: National Academies Press; 2000 [citado 2018 dez. 10]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
- (2) World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2006-2007 [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [citado 2018 dez. 10]. 64 p. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf
- (3) Alves KYA, Santos VEP, Dantas CN. A análise do conceito de segurança do paciente: a visão evolucionária de Rodgers. Aquichan [Internet]. 2015 [citado 2018 dez. 10];15(4):521-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.4.7>
- (4) Wahr JA, Abernathy JH, Lazarra EH, Keebler JR, Wall MH, *et al.* Medication safety in the operating room: literature and expert-based recommendations. Br J Anaesth [Internet]. 2017 [citado 2018 dez. 10];118(1):32-43. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/aew379>
- (5) Dias JD, Mekaro KS, Dos Santos CM, Zem-Mascarenhas SH. The nurses' understanding about patient safety and medication errors. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2014 [citado 2018 dez. 10];18(4):866-73. Disponível em: DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140064>
- (6) Campoe KR, Giuliano KK. Impact of frequent interruption on nurses' patient-controlled analgesia programming performance. Hum Factors [Internet]. 2017 [citado 2019 jan. 24];59(8):1204-13. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0018720817732605>
- (7) Schroers G. Characteristics of interruptions during medication administration: an integrative review of direct observational studies. J Clin Nurs [Internet]. 2018 [citado 2019 jan. 24];27(5):3462-71. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14587>
- (8) Dante A, Andrigo I, Barone F, Bonamico R, De Chiara A, Nait M *et al.* Occurrence and duration of interruptions during nurses' work in surgical wards. J Nurs Care Qual [Internet]. 2016 [citado 2018 dez. 10];31(2):174-82. Disponível em: DOI: <https://dx.doi.org/10.1097/NCQ.000000000000159>
- (9) Thibault M, Portails C, Goulois S, Lévy A, Lebel D, Bussières J-F. The impact of phone interruptions on the quality of simulated medication order validation using eye tracking. Simul Healthc [Internet]. 2018 [citado 2019 jan. 24]. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SIH.0000000000000350>
- (10) Hayes C, Power T, Davidson PM, Daly J, Jackson D. Nurse interrupted: development of a realistic medication administration simulation for undergraduate nurses. Nurse Educ Today [Internet]. 2015 [citado 2018 dez. 10];35(9):981-6. Disponível em: DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.07.002>
- (11) Thomas L, Donohue-Porter P, Stein-Fishbein J. Impact of interruptions, distractions, and cognitive load on procedure failures and medication administration errors. J Nurs Care Qual [Internet]. 2017 [citado 2018 dez. 10];32(4):309-17. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000256>
- (12) Reed CC, Minnick AF, Dietrich MS. Nurses' responses to interruptions during medication tasks: a time and motion study. Int J Nurs Stud [Internet]. 2018 [citado 2019 jan. 24];82(march):113-20. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.017>
- (13) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Diário Oficial da União Brasília; 2013 [citado 2016 dez. 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

- (14) Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília; 2014 [citado 2016 abr. 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
- (15) Schutijser BCFM, Klopotoska JE, Jongerden IP, Spreeuwenberg PMM, De Bruijne MC, Wagner C. Interruptions during intravenous medication administration: a multicentre observational study. *J Adv Nurs* [Internet]. 2018 [citado 2019 jan. 24];1-8. Disponível em: DOI: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.13880>
- (16) National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Definition medication errors. Rockville. United States Pharmacopeia [Internet]. 2001 [citado 2018 dez. 12]. Disponível em: <http://www.nccmerp.org>
- (17) Zaree TY, Nazari J, Jafarabadi MA, Alinia T. Impact of psychosocial factors on occurrence of medication errors among Tehran public hospitals nurses by evaluating the balance between effort and reward. *Saf Health Work* [Internet]. 2018 [citado 2019 jan. 24];9(4):447-53. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.12.005>
- (18) Prates D de O, Silva AE. Interruptions of activities experienced by nursing professionals in an intensive care unit. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 2018 mar. 17];24(0):e2802. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27627123>
- (19) Grou CR, Moura DL, Morato M, Gomes M. Medication errors in a public hospital in Brazil. *Br J Nurs* [Internet]. 2014 [citado 2018 dez. 14];23(11):552-9. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.11.552>
- (20) Borges MC, Faria JIL, Jabur MRL, De Oliveira KA, Zborowski IDP, Beccaria LM. Medication errors and patient damage level in school hospital. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2018 mar. 17];21(4):1-9. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45397>
- (21) Hayes C, Jackson D, Davidson PM, Power T. Medication errors in hospitals: a literature review of disruptions to nursing practice during medication administration. *J Clin Nurs* [Internet]. 2015 [citado 2018 dez. 15];24(21-22):3063-76. Disponível em: DOI: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.12944>
- (22) Binobaid S, Almeziny M, Fan I. Using an integrated information system to reduce interruptions and the number of non-relevant contacts in the inpatient pharmacy at tertiary hospital. *Saudi Pharm J* [Internet]. 2017 [citado 2019 jan. 24];25(5):760-9. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsps.2016.11.005>
- (23) Thompson KM, Swanson KM, Cox DL, Kirchner RB, Russell JJ, Wermers RA, *et al.* Implementation of bar-code medication administration to reduce patient harm. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes* [Internet]. 2018 [citado 2019 jan. 24];2(4):342-51. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2018.09.001>
- (24) Keers RN, Williams SD, Cooke J, Ashcroft DM. Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug Saf* [Internet]. 2013 [citado 2018 dez. 15];36(11):1045-67. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1007/s40264-013-0090-2>
- (25) Jennings BM, Sandelowski M, Mark B. The nurse's medication day. *Qual Health Res* [Internet]. 2011 [citado 2018 dez. 15];21(10):1441-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049732311411927>
- (26) Westbrook JI, Li L, Hooper TD, Raban MZ, Middleton S, Lehnbohm EC. Effectiveness of a 'Do not interrupt' bundled intervention to reduce interruptions during medication administration: a cluster randomised controlled feasibility study. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2017 [citado 2018 dez. 15];26(9):734-42. Disponível em: DOI: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006123>

Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería*

Percepção do paciente crítico sobre os comportamentos de cuidado humanizado de enfermagem

Perception of the critical patient on the behavior of humanized nursing care

* Artículo derivado de la tesis de maestría "Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado en enfermería".

Cómo citar: Joven Z, Guáqueta Parada S. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Av Enferm* [2019] 37(1):65-74.
DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>

1 Zuli Milena Joven

Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Grupo de investigación de Urgencias y Cuidado Crítico (Bogotá, Colombia).
Correo electrónico: zmjovenb@unal.edu.co

Contribución: Diseño de la investigación, recolección de muestra, consolidación de información en base de datos, análisis y discusión de resultados, elaboración de informe final, elaboración de artículo y ajustes.

2 Sandra Rocio Guáqueta Parada

Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Grupo de investigación de Urgencias y Cuidado Crítico (Bogotá, Colombia).
ORCID: 0000-0002-2354-7493
Correo electrónico: srguaquetap@unal.edu.co

Contribución: Diseño de la investigación, análisis y discusión de resultados, elaboración de informe final, elaboración de artículo y ajustes.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>

Recibido: 20/06/2017 Aprobado: 14/12/2018



Resumen

Objetivo: describir la percepción del paciente crítico adulto sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la unidad de cuidado intensivo (UCI) adulto en un hospital de III nivel de Bogotá, Colombia.

Metodología: estudio descriptivo con abordaje cuantitativo; se utilizó el instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3ª versión", el cual cuenta con validez facial, de contenido y de constructo. Se aplicó a 55 pacientes hospitalizados en UCI, entre junio y octubre de 2016.

Resultados: la percepción global del grupo fue de 83,39 en la escala estandarizada. En la categoría *Priorizar el sujeto de cuidado*, "siempre" obtuvo una calificación del 60 %, "casi siempre" 14 %, "algunas veces" 22 % y "nunca" 4 %. En la categoría *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona* se tuvieron resultados favorables: 42 % para "siempre", "casi siempre" 24 %, "algunas veces" 25 % y 9 % "nunca". Por último, en la categoría *Cualidades del hacer de enfermería* se encontró que 27 % "siempre" percibe estos comportamientos, "casi siempre" 35 %, "algunas veces" 24 % y 14 % "nunca".

Conclusión: de acuerdo con los hallazgos, los comportamientos de cuidado humanizado se perciben globalmente como buenos, y en la categoría *Priorizar el sujeto de cuidado* se obtuvo el mayor puntaje de satisfacción por parte del paciente.

Descriptores: Cuidados Críticos; Enfermería; Humanización de la Atención; Atención de Enfermería; Comportamiento (fonte: DeCS, BIREME).

Resumo

Objetivo: descrever a percepção dos pacientes adultos em estado crítico sobre os comportamentos de atenção humanizada da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adultos em um hospital de nível III em Bogotá, Colômbia.

Metodologia: estudo descritivo quantitativo. Foi utilizado o instrumento "Percepção dos comportamentos de atenção humanizada da enfermagem versão 3", que conta com validade facial, de conteúdo e de construto. Foi aplicado a 55 pacientes internados em UTI, entre junho e outubro de 2016.

Resultados: a percepção global do grupo obtida foi 83,39 na escala padrão. A categoria *Priorizar o sujeito de atenção* obteve uma pontuação de "sempre" 60 %, "quase sempre" 14 %, "às vezes" 22 % e "nunca" 4 %. Na categoria *Abertura à comunicação para fornecer educação em saúde para o indivíduo*, foram obtidos resultados favoráveis: "sempre" 42 %, "quase sempre" 24 %, "às vezes" 25 % e "nunca" 9 %. Finalmente, na categoria *Qualidades do ofício da enfermagem* verificou-se que "sempre" percebem estes comportamentos 27 %, "quase sempre" 35 %, "às vezes" 24 % e 14 % "nunca".

Conclusão: de acordo com os resultados, os comportamentos de atenção humanizada foram percebidos de forma global como bons, e a categoria *Priorizar o sujeito de atenção* obteve a pontuação mais alta de satisfação dada pelos pacientes.

Descritores: Cuidados Críticos; Enfermagem; Humanização da Assistência; Cuidados de Enfermagem; Comportamento (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to describe the perception of the adult critical patient on the behavior of humanized nursing care in the intensive care unit (ICU) of adults at a level III hospital in Bogotá, Colombia.

Methodology: descriptive study with a quantitative approach; it was used the instrument "Perception of behaviors of humanized nursing care - 3rd version", which has facial, content and construct validity. It was applied to 55 patients hospitalized in ICU, between June and October 2016.

Results: the overall perception of the group was 83,39 on the standardized scale. In the category *Prioritize the subject of care*, "always" received a score of 60 %, "almost always" 14 %, "sometimes" 22 %, and "never" 4 %. In the category *Openness to communication to provide health education to the person* there were favorable results: "always" 42 %, "almost always" 24 %, "sometimes" 25 % and "never" 9 %. Finally, in the category *Qualities of nursing* it was found that 27 % "always" perceived these behaviors, "almost always" 35 %, "sometimes" 24 % and "never" 14 %.

Conclusion: according to the findings, humanized care behaviors are perceived globally as good, and in the category *Prioritize the subject of care* it was obtained the highest satisfaction score on the part of the patient.

Descriptors: Critical Care; Nursing; Humanization of Assistance; Nursing Care; Behavior (source: DeCS, BIREME).

Introducción

La unidad de cuidado intensivo (UCI) adulto es un entorno con tecnología avanzada en donde convergen profesionales de la salud y pacientes. Tiende a romper la conexión de la persona con su entorno, lo que conlleva a que esta dependa de un cuidado humanizado como eje central. De acuerdo con lo anterior, la percepción del paciente está influenciada por la relación interpersonal con el equipo de salud, las necesidades satisfechas y las expectativas alcanzadas durante el proceso de hospitalización (1, 2).

Sin embargo, el equipo de salud se enfrenta a un ambiente de alto nivel tecnológico que demanda el desarrollo de competencias cognitivas, habilidades prácticas y responsabilidades profesionales que en ocasiones llevan a la (el) enfermera(o) a abordar las necesidades del paciente de una manera técnica, generalizada y poco sensible. Esto convierte el proceso patológico en el objetivo prioritario, requiriendo dar un cambio hacia la humanización e implementando proyectos de humanización en las UCI (3-6). La (el) enfermera(o) debe ayudar a entender y a vivir la enfermedad, en un medio como es el cuidado intensivo, de tal modo que permita la expresión de emociones y facilite la comprensión, confianza y espiritualidad (7).

El riesgo de deshumanización es alto. Además, el profesional se enfrenta a sobrecarga laboral, tecnología de punta, ejecución de tareas complejas, estrés y creación de emociones defensivas durante el cuidado del paciente de alta complejidad, lo que genera (8, 9):

- En el paciente: despersonalización y vulneración de derechos (como la confidencialidad y la privacidad), incongruencia entre la comunicación verbal y no verbal.
- En la (el) enfermera(o): dificultades en la realización profesional, sobrecarga de trabajo, cansancio emocional, pérdida gradual de empatía.

Los estudios realizados en la UCI adulto muestran que la humanización debe incluir la habilidad para comunicarse con empatía (10, 11). Sin embargo, el frecuente uso de la tecnología en estos espacios ha hecho que los profesionales en salud orienten su atención a la toma de decisiones constante (12) y a la introducción continua de conocimientos e

intervenciones relacionados con la tecnología, ya que se considera esta una herramienta que otorga resultados favorables y significativos que mejoran los índices de sobrevivencia y disminuyen la mortalidad en las UCI (13, 14). Ese hecho hace que el profesional de enfermería experimente impotencia, abatimiento y carga emocional.

Lo anterior afecta las relaciones interpersonales (6, 15), a tal punto que la (el) enfermera(o) evite la interacción y trato con los pacientes o los deshumanice, al verlos como tareas por cumplir (16). Por tanto, es importante reconocer que los indicadores tecnológicos son ideales para la calidad del tratamiento y plan médico, pero no para la relación e interacción con la persona que debe ocupar el primer lugar. La tecnología dura puede monitorear el funcionamiento del cuerpo, pero no el funcionamiento de la persona, sus emociones, respuestas ni su espíritu, como sí lo podría hacer el enfermero al garantizar un ambiente agradable y de confianza y al satisfacer las necesidades de la persona que está hospitalizada en la UCI y de su familia (14).

Por consiguiente, es necesario conocer la percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado en la UCI, para cualificar así, el cuidado de enfermería. La medición de la percepción del cuidado humanizado se puede ejecutar mediante la aplicación de un instrumento que aborda conceptos básicos del cuidado humanizado (Watson), presentes en la definición del indicador "trato humano" y en la dimensión de relación interpersonal del modelo de cuidado de enfermería HANC (H: humanización del cuidado, A: ayuda al paciente crítico hospitalizado, N: necesidades satisfechas, C: cuidado de calidad) (17).

El modelo de cuidado de enfermería HANC se ha propuesto como una forma de abordar al paciente crítico y su familia según principios de humanización, calidad, satisfacción de necesidades y adecuadas relaciones interpersonales enfermera(o)-paciente.

Materiales y métodos

Estudio de tipo descriptivo-cuantitativo en el que se describe la percepción del paciente crítico sobre el cuidado humanizado proporcionado por el personal de enfermería en UCI, en pacientes entre 18 y 70 años hospitalizados en una institución de tercer nivel en Bogotá (Colombia), que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes hospitalizados en la UCI adulto por más de 48 horas. • Pacientes despiertos, conscientes y orientados, sin alteraciones cognitivas. • Pacientes entre 18 y 70 años. • Pacientes con estabilidad hemodinámica (se tuvo en cuenta que no se afectara su estado de salud, lo cual se verificó con la historia clínica de cada paciente y considerando los conocimientos previos del entrevistador). • Pacientes que tuvieron egreso a hospitalización. • Pacientes egresados de la UCI y que estuvieran en hospitalización durante las primeras 24 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes remitidos de otras UCI. • Pacientes con alteraciones en su estado neurológico, mentales o incapacitados para contestar el instrumento (alteraciones cognitivas, pacientes con ventilación mecánica invasiva e inestabilidad hemodinámica). • Pacientes menores de 18 años. • Pacientes con sedoanalgesia. • Pacientes reingresados a la UCI.

Fuente: datos de la investigación.

Aunque existen varios instrumentos elaborados por Watson (18), se decidió elegir el instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión" (8), que fue construido y validado en nuestro medio –con ajustes realizados por los autores e informados para el uso del instrumento en la presente investigación– y que permite describir la percepción del paciente, teniendo en cuenta las categorías planteadas: *Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)*, *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona* y *Cualidades del hacer de enfermería* (8, 10, 13). "PCHE 3ª versión" es una herramienta confiable que cuenta con un alfa de Cronbach de 0,96, validez facial y de contenido con índice de aceptabilidad del 0,92 e índice de validez de contenido de 0,98 por expertos (11).

Tabla 2. Categorías del instrumento de cuidado humanizado de enfermería

Categorías del instrumento	Definición	Ítems	Rangos
Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)	Esta categoría rescata la valorización del sujeto de cuidado como ser único, copartícipe de la experiencia del cuidado de enfermería, donde prima el respeto por su subjetividad (sus creencias, sus valores, su lenguaje, sus formas de ser/estar en el mundo y sus decisiones). El cuidado de enfermería se destaca por construir relaciones intersubjetivas (y terapéuticas) entre enfermera(o) y sujeto de cuidado (paciente) soportadas en la confianza, el respeto y la presencia auténtica.	7 ítems 1-2-6-7-8-15-17	Siempre: 28-27 Casi siempre: 26-25 Algunas veces: 24-20 Nunca: 19-7
Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona	Se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado (enfermera(o) para construir una relación dialéctica (dialógica) entre enfermera(o) y sujeto de cuidado (paciente), fundamental para el crecimiento mutuo y la adopción o mantenimiento de conductas saludables y de autocuidado.	8 ítems 4-5-9-10-11-12-14-19	Siempre: 32-30 Casi siempre: 29-27 Algunas veces: 26-21 Nunca: 20-8
Cualidades del hacer de enfermería	Esta categoría refleja los patrones de conocimiento ético, personal, estético y empírico que caracterizan un cuidado de enfermería experto, reflexivo y crítico. Comprende acciones de cuidado encaminadas a proporcionar soporte físico y a preservar la dignidad del otro.	17 ítems 3-13-16-18-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32	Siempre: 68-65 Casi siempre: 64-59 Algunas veces: 58-50 Nunca: 49-17

Fuente: datos de la investigación.

De acuerdo con los principios que establecen las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) y en cumplimiento de los artículos 8 y 14 de la resolución 008430/1993, se protege la privacidad del participante, se explican las consideraciones éticas y se firman consentimientos informados (19, 20). Previa aprobación de los comités de ética correspondientes (Aval 013-2016) y de la institución de salud de tercer nivel (AS1092-15).

El instrumento se aplicó en los turnos de mañana, tarde y noche, de junio 21 a octubre 5 de 2016, utilizando una escala de Likert de 4 puntos para los cuatro rangos, en donde 1 corresponde a "nunca", 2 a "algunas veces", 3 a "casi siempre" y 4 a "siempre". Para un rango de puntaje del instrumento de mínimo 32 y máximo 128, adicionalmente se tuvieron en cuenta los comentarios hechos por los pacientes registrados en el apartado de observaciones de la herramienta.

Se efectuó análisis estadístico descriptivo con los datos sociodemográficos y las respuestas derivadas del instrumento. Se hicieron correlaciones no paramétricas, en consideración de las categorías del "PCHE 3ª versión" (8), con el ajuste hecho por Rivera y Triana en agosto de 2015 (21), relacionado con la denominación de las tres categorías: *cualidades del hacer de enfermería*; *apertura de la comunicación enfermera(o)-paciente* y *disposición para la atención*, que para el presente estudio se retoma de la manera en que se muestra en la Tabla 2.

En cuanto al análisis global de la aplicación del instrumento, se tuvieron en cuenta los rangos definidos por los autores de la herramienta, en donde se considera la medida de la percepción global como: siempre (128-121), casi siempre (120-112), algunas veces (111-96) y nunca (95-32). Por otra parte, para el análisis comparativo entre categorías fue necesario realizar una escala estandarizada, debido a que cada categoría reporta un número diferente de ítems y a que se requería de una escala que permitiera la comparación entre categorías.

Resultados

Características sociodemográficas

Se aplicó el instrumento "PCHE 3ª versión" a 55 pacientes en situación crítica de salud, los cuales tuvieron una estancia mayor a 48 horas en la UCI de un hospital de tercer nivel. Dentro de las características sociodemográficas predominó el género femenino (67,3 %) sobre el masculino (32,7 %). Con relación a los días de estancia, 32,7 % estuvo 4 días, 27 % 5 días, 12,7 % 6 días y entre 7 y 16 días en menor porcentaje.

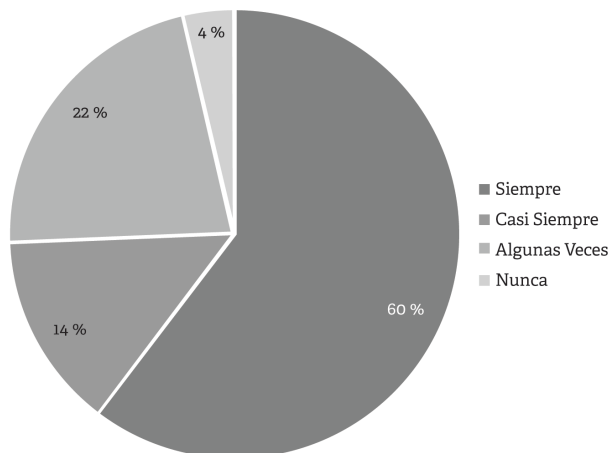
El nivel de escolaridad de los participantes fue: primaria incompleta 21,8 %, primaria completa 13 %, bachillerato completo 7,3 %, técnico 10,9 %, universidad completa 1,8 % y universidad incompleta 9,1 %.

En cuanto a los resultados de la aplicación del instrumento "PCHE 3ª versión" respecto a la valoración global de la percepción del cuidado humanizado se obtuvo un puntaje de 123, es decir que los participantes percibieron que "casi siempre" recibieron un cuidado humanizado.

Con relación a las categorías del instrumento se obtuvo:

Priorizar el sujeto de cuidado (la persona): se evaluó la experiencia del cuidado de enfermería desde el respeto del sujeto de cuidado, como ser único con creencias, valores y lenguaje particular. Se obtuvieron puntajes que evidenciaron que un 60 % percibió como "siempre" la priorización del cuidado y únicamente un 4 % "nunca" percibió tal priorización (Figura 1). Se observa una media de 90,12, lo que indica una percepción buena del cuidado humanizado en esta categoría. Además, los pacientes manifestaron frente a los ítems de esta categoría que en el servicio los enfermeros estuvieron muy atentos, pendientes, brindando las explicaciones pertinentes ante cualquier procedimiento a realizar, y en un bajo porcentaje refirieron que no les daban la suficiente información.

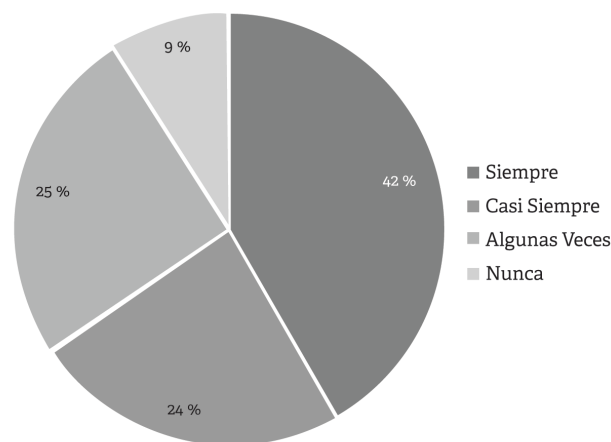
Figura 1. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en la categoría *Priorizar el sujeto de cuidado*



Fuente: base de datos de la investigación.

Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona: esta categoría alude a la construcción de una relación dialéctica entre enfermera(o) y paciente, para el crecimiento mutuo y la adopción o mantenimiento de conductas saludables y de autocuidado (10) (Figura 2).

Figura 2. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en la categoría *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona*



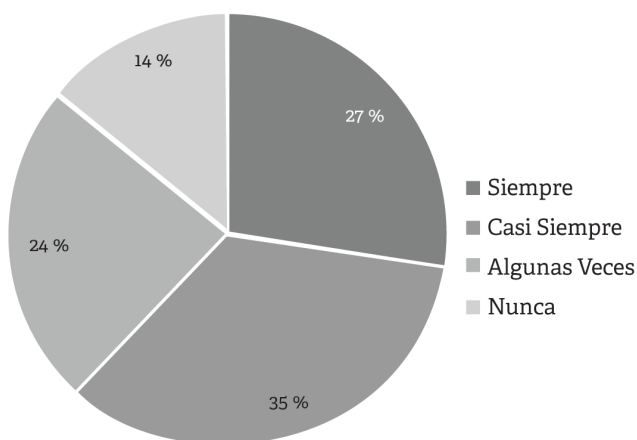
Fuente: base de datos de la investigación.

Los resultados muestran que el 42 % de las personas en situación crítica de salud "siempre" percibió una apertura a la comunicación para proporcionarle educación en salud y 24 % "casi siempre", mientras que solamente el 9 % "nunca" percibió dicha apertura. Esto indica que los participantes en su gran mayoría percibieron "siempre" y "casi siempre"

comportamientos de cuidado humanizado entre excelentes y buenos, en cuanto a la comunicación entre el paciente y el personal de enfermería.

Cualidades del hacer de enfermería: esta categoría comprende acciones de cuidado como: respuesta oportuna al llamado, identificación de necesidades, manejo del dolor, comodidad física, administración oportuna del tratamiento, y comprensión, empatía y escucha activa durante la expresión de sentimientos; esto ayuda a mantener soporte físico, apoyo emocional y a preservar la dignidad del paciente, reflejando un cuidado experto reflexivo-crítico (Figura 3).

Figura 3. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en la categoría *Cualidades del hacer de enfermería*



Fuente: base de datos de la investigación.

El 27 % siempre percibió las cualidades del hacer de enfermería, mientras que el 14 % nunca las percibió, situación que refleja las características del cuidado de enfermería ofrecido en la UCI enmarcadas en una serie de acciones que dan a conocer la impronta de este cuidado. En esta categoría se obtuvo una media de 81,9, revelando la tendencia de medida central entre excelente y buena en cuanto a las cualidades del hacer de enfermería.

Análisis y discusión

A continuación se presenta el análisis y discusión de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento, incluyendo la síntesis de algunas observaciones de los participantes durante la aplicación de la herramienta.

Se constata que los resultados obtenidos de la categoría *Priorizar el sujeto de cuidado* se asemejan a los encontrados por Bautista *et al.* (22), en donde se resaltan aspectos como respetar las decisiones e intimidad del paciente, así como ponerlo en primer lugar y llamarlo por el nombre, siendo percibidos estos comportamientos "siempre" en un 61 % y "casi siempre" en un 29 %.

Asimismo, Miranda *et al.* (23) en su investigación obtuvieron puntuaciones positivas de los participantes con relación a la priorización del sujeto de cuidado, es decir, la atención de enfermería como: respeto hacia el paciente, acompañamiento en los procesos y entrega de cuidados cálidos y humanos; acciones de cuidado que generan experiencias para la construcción de una relación transpersonal como lo señala la teoría de cuidado humanizado.

El cuidado de enfermería en esta categoría debe ser significativo, auténtico, intencional y que comparta una experiencia humana (24). Los pacientes resaltaron cómo en su condición de personas en situación crítica de salud, recibieron calidez en el trato y otros comportamientos como los que refiere Beltrán-Salazar (4): capacidad de comunicación y escucha, respeto por sus creencias y calidez humana, permitiendo al profesional de la salud un aprendizaje y crecimiento junto con el paciente al conectarse con su experiencia de salud, favoreciendo así el acercamiento y la confianza (16, 25).

Por otra parte, es importante resaltar que el 4 % de los participantes que nunca percibió un cuidado humanizado en esta categoría de *priorizar el sujeto de cuidado*, vivenció ciertas acciones de enfermería que no generaron confianza, tales como poca amabilidad y tono de voz inadecuado en la realización de explicaciones previas a las intervenciones, lo que suscitó en los pacientes la percepción de un manejo poco humano. Esto ayuda a reconocer que la UCI se puede convertir en un espacio impersonal al cosificar al paciente, al que se le presta atención en casos de delirio o conducta expresa anormal, ignorando su universo emocional y psicológico (4, 15, 16), esto entorpece la identificación de problemas y necesidades reales de la persona en situación crítica de salud.

Con relación a la categoría *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona*, un 42 % de los participantes siempre percibió una apertura a la comunicación, que se evidencia en el reconocimiento de comportamientos como: mirada atenta, escucha activa, diálogo y adopción de actitudes por parte del personal de

enfermería como la proactividad y disposición para el cuidado. Según Pinho *et al.*, el paciente debe ser percibido como una persona que siente y que espera ser reconocida, escuchada y comprendida, mediante relaciones interpersonales flexibles que permitan a la (el) enfermera(o) conocerlo para contribuir en su mejoría y crecer con él (26).

En los estudios de Bautista *et al.* (22) y Romero *et al.* (27) se reportan comportamientos afines a esta categoría, como la realización de actividades que reflejan al profesional proactivo identificado con el paciente, implementando acciones que facilitan la toma de decisiones. Sin embargo, algunos participantes de estos estudios califican negativamente el vínculo enfermera(o)-paciente, por lo que se recalcan aspectos como la relevancia de presentarse antes de realizar un procedimiento para establecer así una relación de confianza (24).

La calificación obtenida como "nunca" (9 %), de acuerdo con lo que expresaron los pacientes, es el resultado de poco diálogo, debido a que en algunas situaciones se advierte que no se les informa ni se explica oportunamente los procedimientos a ejecutar, la administración de medicamentos o su situación de salud, lo que limita la toma de decisiones del paciente y altera la comunicación y el trato enfermera(o)-paciente.

Algunos participantes percibieron la UCI como un espacio frío, tecnificado, en el que el profesional en enfermería actúa mecánicamente, sin entender su dolor, sufrimiento, miedo, cansancio, incomodidad, malestar o inseguridad. Dicho lo anterior, la atención del equipo de salud debe centrarse en los pacientes durante el cuidado, para no caer en el error de considerar los elementos tecnológicos como un fin; esto lo corroboran estudios previos (1, 2, 15, 16, 26-32).

Existen otras circunstancias que llevan a que se obtenga una percepción mala del cuidado humanizado en esta categoría de *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona*, como son: atención rápida, superficialidad en el trato y uso de lenguaje confuso, aspectos negativos que se pueden evitar con un diálogo fluido entre enfermera(o) y paciente, disminuyendo así la ansiedad y las relaciones distantes; esto fortalece acciones de enfermería que redundan en el ofrecimiento de respuestas claras, precisas y asertivas que mejoran el vínculo interpersonal y alejan la cosificación del ser humano (32-34).

Es importante resaltar que la (el) enfermera(o) debe considerar que la comunicación no solo incluye lo que se dice verbalmente, sino lo que el cuerpo expresa. Por lo tanto, es necesario que realice un reconocimiento del lenguaje verbal y no verbal, de tal manera que consiga identificar los sentimientos del paciente y construir una relación más afectiva (31, 35).

En lo pertinente a la categoría *Cualidades del hacer de enfermería* se obtuvo que un 27 % "siempre" percibió las cualidades del hacer de enfermería y un 14 % "nunca" las percibió. Otros estudios como los de Bautista *et al.* (22) y Miranda *et al.* (23) encontraron un porcentaje mayor de la percepción de cuidado humanizado, sobresaliendo aspectos como apoyo físico, empatía, apoyo emocional y priorización del ser cuidado.

Los participantes respecto a esta categoría manifestaron que el soporte físico y el apoyo emocional son comportamientos que les generaron tal percepción, comportamientos similares a los que mencionan González y Quintero en su estudio (34): disminución del dolor, contacto visual con el paciente, diálogo, liderazgo y apoyo en momentos críticos para mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos.

Por otra parte, en esta categoría 14 % de los participantes afirmó nunca haber percibido las cualidades del hacer de enfermería. De las observaciones hechas por los pacientes, se detectan dos acciones a ejecutar para mejorar la calidad del servicio: (i) reforzar características especiales que enaltezcan el cuidado como la comunicación y las actitudes empáticas para comprender la experiencia del paciente, sus preocupaciones y opiniones, estableciendo una relación de verdadera comprensión que alivie la tensión y que genere un nivel de bienestar físico y mental (36, 37); y (ii) estar preparado para afrontar los sentimientos que surgen en la interacción de cuidado, respecto por las creencias del paciente, comprensión emocional e identificación de sus necesidades físicas, psicoemocionales y espirituales (27).

Es decir, comportamientos que reflejen el cuidado del ser humano y promuevan la identificación de las necesidades de manera integral y no la priorización de la tecnología o de los procedimientos rutinarios que pueden desplazar a los pacientes y menoscabar una relación terapéutica óptima (1, 4, 5, 16, 30).

Watson (18) hace énfasis en la atención de enfermería capaz de acceder a aspectos emocionales

mediante la expresión de sentimientos (positivos y negativos), lo cual facilita al paciente reconocer sus emociones, aceptarlas o confrontarlas; esto genera empatía en la interacción enfermera(o)-paciente y escucha activa y sensible.

En cuanto a la percepción global del paciente crítico frente a los comportamientos de cuidado humanizado, se obtuvo una calificación alta con una media de 83,3, lo que indica una percepción buena, dado que los pacientes identificaron cuidados de manera integral en donde se incluyen tanto acciones de cuidado físico como de cuidado emocional. Lo anterior, permite mantener en esta relación de cuidado actitudes de respeto, confianza, comunicación y presencia auténtica que abren paso a una comunicación significativa que nutre y dignifica al ser humano.

Los resultados del presente estudio demuestran una percepción buena del cuidado humanizado. Las tres categorías obtuvieron una buena calificación, siendo *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona* la más baja y *Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)* la más alta. Estos resultados coinciden con estudios que mostraron que en un gran porcentaje los pacientes hospitalizados perciben el cuidado humanizado en relación con: priorización del cuidado, características de la (el) enfermera(o) y cualidades del hacer (8, 34). No obstante, un pequeño porcentaje percibe en menor grado aspectos como: dar apoyo físico, proactividad, empatía, sentimientos del paciente y disponibilidad para la atención (33). Ahora bien, Bautista *et al.* (22) analizan la percepción del comportamiento del cuidado humanizado del personal de enfermería evidenciando que solo 3 % lo percibe como regular y ninguno como malo.

Al comparar las calificaciones promedio de las categorías, *Priorización del sujeto de cuidado* fue la que obtuvo un porcentaje mayor con una media de 90,12 siendo excelente, debido a que los participantes reseñaron durante su atención características como: capacidad de comunicación y escucha, respeto por sus creencias, compromiso ético, calidez humana y actitud responsable y humanista del personal de enfermería; factores que influyen en la relación terapéutica. Asimismo, dicha categoría registra la menor desviación estándar (13,24 en la escala estandarizada).

Teniendo en cuenta que la tendencia central alta en una categoría indica una tendencia similar en todas las demás, se confirma la estrecha correlación

entre las categorías que se han definido para medir los comportamientos de cuidado humanizado, lo que significa que cuando la (el) enfermera(o) hace visible la valorización del sujeto de cuidado como único copartícipe en la experiencia de cuidado, se construye una relación intersubjetiva basada en la confianza y presencia auténtica y a la vez señala la disposición de la (el) enfermera(o) a mantener cualidades en el cuidado como son: la mirada atenta, la escucha activa, proporcionar información oportuna con un lenguaje claro y capacidad de mostrar cualidades del hacer de enfermería que se reflejan en patrones de conocimiento ético, personal, estético y empírico en el cuidado del paciente.

De acuerdo con lo anterior, es importante mantener una interacción enfermera(o)-paciente que trascienda en el tiempo, que sea auténtica e intencional, basada en el reconocimiento e interés por el otro, por sus sentimientos y emociones, con la finalidad de que el paciente perciba que es cuidado en su integridad como una persona, que se abordan sus necesidades y se le proporciona información oportuna y clara para que pueda tomar decisiones para promover su propio cuidado.

Conclusiones

La percepción de comportamientos humanizados de enfermería en la UCI por parte del paciente crítico de una institución de III nivel es definida como buena, debido principalmente a los elementos incluidos en las categorías *Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)* y *Cualidades del hacer de enfermería*, en donde se destaca el valor que se le otorga al paciente como un ser pluridimensional, con quien se establece un vínculo interpersonal cimentado en el respeto y la confianza y donde hay un reconocimiento de cuidado expresado en la respuesta oportuna al llamado, manejo del dolor, comodidad física, preservación de la dignidad y apoyo emocional. Sin embargo, es importante reforzar una mayor comprensión y empatía frente al proceso que está viviendo el paciente durante su hospitalización en la UCI.

La categoría *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona* se percibió como buena, esto, por la apertura a la comunicación del personal de enfermería para explicar los procedimientos y proporcionar información; sin embargo, en los casos de calificaciones bajas se constata la necesidad de una mayor atención con calidez y sensibilidad.

Los resultados ratifican algunas propuestas de Watson, como la relación transpersonal en la que se da una transacción de humano a humano como significativa, auténtica e intencional, en la que la persona comparte la experiencia de sentirse respetada y cuidada en su integridad; mediante una presencia auténtica que busca escuchar, proteger, comprender, realzar y conservar la dignidad de la persona.

La aplicación del instrumento arrojó algunas recomendaciones para los enfermeros que laboran en la UCI, tales como: reforzar los procesos relacionados con la categoría *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona*, promoviendo una atención con mayor calidez y sensibilidad, la cual es vital para mantener calidad en la atención y en la relación enfermera(o)-paciente.

Respecto al instrumento, las observaciones emitidas por los participantes al aplicar este permiten conocer a fondo sus necesidades e identificar aquellos puntos en los que se pueden ejecutar acciones de mejora. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que se requiere suficiente tiempo para la aplicación de la herramienta, debido a que el paciente en estudio está en proceso de recuperación.

Referencias

- (1) Silva R, Ferreira M. Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [citado 2015 nov. 12];47(6):1325-32. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600011>
- (2) Medeiros A, Siqueira H, Zamberlan C, Cecagno D, Nunes S, Thurow M. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the intensive care unit. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016 [citado 2016 nov. 12];50(5):816-22. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>
- (3) De la Fuente C, Rojas M, Gómez MR, Lara P, Morán E, Aguilar E. Implantación de un proyecto de humanización en una unidad de cuidado intensivo. Med Intensiva [Internet]. 2018 [citado 2018 ene. 20];42(2):99-109. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.08.002>
- (4) Beltrán-Salazar ÓA. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Aquichan [Internet]. 2009 [citado 2016 abr. 12];9(1):27-37. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100003&ln
- (5) Do Nascimento KC, Erdmann AL. Understanding the dimensions of intensive care: transpersonal caring and complexity theories. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2009 [citado 2015 jun. 28];17(2):215-21. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200012>
- (6) Vargas-Tolosa RE. Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo; enfermería pieza clave en la atención. Rev Cienc y Cuid [Internet]. 2007 [citado 2016 may. 12];4(4):21-7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534029>
- (7) Hermsilla A, Mendoza R, Contreras S. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. Index Enferm [Internet]. 2016 [citado 2017 ene. 29];25(4):273-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300011&lng=es
- (8) Rivera ÁL, Triana Á. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. Av Enferm [Internet]. 2007 [citado 2016 jun. 21];25(1):56-68. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35901>
- (9) Velásquez PD, Arias VM, Aguilar GY. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado del personal de enfermería en la Clínica San José durante el segundo semestre del 2011 [tesis de pregrado]. [San José de Cúcuta]: Universidad Francisco de Paula Santander; 2012. Disponible en: <http://alejandria.ufps.edu.co/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=32897>
- (10) González O. Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3ª versión". Aquichan [Internet]. 2015 [citado 2016 jul. 10];15(3):381-92. Disponible en: DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.6
- (11) Ramírez PC, Parra VM. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Av Enferm [Internet]. 2011 [citado 2016 may. 12];29(1):97-108. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861>
- (12) Valderrama R, Valdivia AG. Tecnología, asistencial y el cuidado enfermero. Cuid Salud [Internet]. 2014 [citado 2016 jun. 4];1(1):1-7. Disponible en: <http://eepl.t.uep.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/view/17/16.67>
- (13) Vera-Carrasco O. Dilemas bioéticos en las unidades de cuidados intensivos. Rev Med La Paz [Internet]. 2010 [citado 2016 may. 18];16(2):50-7. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000200009&lng=es
- (14) Kuerten P, Do Prado M, Almeida-Cabral P, Jatobá AI, Anders JC. El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. Index Enferm [Internet]. 2013 [citado 2018 ago. 29];22(3):156-60. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200009>
- (15) Gómez LE. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética. Pers Bioét [Internet]. 2008 [citado 2016 jun. 7];12(2):145-57. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000200006
- (16) Beltrán Ó. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. Inv y Educación en Enfermería [Internet]. 2009 [citado 2016 jun. 5];27(1):34-45. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100003&lng=en&tlng=es

- (17) Parra M, Guaqueta S, Triana M. Perspectivas del cuidado de enfermería en UCI. Una visión desde el modelo de cuidado HANC. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012. 30 p.
- (18) Watson J. *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. 2.ª ed. Nueva York: Springer Publishing Company; 2009.
- (19) Lopera, MM. Revisión comentada de la legislación colombiana en ética de la investigación en salud. *Biomédica* [Internet]. 2017 [citado 2017 dic. 12];37(4):577-89. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.7705/biomedicav37i4.3333>
- (20) Manzini J. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* [Internet]. 2010 [citado 2016 jul. 14];6(2):321-34. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>
- (21) Triana A. Ajuste a la denominación de las categorías del instrumento [Internet]. Message to: Joven, Z. 2015 oct. 6 [citado 2016 jul. 14]; 1 párr.
- (22) Bautista RL, Parra CE, Arias TK, Parada OK, Ascanio MK, Villamarín CM *et al*. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. *Ciencia y Cuidado* [Internet]. 2015 [2016 jun. 28];12(1):105-18. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.22463/17949831.331>
- (23) Miranda P, Monje P, Oyarzún J. Percepción de cuidado humanizado en el servicio de medicina adulto, Hospital Base Valdivia, tercer trimestre 2014 [tesis pregrado]. [Valdivia, Chile]: Universidad Austral de Chile; 2014. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2014/fmm672p/doc/fmm672p.pdf>
- (24) Durgun Y, Hulya O, Ayhan A. Implementation of Watson's theory of human caring: a case study. *IJCS* [Internet]. 2015 [citado 2015 ago. 10];8(1):25-35. Disponible en: <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4-Lash%20-%20Original.pdf>
- (25) Ceballos PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado, ciencia y enfermería. *Cienc Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2016 may. 12];16(1):31-5. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>
- (26) Beltrán SÓ. Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. *Index Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2016 jun. 26];24(1-2):49-53. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100011>
- (27) Romero ME, Contreras MI, Pérez PY, Moncada A, Jiménez ZV. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Revista de Ciencias Biomédicas* [Internet]. 2013 [citado 2016 may. 21];4(1):60-8. Disponible en: <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1143/1053>
- (28) Borré OY, Vega VY. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Cienc Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2016 sep. 11];20(3):81-94. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300008>
- (29) Castañeda CR, Orozco MJ, Rincón GP. "Empoderamiento", una utopía posible para reconstruir la humanización en unidades de cuidado crítico. *Hacia Promoc Salud* [Internet]. 2015 [citado 2016 may. 17];20(1):13-34. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.1.2>
- (30) Puerto AL, Chamorro J, Souza DP, Rojas E. Participación en la toma de decisiones del enfermo que ingresa en cuidados intensivos. *Med Clínica* [Internet]. 2010 [citado 2016 jun. 3];134(8):375-8. Disponible en: DOI: [10.1016/j.medcli.2008.12.007](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2008.12.007)
- (31) Ramírez P, Muggenburger C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm Univ* [Internet]. 2015 [citado 2016 jun. 15];12(3):134-43. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>
- (32) Ramírez C, Perdomo A, Galán E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Av Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2016 may. 13];31(1):42-51. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42182/46025>
- (33) González BJ, Quintero MD. Percepción del cuidado humanizado de pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención [tesis de pregrado]. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana; 2009. Disponible en: <http://repositorio.javeriana.edu.co/bitstream/10554/9730/1/tesis05-3.pdf>
- (34) Saviato RM, Leão E. Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2016 [citado 2016 jun. 14];20(1):198-202. Disponible en: DOI: [10.5935/1414-8145.20160026](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160026)
- (35) Valladares-Broca P, Ferreira M. Aplicación de un plan de acción para la comunicación del equipo de enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2017 sep. 21];25(4):268-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300010&lng=es
- (36) Jahanshahi Z, Sarabi AG, Borhani F, Nasiri M, Anboohi SZ. The correlation between the clinical competency and empathy of nurses: case study, intensive care units of the educational hospitals of Kerman Medical Sciences University, Iran. *Ann Trop Med Public Health* [Internet]. 2017 [citado 2017 dic. 21];10:694-701. Disponible en: <http://www.atmph.org/text.asp?2017/10/3/694/213146>
- (37) Mastrapa YE, Gibert-Lamadrid MD. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev Cub de Enfer* [Internet]. 2016 [citado 2018 jul. 20];32(4) [cerca de 17 pantallas]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>

Prevalência de persistência do canal arterial em neonatos em um hospital público

Prevalencia de persistencia del canal arterial en neonatos en un hospital público

Prevalence of persistence of the arterial canal in newborns in a public hospital

Cómo citar: Nascimento BM, Da Silva WR, Oliveira PS, Ferreira TN. Prevalência de persistência do canal arterial em neonatos em um hospital público. *Av Enferm* [2019] 37(1):75-82. DOI: <https://doi.org/10.15446/avenferm.v37n1.72444>

1 Bárbara Michelle Athayde Nascimento

Faculdades Unidas do Norte de Minas (Montes Claros, Minas Gerais, Brasil).

ORCID: 0000-0002-3457-5289

Correio eletrônico: bathayde@yahoo.com.br

Contribuição: concepção da pesquisa, levantamento bibliográfico, metodologia, coleta dos dados, análise dos dados, discussão dos resultados, redação do artigo e aprovação da versão final.

2 Wiliana Rodrigues da Silva

Faculdades Unidas do Norte de Minas (Montes Claros, Minas Gerais, Brasil).

ORCID: 0000-0003-3556-3287

Correio eletrônico: willianadasilva21@gmail.com

Contribuição: concepção da pesquisa, levantamento bibliográfico, metodologia, coleta dos dados, análise dos dados, discussão dos resultados, redação do artigo e aprovação da versão final.

3 Pâmela Scarlatt Durães Oliveira

Universidade Estadual de Montes Claros (Montes Claros, Minas Gerais, Brasil).

ORCID: 0000-0001-6084-5011

Correio eletrônico: pamela-scarlatt@bol.com.br

Contribuição: concepção da pesquisa, análise e discussão de todo o texto, revisão final e realização de correções solicitadas.

4 Tadeu Nunes Ferreira

Hospital Universitário Clemente Faria (Montes Claros, Minas Gerais, Brasil).

ORCID: 0000-000301169222

Correio eletrônico: tadeu-nunes@hotmail.com

Contribuição: concepção da pesquisa, contribuiu na análise e discussão de todo o texto e revisão final.

DOI: <https://doi.org/10.15446/avenferm.v37n1.72444>

Recibido: 01/06/2018 Aprobado: 28/01/2019



Resumo

Objetivo: identificar a prevalência de persistência do canal arterial (PCA) em neonatos em um hospital público.

Metodologia: trata-se de um estudo quantitativo, observacional e de caráter descritivo. Foram coletados dados de 313 prontuários de recém-nascidos, observando a ocorrência do diagnóstico de PCA em uma amostra de neonatos internados em um hospital público do norte de Minas Gerais no período de agosto de 2015 a agosto de 2016, até o 7º dia de vida. As seguintes variáveis foram analisadas: idade gestacional, peso ao nascer, Apgar 1' e 5', desconforto respiratório, uso de equipamentos de suporte ventilatório e utilização de medicamentos para a função respiratória. Os dados coletados foram processados estatisticamente através do programa MINITAB.

Resultados: neste estudo, percebe-se que a incidência da PCA é maior em prematuro quando a relação idade gestacional e peso ao nascer são inversamente proporcionais à PCA. A prevalência neste estudo foi de 2,6% de recém-nascidos com a cardiopatia, sendo que destes foi observado o desconforto respiratório em 4,3% de neonatos.

Conclusão: a prevalência do canal arterial na amostra foi relativamente baixa, dentre os fatores associados ao aparecimento da cardiopatia, mas as alterações no quinto minuto de Apgar mostraram ser estatisticamente significantes. Sendo assim, identificar a ocorrência do diagnóstico da PCA e conhecer as repercussões respiratórias, assim como proposto nesse estudo, pode auxiliar na programação da assistência e, em especial, favorecer a melhoria da conduta de enfermagem.

Descritores: Canal Arterial; Congênito; Displasia Broncopulmonar (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: identificar la prevalencia de persistencia del canal arterial (PCA) en neonatos en un hospital público.

Metodología: se trata de un estudio cuantitativo, observacional y de carácter descriptivo. Se recogieron datos de 313 prontuarios de recién nacidos, observando la ocurrencia del diagnóstico de PCA en una muestra de neonatos internos en un hospital público del norte de Minas Gerais en el período de agosto de 2015 a agosto de 2016, hasta el 7º día de vida. Se analizaron las variables: edad gestacional, peso al nacer, Apgar 1' y 5', malestar respiratorio, uso de equipos de soporte ventilatorio y utilización de medicamentos para la función respiratoria. Los datos recolectados fueron procesados estadísticamente a través del programa MINITAB.

Resultados: en este estudio se percibe que la incidencia de la PCA es mayor en prematuros, donde la relación edad gestacional y peso al nacer son inversamente proporcionales a la PCA. La prevalencia en este estudio fue de 2,6% recién nacidos con la cardiopatía, siendo que de estos se observó la incomodidad respiratoria en el 4,3% de neonatos.

Conclusión: la prevalencia del canal arterial en la muestra fue relativamente baja, entre los factores asociados a la aparición de la cardiopatía, no obstante, las alteraciones en el quinto minuto de Apgar mostraron ser estadísticamente significantes. Siendo así, identificar la ocurrencia del diagnóstico de la PCA y conocer las repercusiones respiratorias, así como es propuesto en ese estudio, puede auxiliar en la programación de la asistencia y, en particular, favorecer la mejora de la conducta de enfermería.

Descritores: Conducto Arterial; Congénito; Displasia Broncopulmonar (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to identify the prevalence of persistence of the arterial canal (PAC) in newborns in a public hospital.

Methodology: this is a quantitative, observational and descriptive study. Data from 313 compendiums of newborns were collected, noting the occurrence of the diagnosis of PAC in a sample of inmate newborns at a public hospital in the north of Minas Gerais, Brazil, in the period between August 2015 and August 2016, up to the 7th day of life. The following variables were analyzed: gestational age, birth weight, Apgar 1' and 5', respiratory discomfort, use of ventilation support equipment and use of medication for respiratory function. The collected data were statistically processed through the MINITAB software.

Results: the incidence of the PAC is higher in premature infants, where the relationship of gestational age and birth weight are inversely proportional to the PAC. The prevalence in this study was 2,6% of newborns with heart disease, and it was observed respiratory discomfort in 4,3% of them.

Conclusion: the prevalence of arterial canal in the sample was relatively low; among the factors associated with the occurrence of heart disease, alterations in the fifth minute of Apgar were statistically significant. Being so, identifying the occurrence of the diagnosis of PAC and knowing the respiratory impact can aid in the programming of assistance and, in particular, favor the improvement of the conduct of nursing.

Descriptors: Ductus Arteriosus; Congenital; Bronchopulmonary dysplasia (source: DeCS, BIREME).

Introdução

As cardiopatias congênitas são anormalidades nas estruturas do coração que podem causar disfunções no funcionamento da hemodinâmica cardiovascular (1). Estas são consideradas como umas das principais morbimortalidades em neonatos e podem ser detectadas logo ao nascimento (2). Apresentam prevalência de 8 a 10:1.000 nascidos vivos. No Brasil, essa prevalência apresenta uma variação entre 5 a 12:1.000 nascidos vivos. Dentre as cardiopatias congênitas acianóticas, destaca-se a persistência do canal arterial (PCA) que é um dos defeitos cardíacos congênitos mais comuns, representando de 5 % a 10 % de todas as cardiopatias congênitas em recém-nascidos (RN) (3).

No PCA, a relação de gênero varia de um indivíduo do sexo masculino para dois do feminino (4, 5). O canal arterial hemodinamicamente significativo acarreta uma série de complicações tais como: hipoperfusão de vários órgãos sistêmicos, hiperfluxo pulmonar e isquemia miocárdica, sendo que as principais complicações observadas são a insuficiência cardíaca, hemorragia cerebral peri-intra-ventricular, disfunção renal, enterocolite necrosante, displasia broncopulmonar, hipertensão pulmonar, actelectasia e hemorragia pulmonar (6-8).

O tratamento do PCA, atualmente, ocorre com o uso de anti-inflamatórios não hormonais e/ou fechamento cirúrgico. Os tratamentos apresentam boa resposta, mas sua utilização ainda é controversa devido aos efeitos colaterais (risco de alteração transitória na perfusão cerebral e diminuição transitória da função renal no uso dos anti-inflamatórios, pneumotórax, infecção, hemorragia, quilotórax, paralisia de corda vocal na cirurgia) e a falta de evidências de que melhorem o prognóstico desses pacientes em longo prazo (9, 10).

A assistência e os cuidados de enfermagem podem contribuir muito para viabilizar a realização do diagnóstico de enfermagem, conforme a North American Nursing Diagnosis Association – Internacional (NANDA), e possibilitar intervenções precoces nos RN com alterações ao nascimento, o que leva à necessidade de explorar e adquirir novos conhecimentos que possam contribuir para a diminuição dos agravos e da mortalidade neonatal. Conhecer o perfil e os diagnósticos de enfermagem do neonato com

cardiopatias congênitas, como a PCA, pode favorecer um melhor planejamento da assistência de enfermagem. A elaboração do plano assistencial pelo enfermeiro quando se conhece o perfil e a patologia da população com a qual se trabalha, provê uma assistência adequada pela equipe de enfermagem (11, 12).

A literatura acima evidencia a grande relevância do aprofundamento do tema, em especial para os profissionais de enfermagem, sendo assim, esse estudo justifica-se na necessidade de identificar a prevalência de PCA em uma amostra de neonatos internados em um hospital público do norte de Minas Gerais.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo observacional, de caráter descritivo e análise quantitativa (13). O processo de amostragem foi censitário, onde todos os prontuários de neonatos internados no hospital público de escolha, no período de agosto de 2015 a agosto de 2016, com idade até o 7º dia de vida, foram analisados, observando a ocorrência do diagnóstico de PCA. A amostragem final foi de 313 prontuários. Os critérios de inclusão foram prontuários de neonatos nascidos naquele hospital e os critérios de exclusão foram neonatos nascidos em outros hospitais e vindos através de transferência externa, além dos prontuários incompletos ou ilegíveis.

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário elaborado pelos pesquisadores que contém dados considerados importantes e embasados nos textos da literatura atual; propõe que sejam investigadas as variáveis relacionadas à mãe (idade gestacional –IG–, se realizou o pré-natal, doenças e vacinas maternas) e as variáveis relacionadas ao RN (peso de nascimento; Apgar 1' e 5'; ocorrência de PCA; diagnóstico respiratório; sopro; atendimentos na sala de parto, incluindo reanimação nos 7 primeiros dias; desconforto respiratório; utilização de suporte respiratórios como CPAP - pressão positiva contínua nas vias aéreas; HOOD; intubação, cateter nasal; VPP - ventilação a pressão positiva; dados sobre a utilização de medicamentos para a função respiratória como: surfactante, cafeína, nebulização). Foram avaliadas ainda a presença de complicações nos 7 primeiros dias de vida.

Os dados coletados foram tabulados em planilha de Excel e transferidos para análise no programa MINITAB® 17, onde foi empregado o teste estatístico T de *Student*, calculadas as médias, desvio padrão, valores máximos, mínimos, frequência, dentre

outros. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Unidas do Norte de Minas sob o número 1.934.464.

Resultados

Foram analisados inicialmente 349 prontuários de RN nascidos no período acima descrito, sendo 36 documentos excluídos por falta de dados ou serem de crianças não nascidos no hospital de estudo. No final da análise, 313 prontuários foram considerados aptos para a pesquisa e foram realizadas as estatísticas descritivas.

Na amostra total dos prontuários analisados, percebe-se que a prevalência da PCA ocorreu em 2,5 % das crianças (8 neonatos com PCA) e dessas 4,3 % apresentaram também desconforto respiratório (5 neonatos).

A IG média da amostra total foi de 36 semanas, enquanto que o peso ao nascer médio foi de 2760 g, sendo o peso mínimo da amostra de 395 g. No que se refere aos RN com PCA, percebe-se uma IG média de 32 semanas e quando relacionada ao peso ao nascer, observa-se a média de 1850 gramas, dados bem inferiores aos da amostra geral que foi composta em sua grande maioria de RN saudáveis.

Nas tabelas a seguir, apresentam-se mais resultados da amostra total (313 prontuários), sendo que na Tabela 1 estão organizadas as análises das variáveis e hipóteses que foram identificadas no estudo e na Tabela 2 são apresentadas as estatísticas descritivas das variáveis IG, peso ao nascer, Apgar 1' e 5'.

É válido ressaltar que na Tabela 1 a ocorrência de PCA relacionada ao Apgar alterado no 5º minuto foi a única variável que mostrou significância conforme as análises do *p*-valor.

A Tabela 3 é sobre a ocorrência de diagnóstico respiratório, sopro, reanimação e suportes ventilatórios. Sobre o dado de utilização de suporte ventilatório pelos RN, observa-se que o suporte mais utilizado foi o HOOD 25,6 % (80), logo em seguida 13,4 % (42) necessitaram de intubação, 10,5 % (33) de CPAP, 8,9 % (28) de VPP e, por fim, 2,2 % (7) necessitaram de cateter nasal.

Tabela 1. Hipótese da pesquisa diagnóstico cardiológico relacionado à idade gestacional e ocorrência de PCA relacionada à idade gestacional, peso ao nascer, Apgar 1' e 5', realizada em neonatos internados em um hospital público

Hipóteses	Frequência	Média	Desvio padrão	Teste T	<i>p</i> -valor
Diagnóstico cardiológico relacionado à idade gestacional	Sim	34,50	5,15	3,55	1,00
	Não	36,70	3,95		
Ocorrência de PCA relacionada à idade gestacional	Sim	36,49	4,17	2,97	0,998
	Não	32	5,83		
Ocorrência PCA relacionada a Apgar 1'	Sim	7,61	1,7	0,79	0,784
	Não	7,13	2,03		
Ocorrência PCA relacionada a Apgar 5'	Sim	8,75	0,463	0,14	0,443*
	Não	8,7	0,982		
Ocorrência PCA relacionada ao peso ao nascer	Sim	1858	1172	2,71	0,996
	Não	2727	887		

* *p*-valor < 0,05.

Fonte: prontuários de neonatos internados em um hospital público no município de Montes Claros-MG.

Tabela 2. Estatísticas descritivas das variáveis idade gestacional, peso ao nascer, Apgar 1' e 5' da pesquisa realizada em neonatos internados em um hospital público

Variáveis	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	Moda
Idade gestacional	36,36	4,27	23	38	43	39
Peso ao nascer	2703,6	904,3	395	2930	4450	3115
Apgar 1'	7,59	1,7	0	8	9	8
Apgar 5'	8,70	0,97	3	9	10	9

Fonte: prontuários de neonatos internados em um hospital público no município de Montes Claros-MG.

Tabela 3. Ocorrência de diagnóstico respiratório, sopro, reanimação e suportes ventilatórios na pesquisa realizada em neonatos internados em um hospital público

Variáveis	Frequência	n	%
Ocorrência de diagnóstico respiratório	Sim	55	17,6
	Não	258	82,4
Ocorrência de sopro	Sim	41	13,1
	Não	272	86,9
Reanimação nos primeiros 7 dias de vida	Sim	26	8,3
	Não	287	91,7
Suporte ventilatório HOOD	Sim	80	25,6
	Não	233	74,4
Suporte ventilatório CPAP	Sim	33	10,5
	Não	280	89,5
Suporte ventilatório intubação	Sim	42	13,4
	Não	271	86,6
Suporte ventilatório VPP	Sim	28	8,9
	Não	285	91,1
Suporte ventilatório cateter nasal	Sim	7	2,2
	Não	306	97,8

Fonte: prontuários de neonatos internados em um hospital público no município de Montes Claros-MG.

Discussão

O estudo evidenciou que a PCA em RN prematuros, assim como em outros artigos, é pouco frequente e está associada a uma série de morbidades hemodinâmicas significativas, sendo a intervenção cirúrgica indicada quando no tratamento medicamentoso não ocorre o fechamento do canal (14).

Essa ocorrência é maior em prematuros pois o baixo peso ao nascer e a IG menor que 34 semanas têm relação inversa ao PCA, corroborando com outros resul-

tados da literatura (7, 15). Na clampagem do cordão umbilical do RN e início da respiração fetal há um aumento da resistência vascular sistêmica e a queda da resistência vascular pulmonar ocorrendo, assim, a inversão do *Shunt* e o seu fechamento fisiológico, não havendo comprometimento do sistema circulatório. Isto se dá de 3 a 5 dias após o nascimento.

A PCA em RN pré-termo, com IG inferior a 30 semanas, é elevada, sendo que nesse estudo a média de IG das crianças foi de 32 semanas. Em outros estudos, esse valor pode variar de 50 % a 100 % nos primeiros dias de vida, dependendo do diagnóstico e da IG (16). Vale ressaltar ainda que a PCA está presente em até 75 % dos neonatos nascidos com IG menor que 28 semanas, e os problemas relativos à PCA continuam sendo um tema atual em neonatologia (17, 18).

Outro dado importante a ser discutido é em relação ao peso dos RN prematuros, sendo que em crianças com peso < 1000 gramas, a PCA ocorre em 70 % dos casos (17), dado esse contrário a este estudo que evidenciou a média de peso dos RN com PCA de 1850 gramas.

As manifestações clínicas da PCA, repercussões cardiocirculatórias, pulmonares e sistêmicas, dependem da magnitude do *shunt* E-D. No mais, o quadro clínico varia com a IG do RN (9), sendo que nesse estudo a variável IG não demonstrou significância nas análises (*p*-valor de 0,99), discordando de outras literaturas (19, 20).

Os primeiros sinais clínicos de PCA podem ser identificados a partir do 3º dia ou então após a administração do surfactante, sendo os mais frequentes: a taquicardia e atividade precordial hiperdinâmica (devido ao aumento do volume ventricular esquerdo) e aumento da amplitude dos pulsos (devido à diferença entre a pressão arterial sistólica e diastólica ser maior que 30 mmHg) (7, 21).

Neste estudo, assim como em outros (21, 22), percebemos um valor significativo de sopros cardíacos nos neonatos da amostra (13,1 %). O diagnóstico do canal arterial pode ser evidenciado pela presença de sopros cardíacos, no aumento da pressão de pulso ou no precórdio ativo, sendo estes manifestados tardiamente e sensíveis nos primeiros dias de vida, portanto torna-se importante a confirmação através de exames de imagem, como a ultrasonografia, para compreender os efeitos hemodinâmicos associados a esta patologia (22).

Intervenções cirúrgicas precoces para a correção das falhas aumentam bastante a sobrevida dos portado-

res de cardiopatias congênitas e melhoram a qualidade de vida, por isso é importante o diagnóstico precoce (2). Neonatos prematuros e com diagnóstico de PCA apresentam o Apgar menor no primeiro minuto, dado esse em discordância com os resultados desse estudo, onde a variável alteração no Apgar do quinto minuto demonstrou significância, sendo que o valor encontrado nos dois momentos é de extrema importância para a determinação de condutas específicas de reanimação do neonato, diagnósticos precoces e para um prognóstico de mortalidade (23).

Esse dado encontrado nesse estudo sobre a alteração do Apgar abaixo de sete no quinto minuto de vida indica a necessidade de assistência imediata a fim de minimizar as sequelas por falta de oxigenação cerebral (24).

Outro dado importante incluído nesse estudo, e a ser discutido, é o uso de suporte ventilatório nos RN, sendo que nesse estudo o suporte mais utilizado foi o HOOD 25,6 % (80), logo em seguida 13,4 % (42) necessitaram de intubação, 10,5 % (33) de CPAP, 8,9 % (28) de VPP e, por fim, 2,2 % (7) necessitaram de cateter nasal. Esses dados corroboram outros estudos que destacam a necessidade de intubação e ventilação com pressão positiva e oxigênio, que além de ser um indicador de hipóxia neonatal, doença pulmonar ou extrema imaturidade, pode levar à distensão alveolar excessiva, causando lesão por estresse nos capilares alveolares (25, 26).

A enfermagem exerce um papel importante no cuidado da criança com alteração nas variáveis envolvidas nesse estudo e mais ainda nos RN com diagnóstico de PCA, sendo que, de acordo com os diagnósticos de enfermagem da NANDA, podemos elencar os diagnósticos mais importantes a fim de se planejar a assistência. Esses incluem o risco de débito cardíaco alterado uma vez que, na presença do canal arterial aberto, há uma sobrecarga pulmonar devido a um retorno anormal do sangue à artéria pulmonar, consequentemente, tendência a uma sobrecarga cardíaca (12, 27).

Como cuidado de enfermagem, destaca-se a monitorização contínua da frequência cardíaca e perfusão tecidual com o auxílio de um oxímetro de pulso. Outro diagnóstico que pode ser destacado é a fadiga e o risco de hipotermia, já que, devido à monitorização contínua, o RN será bastante manipulado causando agitação e estresse e, no caso da incubadora, pode causar também a hipotermia, sendo papel da enfermagem promover calor ao RN e um ambiente o mais calmo e acolhedor possível (27).

Conclusão

Esse estudo apresentou como suas principais considerações que a presença de PCA na amostra foi relativamente baixa. Entre os fatores associados ao aparecimento da cardiopatia, as alterações no quinto minuto de Apgar mostraram ser estatisticamente significantes. O desconforto respiratório estava presente em mais da metade da amostra que também era portadora de PCA, mostrando que existe uma relação direta entre os dois. Observamos ainda que o tipo de suporte respiratório mais utilizado é o HOOD e o menos utilizado são os cateteres nasais.

Acreditamos que identificar a ocorrência do diagnóstico da PCA e conhecer as repercussões respiratórias, assim como proposto nesse estudo, pode auxiliar na programação da assistência e, em especial, favorecer a melhoria da conduta da enfermagem. A detecção precoce das cardiopatias e correlação dos fatores relacionados pode ajudar, de forma significativa, nos cuidados a serem tomados pela equipe no atendimento de urgência ao neonato e variáveis como IG, peso ao nascer, e Apgar, além de exames diagnósticos de imagem, podem ser de grande valia para o diagnóstico precoce de PCA. Devido à pouca literatura disponível sobre essa temática, sugere-se que sejam realizados novos estudos mais aprofundados e com amostras maiores.

Esse estudo tem como limitações o fato de ser de caráter observacional e condicionado à qualidade das fontes de informações consultadas, no caso os prontuários que o hospital utiliza, portanto, seus resultados devem ser utilizados com cautela.

Referências

- (1) Aragão JA, Mendonça MP, Silva MS, Moreira AN, Sant'anna MEC, Reis FP. O perfil epidemiológico dos pacientes com cardiopatias congênitas submetidos à cirurgia no Hospital do Coração. R Bras Ci Saúde [Internet]. 2013 [citado 2017 mar. 20];17(3):263-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2013.17.03.08>
- (2) Belo WA, Oselame GB, Neves EB. Perfil clínico-hospitalar de crianças com cardiopatia congênita. Cad. Saúde Colet [Internet]. 2016 [citado 2017 mar. 20];24(2):216-20. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600020258>
- (3) Feng J, Kong X, Sheng Y, Yang R. Patent ductus arteriosus with persistent pulmonary artery hypertension after transcatheter closure. Ther Clin Risk Manag [Internet]. 2016 [citado 2017 jun. 20];12:1609-13. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.2147/TCRM.S112400>

- (4) Kumar P, Sinha SK, Pandey U, Thakur R, Varma CM, Sachan M, et al. Patent ductus arteriosus with Eisenmenger syndrome: difficult diagnosis made easily with saline contrast echocardiography. *Cardiol Res* [Internet]. 2016 [citado 2017 mar. 20];7(3):117-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.14740/cr447w>
- (5) Costa RN, Pereira FL, Ribeiro MS, Pedra SRF, Succu FMP, Janete MB et al. Tratamento percutâneo vs. cirúrgico da persistência do canal arterial em crianças e adolescentes. *Rev Bras Cardiol Invasiva* [Internet]. 2012 [citado 2017 mai. 20];20(3):315-23. Disponível em: <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/5630>
- (6) Dornelles LV, Corsoa AL, Silveira RC, Procionoy RS. Comparison of two dose regimens of ibuprofen for the closure of patent ductus arteriosus in preterm newborns. *J Pediatr* [Internet]. 2016 [citado 2017 abr. 20];92(3):314-18. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.09.009>
- (7) Capuruço C, Mota C. Patência do canal arterial no recém-nascido prematuro: revisão do diagnóstico e tratamento. *Nascer e Crescer* [Internet]. 2014 [citado 2017 abr. 20];23(4):201-6. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542014000700005
- (8) Sadeck LSR, Leone CR, Procionoy RS, Guinsburg R, Marba STM, Martinez FE et al. Efeitos da abordagem terapêutica da persistência de canal arterial sobre a evolução neonatal de recém-nascidos de extremo baixo peso. *J Pediatr* [Internet]. 2014 [citado 2017 mar. 20];90(6):616-23. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2014.04.010>
- (9) Ribeiro IF, Melo APL, Davidson J. Fisioterapia em recém-nascidos com persistência do canal arterial e complicações pulmonares. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2008 [citado 2017 mai. 20];26(1):77-83. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822008000100013>
- (10) Visconti LF, Morhy SS, Deutsch ADA, Tavares GMP, Wilberg TJM, Rossi FS. Características clínicas e ecocardiográficas associadas à evolução do canal arterial em recém-nascidos com peso de nascimento inferior a 1.500g. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2013 [citado 2017 mar. 20];11(3):317-23. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000300010>
- (11) Peña JJ, Santiago JJ, Santiago P, Acuña M, Neves B, Sanchez S et al. Fechamento do canal arterial persistente tipo janela com o oclisor septal AMPLATZER®. *Rev Bras Cardiol Invasiva* [Internet]. 2014 [citado 2017 mai. 20];22(1):99-101. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1843000000016>
- (12) Urakawa IT, Kobayashi RM. Identificação do perfil e diagnósticos de enfermagem do neonato com cardiopatia congênita. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2012 [citado 2017 mai. 20];4(4):3118-24. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1898/pdf_669
- (13) Lima AMEBML, Ferreira RC, Neto PES, Rodrigues CAQ, Veloso DNP, Cruz JM et al. Delineamentos de estudos publicados em periódicos da área da saúde: uma revisão de literatura. *Unimontes Cient* [Internet]. 2013 [citado 2017 abr. 20];15(2):64-80. Disponível em: <http://ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/262>
- (14) Yen TA, Wang CC. Efficacy of repeated courses of ibuprofen in the closure of patent ductus arteriosus in premature infants. *Pediatrics & Neonatology* [Internet]. 2017 [citado 2017 abr. 20];58(1):1-2. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2016.12.003>
- (15) Qasim A, Dasgupta S, Jain SK, Jiwani AK, Aly AM. Coarctation of the aorta as a complication of surgical ligation of patent ductus arteriosus in a premature infant. *Case Rep Pediatr* [Internet]. 2017 [citado 2017 abr. 20];2017:1-3. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1155/2017/2647353>
- (16) Santos AMR, Meira ZMA, Pereira MDCN. Papel da ecocardiografia na avaliação das alterações cardiovasculares em recém-nascidos prematuros de muito baixo peso, com ênfase na presença do canal arterial. *Arq Bras Cardiol: Imagem Cardiovasc* [Internet]. 2016 [citado 2017 abr. 20];29(2):47-57. Disponível em: DOI: [10.5935/2318-8219.20160014](https://doi.org/10.5935/2318-8219.20160014)
- (17) Pacifici GM. Ibuprofen and indomethacin for the closure of the patent ductus arteriosus. *Medical Express* [Internet]. 2016 [citado 2017 abr. 20];3(3):1-6. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/MedicalExpress.2016.03.01>
- (18) Kluckow M. Ibuprofeno via oral e a persistência do canal arterial: uma nova abordagem para um problema antigo. *J Pediatr* [Internet]. 2013 [citado 2017 mai. 20];89(1):4-5. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.02.002>
- (19) Rathke J, Menezes HS, Filho RIR, Manica JLL. Percutaneous occlusion of patent ductus arteriosus. *Rev Bras Cardiol Invasiva* [Internet]. 2014 [citado 2017 mar. 20];22(4):364-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1843000000061>
- (20) Córdova M, Collantes J, Zapatel C, Martos J, Cabellos W, Vidal D, et al. Cardiopatías congénitas en neonatos del Hospital Regional de Cajamarca 2012-2013. *Órgano Oficial de la Sociedad Peruana de Cardiología* [Internet]. 2015 [citado 2017 abr. 20];41(1):36-42. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Jorge_Collantes_Cubas/publication/286124309_cardiopatias_congenitas_en_neonatos_del_hospital_regional_de_cajamarca_2012_-_2013/links/566653ba08ae4931cd626e71.pdf#page=36
- (21) Dani C, Vangi V, Bertini G, Prates S, Lori I, Favelli F et al. High dose ibuprofen for patent ductus arteriosus in extremely preterm infants: a randomized controlled study. *Clin Pharmacol Ther* [Internet]. 2012 [citado 2017 abr. 20];91(4):590-6. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1038/clpt.2011.284>
- (22) Margotto PR, Pogue HB, Perdigão WB. Protocolo para persistência do canal arterial. *Rev Med Saúde Brasília* [Internet]. 2015 [citado 2017 abr. 20];4(3):379-93. Disponível em: <https://btdt.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6295>
- (23) Silva GR, Júnior OCR, Leite ISL, Reis IVS, Silva JO, Monteiro NM et al. Prevalência, fatores maternos e aspectos neonatais relacionados à prematuridade em um hospital-maternidade no oeste do Pará. *Em Foco* [Internet]. 2016 [citado 2017 jun. 20];2(24):43-56. Disponível em: <http://iespes.edu.br/revistaemfoco/index.php/Foco/article/view/55>

(24) Demitto MO, Gravena AAF, Dell'Agnolo CM, Antunes MB, Pelloso SM. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [citado 2017 abr. 20];51:e03208. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016127103208>

(25) Ferreira CH, Carmona F, Martinez FE. Prevalence, risk factors and outcomes associated with pulmonary hemorrhage in newborns. *J Pediatría*. 2014;90(2):316-22.

(26) Rocha G, Proença E, Quintas C, Rodrigues T, Guimarães H. Corioamnionite e morbidade neonatal. *Acta Med Port*. 2006;19:207-12.

[27] Carvalho JS. Persistência do canal arterial em RNPT: considerações acerca do tratamento farmacológico e assistência de enfermagem [tese de doutorado]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.

Clima de segurança em terapia intensiva para adultos: foco nos profissionais de enfermagem*

Clima de seguridad en terapia intensiva para adultos: foco en los profesionales de enfermería

Climate of safety in intensive therapy for adults: focus on nursing professionals

* Artigo extraído da dissertação intitulada: "Clima de segurança, carga de trabalho e dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidade de terapia intensiva". Universidade Estadual de Maringá, 2015.

Cómo citar: Sousa VS, Derenzo N, Costa MAR, Mendonça R, Lima WLF, Matsuda LM. Clima de segurança em terapia intensiva para adultos: foco nos profissionais de enfermagem. Av. Enferm [Internet] 2019; 37(1):83-91. Disponible em: DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72594>

1 Verusca Soares de Souza

Universidade Estadual do Paraná, Curso de Enfermagem (Paranavai, Paraná, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3305-6812>
Correio eletrônico: veruscasoares@gmail.com

Contribuição: concepção do projeto, coleta e análise dos dados, redação do manuscrito científico e aprovação final.

2 Neide Derenzo

Universidade Estadual do Paraná, Curso de Enfermagem (Paranavai, Paraná, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7771-8163>
Correio eletrônico: neidederenzo@hotmail.com

Contribuição: redação do manuscrito científico e aprovação final do conteúdo para submissão.

3 Maria Antônia Ramos Costa

Universidade Estadual do Paraná, Curso de Enfermagem (Paranavai, Paraná, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6656-3864>
Correio eletrônico: enfunespar1982@hotmail.com

Contribuição: redação do manuscrito científico e aprovação final do conteúdo para submissão.

4 Renata Rodrigues Mendonça

Universidade Estadual do Paraná, Curso de Enfermagem (Paranavai, Paraná, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6467-1469>
Correio eletrônico: re_rodrigues1992@hotmail.com

Contribuição: redação do manuscrito científico e aprovação final do conteúdo para submissão.

5 Wesley Luiz Ferreira de Lima

Universidade Estadual do Paraná, Curso de Enfermagem (Paranavai, Paraná, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5662-6657>
Correio eletrônico: enfermeirowesleylima@gmail.com

Contribuição: redação do manuscrito científico e aprovação final do conteúdo para submissão.

6 Laura Misue Matsuda

Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem (Maringá, Paraná, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4280-7203>
Correio eletrônico: lauramisuem@gmail.com

Contribuição: concepção do projeto, coleta e análise dos dados, redação do manuscrito científico e aprovação final.



Resumo

Objetivo: analisar o clima de segurança em uma unidade de terapia intensiva (UTI) para adultos.

Metodologia: descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em junho de 2014 em um hospital ensino. Participaram 13 (46,42 %) enfermeiros e 15 (53,57 %) técnicos de enfermagem, que responderam ao *Safety Attitudes Questionnaire*, com 36 itens, divididos em seis domínios e cinco níveis de respostas que foram consideradas adequadas se o escore total médio atingisse uma pontuação acima de 75.

Resultados: obteve-se os totais médios por domínio: clima de trabalho em equipe = 77,38 pontos; clima de segurança = 69,90 pontos; satisfação no trabalho = 88,04 pontos; percepção do estresse = 67,19 pontos; percepção da gerência = 60,71 pontos e condições de trabalho = 74,11 pontos.

Conclusão: o clima de segurança na UTI investigada é inadequado porque, dentre os seis domínios avaliados, quatro obtiveram pontuações menores que o estabelecido.

Descritores: Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Gestão de Segurança; Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: analizar el clima de seguridad en una unidad de terapia intensiva (UTI) para adultos.

Metodología: descriptivo, de abordaje cuantitativo, realizado en junio de 2014 en un hospital de enseñanza. Participaron 13 enfermeros (46,42 %) y 15 técnicos de enfermería (53,57 %), que respondieron al *Safety Attitudes Questionnaire*, con 36 ítems, divididos en seis dominios y cinco niveles de respuestas que se consideraron adecuadas si el puntaje total promedio alcanzó una puntuación superior a 75.

Resultados: se obtuvieron los totales medios por dominio: clima de trabajo en equipo = 77,38 puntos; clima de seguridad = 69,90 puntos; satisfacción en el trabajo = 88,04 puntos; percepción del estrés = 67,19 puntos; percepción de la gerencia = 60,71 puntos; condiciones de trabajo = 74,11 puntos.

Conclusión: el clima de seguridad en la UTI investigada es inadecuado porque, entre los seis dominios evaluados, cuatro obtuvieron puntuaciones menores de lo establecido.

Descriptor: Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Gestión de la Seguridad; Unidades de Cuidados Intensivos; Enfermería (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to analyze the climate of security in an intensive therapy unit (ITU) for adults.

Methodology: a descriptive, quantitative approach one, carried out in June 2014 at a teaching hospital. Thirteen nurses (46.42 %) and fifteen nursing technicians (53.57 %) participated and responded to the *Safety Attitudes Questionnaire*, with 36 items, divided into six domains and five levels of answers that were considered to be adequate if the total average score achieved a score greater than 75.

Results: there were obtained the total media per domain: climate of teamwork= 77.38 points; climate of security= 69.90 points; job satisfaction = 88.04 points; perception of stress = 67.19 points; perception of management = 60.71 points and working conditions = 74.11 points.

Conclusion: the climate of security in the investigated ITU is inappropriate because, among the six domains evaluated, four obtained scores under the established values.

Descriptors: Patient Safety; Organizational Culture; Safety Management; Intensive Care Units; Nursing (source: DeCS, BIREME).

Introdução

Nos últimos anos, a promoção de cuidados seguros aos pacientes tem se tornado pauta frequente de discussões e ações, em nível nacional e internacional. Isso porque o desenvolvimento tecnológico proporciona a descoberta e a divulgação de novas e melhores formas de manejo de agravos que devem considerar as questões relacionadas à segurança do paciente em todo processo, em razão da vulnerabilidade do mesmo, enquanto sujeito das ações de saúde (1).

Sabe-se que, no mundo, ocorrem mais de 400 milhões de internações hospitalares por ano. Destaca-se que dessas, cerca de 42 milhões sejam por eventos adversos. Segundo o relatório "Errar é humano", o Instituto de Medicina da Academia Americana de Ciências calculou que entre 44.000 a 98.000 mortes anuais nos Estados Unidos estão relacionadas com eventos adversos interligados à assistência hospitalar (2). Já no Brasil, em 2016, houve 19.128.382 internamentos e, destes, 1.377.243 indivíduos foram vítimas de ao menos uma condição adquirida durante sua internação. Dentre este total, ocorreram de 172.154 a 432.301 óbitos relacionados às condições adquiridas, o que reforça a necessidade de estudos que propiciem a elaboração de estratégias de enfrentamento a este problema de saúde pública (3, 4).

Mediante a crescente preocupação com a segurança do paciente, no Brasil a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) tem estabelecido critérios e protocolos embasados em padrões internacionais. Dessa forma, seguindo as orientações de organizações como a National Health Service do Reino Unido e os órgãos americanos Joint Commission International, Agency for Healthcare Research and Quality e National Quality Forum, a Anvisa propôs que as instituições de saúde promovam a cultura de segurança no ambiente laboral (5, 6). A cultura de segurança é definida como um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança da instituição (6). O componente passível de verificação da cultura de segurança, que pode ser avaliado por meio da percepção dos profissionais, é o clima de segurança (5). Dessa forma, a análise do clima de segurança entre os profissionais fornece subsídios para melhorar a cultura de segurança na instituição, podendo refletir diretamente na qualidade do cuidado.

Destaca-se então, a importância de se verificar a percepção acerca do clima de segurança enquanto ferramenta para gestão do cuidado, em especial entre a equipe de enfermagem. Isso porque a enfermagem está presente em todos os serviços de saúde e participa de quase todos os processos assistenciais, assumindo um papel relevante para a conquista da qualificação do cuidado (7).

No ambiente hospitalar, frente à complexidade assistencial que o permeia e, em especial as unidades de terapia intensiva (UTI), destaca-se a importância do envolvimento da equipe de enfermagem para manutenção da qualidade do cuidado e garantia da segurança do paciente. Isso porque, a literatura aponta para o fato de que, em ambientes críticos, os trabalhadores estão mais suscetíveis a situações de sobrecargas e estresse (7) que podem resultar em eventos adversos ao paciente.

Ao se entender a relação entre o envolvimento da equipe de enfermagem e a adesão às práticas seguras, despertou-se para a necessidade de um planejamento que visa à promoção de uma cultura organizacional para o atendimento com segurança. Nessa perspectiva, o estudo da cultura de segurança pode ser essencial na compreensão e funcionamento da instituição visando ao desenvolvimento de programas de qualidade que envolva elementos relacionados às atitudes e condutas das pessoas (8, 9).

Frente a esse cenário e em busca de estratégias para a inclusão dos profissionais no debate acerca de práticas voltadas à segurança do paciente, inclusive em UTI, percebe-se que o conhecimento acerca das percepções dos mesmos sobre o clima de segurança pode nortear programas e ações de Gerenciamento de Risco em instituições de saúde, promover o engajamento de seus profissionais e, também, permitir a redução de ocorrência de eventos adversos. Nessa perspectiva, este estudo é direcionado para seguinte questão: como os profissionais de enfermagem de uma UTI adulto (UTI-A) percebem o clima de segurança desse serviço? Diante disso, o objetivo desta pesquisa consiste em analisar o clima de segurança do paciente em uma UTI-A.

Metodologia

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa, realizado em junho de 2014, com 28 profissionais de enfermagem, atuantes numa UTI-A de um hospital de ensino do Paraná. Utilizou-se como critério de inclusão: ser da equipe de enferma-

gem com qualquer vínculo empregatício, exercer carga horária mínima de 20 horas semanais e atuar na unidade há mais de seis meses. Tais critérios foram elencados por se entender que um período mínimo de vivência na unidade é necessário para a identificação do clima de segurança entre trabalhadores. Foram excluídos da pesquisa funcionários que estavam de licença de qualquer tipo e que atuavam há menos de seis meses na instituição.

Dentre os 36 profissionais de enfermagem que atuavam na UTI-A, dois se encontravam em licença-médica; dois, após três tentativas de preenchimento, se recusaram a participar; e quatro foram desconsiderados por preencher de forma incompleta os dados de identificação e itens do instrumento. Assim, ao final, totalizaram 28 participantes, os quais corresponderam a 78 % da equipe de enfermagem.

Os dados foram coletados durante o turno de trabalho dos profissionais, por meio do instrumento autoaplicável intitulado Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), composto por 36 questões/itens, dispostos em seis domínios (clima de trabalho em equipe; clima de segurança; satisfação no trabalho; percepção do estresse; percepção da gerência da unidade e do hospital e condições de trabalho) (10). Um instrumento contendo dados acerca de cargo, gênero e formação profissional foi utilizado para caracterização sócio demográfica dos participantes.

As respostas do SAQ estão dispostas na forma de escala tipo Likert com cinco níveis, assim pontuadas: A – Discorda totalmente = 0 pontos; B – Discorda parcialmente = 25 pontos; C – Neutro = 50 pontos; D – Concorda parcialmente = 75 pontos e E – Concorda totalmente = 100 pontos. O item “Não se aplica”, identificado pela letra X, equivale a 0 ponto.

Os dados foram compilados em planilhas eletrônicas e depois, foi realizada uma análise estatística descritiva. Não foi possível a análise inferencial pelo número limitado de participantes. No que tange aos dados de caracterização dos profissionais da UTI-A, para as variáveis categóricas e contínuas foram calculadas frequências e porcentagens.

Na análise dos dados, foram somados os escores das respostas das questões de cada domínio e divididos pelo número de questões que o compõem. Dessa forma, seguindo as recomendações da literatura (10), um clima de segurança satisfatório foi considerado “Adequado”, o domínio que atingiu escore maior ou igual a 75 pontos.

Todas as etapas de investigação seguiram os preceitos éticos da resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, sendo que a pesquisa recebeu parecer favorável à sua execução sob o n.º 692.000 do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá. Todos os participantes preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, ficando uma via em poder do profissional entrevistado.

Resultados

A maior parte dos profissionais eram técnicos de enfermagem (53,57 %), de gênero feminino (71,42 %), entre os 40 e 49 anos (64,29 %), casado (46,42 %) e que atuava na instituição há pelo menos 11 anos (57,14 %). Constam na Tabela 1, os dados de caracterização dos profissionais que participaram do estudo.

Os domínios que foram melhor avaliados são a “Satisfação no trabalho” (85,71 %) seguido do “Clima de trabalho em equipe” (75 %), entre ambas as categorias. As piores avaliações foram destinadas aos domínios “Percepção da gerência da unidade e hospital” (32,14 %) e “Percepção do estresse” (57,14 %). Na análise por categoria, destaca-se a “Percepção da gerência da unidade e hospital”, considerada não adequada por técnicos de enfermagem (40 %) e enfermeiros (23,08 %). Na Tabela 2 constam as médias do escore geral por categoria profissional e por domínio do instrumento de pesquisa.

Tabela 1. Dados de caracterização dos profissionais de enfermagem (n = 28). Maringá-PR, Brasil, 2014

Variáveis		N	%
Cargo/função	Técnico em enfermagem	15	53,57
	Enfermeiro	13	46,42
Gênero	Feminino	20	71,42
	Masculino	8	28,57
Faixa etária	20-29 anos	1	3,57
	30-39 anos	9	32,14
	40-49 anos	18	64,29
	50-59 anos	0	0
	60 anos ou mais	0	0
Estado civil	Solteiro	10	35,71
	Casado	13	46,42
	Separado	3	10,71
	União estável	2	7,142
Tempo de atuação na profissão	1 a 2 anos	3	10,71
	5 a 10 anos	4	14,29
	11 a 20 anos	16	57,14
	21 anos ou mais	5	17,86

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 2. Escore médio por domínio e categoria profissional da equipe de enfermagem da UTI-A. Maringá-PR, Brasil, 2014

Domínios	Técnicos de enfermagem			Enfermeiros			Todos		
	< 75	≥ 75	Média	< 75	≥ 75	Média	< 75	≥ 75	Média
	n (%)	n (%)	± DP	n (%)	n (%)	± DP	N (%)	N (%)	± DP
Clima de trabalho em equipe	04 (26,67)	11 (73,33)	79,17 ± 11,36	03 (23,08)	10 (76,92)	75,32 ± 15,91	07 (25,00)	21 (75,00)	77,38 ± 13,53
Clima de segurança	07 (46,67)	08 (53,33)	69,05 ± 16,62	04 (30,77)	09 (69,23)	67,00 ± 19,96	11 (39,28)	17 (60,71)	69,90 ± 15,32
Satisfação no trabalho	03 (20,00)	12 (80,00)	85,33 ± 16,53	01 (07,69)	12 (92,31)	85,82 ± 24,15	04 (14,28)	24 (85,71)	88,04 ± 15,48
Percepção de estresse	06 (40,00)	09 (60,00)	71,67 ± 22,89	06 (46,15)	07 (52,85)	59,22 ± 33,31	12 (42,85)	16 (57,14)	67,19 ± 27,88
Percepção da gerência da unidade e hospital	09 (60,00)	06 (40,00)	61,75 ± 21,74	10 (76,92)	03 (23,08)	56,81 ± 21,99	19 (67,85)	09 (32,14)	60,71 ± 20,74
Condições de trabalho	06 (40,00)	09 (60,00)	70,42 ± 22,72	04 (30,77)	09 (69,23)	74,39 ± 21,85	10 (35,71)	18 (64,28)	74,11 ± 20,18

Fonte: dados da pesquisa.

Discussão

Nota-se que os dados de caracterização apresentados neste estudo são coerentes a achados de outros autores, que trazem como sujeitos da pesquisa, profissionais de enfermagem atuantes em UTI-A (11, 12). O maior número de mulheres atuantes no setor pode ser justificado pelo fato de que a enfermagem ainda é uma profissão predominantemente marcada pelo sexo feminino (13, 14).

A idade mais avançada dos trabalhadores pode ser justificada pelo regime de contratação da instituição, visto que grande parte é admitida por meio de concurso público. Dessa forma, frente à estabilidade garantida pelo regime estatutário, ocorre uma diminuição da rotatividade entre os profissionais (14).

A avaliação adequada dos domínios “Clima de trabalho em equipe”, que aborda a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe, e “Satisfação no trabalho”, que diz respeito à visão positiva para com o local de trabalho, corrobora com os resultados de outro estudo (5) que aplicou o mesmo instrumento utilizado nesta investigação em profissionais de enfermagem atuantes nas clínicas médica e cirúrgica de um hospital de ensino. O referido estudo constatou que, embora não soubessem a quem recorrer para solucionar os problemas relacionados à segurança do paciente, os sujeitos se encontravam satisfeitos com o trabalho em equipe.

O trabalho em equipe também foi apontado em uma pesquisa como um dos fatores que fortalece a cultura de segurança nas instituições de saúde. Dados

como esse parecem sinalizar que os profissionais tendem a cooperar em meio às dificuldades encontradas na prática laboral, o que leva à percepção satisfatória do trabalho desenvolvido em equipe (11).

Em contrapartida aos resultados (adequados) dos domínios “Clima de trabalho em equipe” e “Satisfação no trabalho”, o escore médio dos domínios “Percepção do estresse” (reconhecimento de quanto os fatores estressores podem influenciar na execução do trabalho), “Condições de trabalho” (percepção da qualidade do ambiente de trabalho), “Clima de segurança” (percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para a segurança do paciente) e “Percepção da gerência da unidade e do hospital” (busca da aprovação das ações da gerência ou administração, tanto da unidade em que o profissional atua como do hospital como um todo) obtiveram escores que indicam que o clima de segurança, relacionado a seus itens, é inadequado (15).

A percepção inadequada de uma cultura de segurança se apresenta como contraproducente à oferta de um cuidado de qualidade. A exemplo da afirmativa anterior, um estudo que analisou a cultura de segurança a partir da percepção acerca de erros e falhas assistenciais identificou que a percepção, por parte dos profissionais, de uma cultura punitiva interfere na notificação de eventos adversos e, com isso, não é possível que os gestores planejem melhorias (8).

Além disso, destaca-se que para que ocorra a implementação de uma cultura de segurança efetiva é necessário o envolvimento de todos os profissionais da instituição. Observou-se em um estudo recente

que a cultura de segurança é favorável à liderança imediata e adversa à alta gestão hospitalar, o que pode indicar a necessidade de mais investimentos em atividades que promovam a cultura de segurança (16). Sendo assim, percebe-se que quando a instituição não promove um ambiente voltado à segurança, ou seja, uma cultura de segurança, isso reflete na dificuldade de melhoria de seus processos.

O domínio “Percepção do estresse” também finalizou com escore considerado inadequado e indica que o trabalhador admite que o estresse presente em seu trabalho pode resultar em consequências negativas para a saúde do trabalhador e para a assistência prestada por ele. O estresse no cotidiano dos profissionais de enfermagem tende a interferir diretamente na assistência ao paciente crítico devido à exigência de alta competência técnica e científica. Assim, conjetura-se que a identificação de estressores, tais como sobrecarga de trabalho e desvalorização profissional, permite estabelecer, antecipadamente e de maneira mais assertiva, os mecanismos individuais ou coletivos de enfrentamento (17).

A sobrecarga de trabalho pode ter sido o fator decisivo para a ocorrência de escore ainda menor no domínio “Percepção do estresse” entre os enfermeiros. Tal fato pode estar relacionado com resultados de um estudo recente que constatou que o percentual de enfermeiros em instituições hospitalares, frequentemente, é muito menor do que aquele recomendado pela classificação de necessidades de cuidados e isso incide em maior sobrecarga, estresse, conflito de funções, desvalorização profissional e más condições de trabalho (18).

O fato de os profissionais reconhecerem a influência da carga de trabalho em sua prática assistencial pode ser visto como um alerta às lideranças, no sentido de que deve adequar o dimensionamento do pessoal de enfermagem dos setores. O envolvimento dos funcionários no planejamento das atividades, a valorização de seus conhecimentos e de suas experiências profissionais podem refletir na organização do trabalho, na qualidade de vida dos trabalhadores e na qualidade do cuidado (19, 20).

O escore geral do domínio “Clima de segurança do paciente”, também obteve pontuação inadequada. Este dado confirma resultados de pesquisa realizada com equipes de enfermagem, atuantes em clínica médica e cirúrgica, o qual obteve escore inadequado para esse domínio entre todos os profissionais com exceção dos enfermeiros que atuavam em cargos de gerência (8). Esse resultado, possível-

mente, tem a ver com o fato de que os profissionais responsáveis pela assistência direta ao paciente, normalmente, são pouco consultados e envolvidos nos processos decisórios da instituição (1, 8, 10).

Percebe-se então, que a melhoria do cuidado depende também de quanto os gestores/supervisores envolvem os profissionais responsáveis pela assistência no processo de planejamento. Os profissionais investigados corroboram com tal afirmativa ao classificar como inadequado o domínio “Percepção da gerência da unidade e do hospital” que apresentou o menor escore geral e, também, entre os enfermeiros. Esse dado pode ser um indicio de que os profissionais não aprovam as ações de seus superiores e, por isso, não se sentem respaldados no desempenho de suas funções diárias.

Considera-se que a distância entre a equipe e seus superiores hierárquicos tende a consistir em uma barreira à promoção de ações de segurança do paciente, pois, conforme foi abordado, a falta de comunicação e de apoio da gerência, vivida por profissionais que prestam assistência direta aos pacientes, tem sido mencionada como fator que reflete diretamente na qualidade do cuidado. Essa afirmação é corroborada por estudos (8, 10) que objetivaram verificar a cultura de segurança entre profissionais de enfermagem no contexto hospitalar e constataram que a falta de participação dos enfermeiros nas decisões gerenciais/administrativas resulta em desmotivação no trabalho e no aumento de ocorrências de eventos adversos.

Segundo uma pesquisa realizada na UTI de uma instituição de saúde nos Estados Unidos, observou-se que o domínio “Percepção da gerência e da unidade” obteve uma associação com o resultado inadequado para o clima de segurança do paciente e aumento da taxa de mortalidade no hospital. Mediante esses dados, depreende-se que é preciso estimular a prática de cuidado seguro em toda a instituição de saúde, por meio de linhas diretas de comunicação entre gestores e demais profissionais que prestam assistência direta aos pacientes (21).

Outro estudo (1) realizado em duas UTI-A de hospitais públicos distintos também obteve escores baixos em questões relacionadas ao apoio da gestão hospitalar para as ações de segurança. Dentre as ações de melhoria à segurança do paciente a serem promovidas pelos supervisores/gerentes, os profissionais mencionaram melhorar a quantidade e a qualidade da comunicação, mais comprometimento com os eventos/problemas que ocorrem no setor

e atitudes de valorização, apoio e compreensão para com a equipe.

Os resultados do estudo supramencionado sinalizam que o profissional busca a compreensão e apoio de seus superiores hierárquicos para poder se sentir respaldados em sua prática cotidiana. Já a desaprovação da gerência hospitalar aponta a distância e a falta de comunicação com os profissionais responsáveis pela assistência direta ao paciente (1), podendo resultar em um ambiente pouco colaborativo e punitivo, portanto, prejudicial à efetivação da cultura de segurança.

O estabelecimento de um clima de segurança adequado nas instituições de saúde tem sido apontado na literatura (9) como componente primordial para a promoção da segurança do paciente na prática assistencial. A exemplo disso, um estudo (22) realizado com profissionais de saúde de 91 hospitais americanos associou os resultados satisfatórios no clima de segurança com a manutenção de bons indicadores relacionados à segurança do paciente. Verificar o clima de segurança do paciente entre os profissionais de enfermagem permite que estratégias sejam elaboradas para intervir nos itens que se apresentaram inadequados. Nessa perspectiva, uma pesquisa (23) mensurou o clima de segurança em unidade obstétrica antes e após intervenções de estímulo a práticas seguras e obteve, como resultado, a melhora da percepção do clima de segurança do paciente entre os profissionais.

Além disso, um estudo realizado com o objetivo de conhecer estratégias adotadas para a construção da cultura de segurança na perspectiva dos profissionais de saúde obteve que o reconhecimento dos erros, o fortalecimento do trabalho em equipe e o estímulo à educação permanente são pilares apontados como importantes para a construção da cultura de segurança do paciente (24). Isso porque, a persistência de culturas em que os erros são julgados enquanto incompetência profissional (25, 26) são incompatíveis com a garantia da segurança do paciente. Estes dados apontam a necessidade de engajamento da equipe e gestores no estabelecimento de estratégias para a segurança do paciente, para que as ações se tornem eficazes e efetivas.

Cabe aos gerentes de unidades e de instituições hospitalares realizarem análises do clima de segurança entre os profissionais para que se oportunizem melhorias na cultura da segurança. No campo da enfermagem, em especial, as necessidades dos profissionais devem ser acolhidas pelos seus supe-

riores hierárquicos para possibilitar o aperfeiçoamento dos domínios necessários, viabilizando a organização de ações. Dessa forma, embora se limite apenas a uma realidade local com um pequeno número de participantes, estes dados podem contribuir à implantação da cultura de segurança do paciente tendo como consequência a promoção da segurança do mesmo.

Conclusão

Conclui-se que o clima de segurança do paciente na UTI investigada apresenta-se inadequado à promoção da cultura de segurança na instituição, pois se evidenciou baixa pontuação na maior parte dos domínios contemplados pelo SAQ. Nesse sentido, percebe-se que, embora a maior parte dos profissionais de enfermagem tenha manifestado satisfação no trabalho, os estressores existentes influenciam a prática dos mesmos.

Considera-se que a investigação dos fatores estressores que impediram a percepção adequada do clima de segurança entre o pessoal de enfermagem na UTI-A investigada pode subsidiar intervenções para a melhoria do ambiente no serviço, em especial em relação à comunicação eficaz nos diversos níveis hierárquicos.

Como sugestão de futuros estudos, propõe-se a realização de pesquisas pautadas em abordagens metodológicas diferentes ao deste, como por exemplo, estudos qualitativos e/ou mistos que visem explorar as ocorrências atribuídas às lacunas na cultura de segurança da instituição e, também, compreender o fenômeno que dificulta ou impede a adesão dos trabalhadores à construção de um ambiente seguro.

Apoio financeiro

Não houve financiamento para a execução desta pesquisa.

Referências

- (1) Mello JF, Barbosa FF. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2019 fev. 14];22(4):1124-33. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>

- (2) Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopes C, Prasopa-Plaizier N, Waters Hugh, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Quality & Safety* [Internet]. 2013 [citado 2019 fev. 14];22(10):809-15. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/22/10/809.full.pdf>
- (3) Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB. II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil [Internet]. [Belo Horizonte]: Fundação Educacional Lucas Machado, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais; 2018 [citado 2019 fev. 16]. 99 p. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>
- (4) Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado 2019 fev. 17];28(11):2199-210. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100019>
- (5) Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepções dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2019 fev. 17];25(5):728-35. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>
- (6) Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2013 [citado 2019 fev. 16]. 7 p. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e
- (7) Borges F, Bohrer CD, Bugs TV, Nicola AL, Tonini NS, Oliveira JLC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI-adulto de hospital universitário público. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2019 fev. 17];(22)2:e50306. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.50306>
- (8) Souza VS, Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2019 fev. 17];20(3):475-82. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40687>
- (9) Castañeda-Hidalgo H, Hernández RG, Salinas JFG, Zúñiga MP, Porras GA, Pérez AA. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. *Cienc Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2019 fev. 17];19(2):77-88. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200008>
- (10) Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [citado 2017 mai. 23];20(3):575-82. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>
- (11) Smith DR, Zhao I, Wang L, BPsych AH. Dimensions and reliability of a hospital safety climate questionnaire in Chinese health care practice. *Int Journal of Nurs Practice* [Internet]. 2013 [citado 2019 fev. 15];19(2):156-62. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/ijn.12046>
- (12) Ramos AA. Percepção dos enfermeiros acerca de sua atuação ante os direitos dos pacientes [tese de mestrado]. [Brasília]: Universidade de Brasília; 2017. 115 p. [citado 2019 fev. 17]. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24833/1/2017_AndreiaAlvesRamos.pdf
- (13) Viana RAPP, Vargas MAO, Carmagnani MIS, Tanaka LH, Luz KR, Schmitt PH. Perfil dos enfermeiros de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2019 fev. 17];23(1):151-9. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100018>
- (14) Ferreira CF, Carvalho EA. Gestão hospitalar: fatores que influenciam na rotatividade do profissional enfermeiro. *Uningá Review* [Internet]. 2015 [citado 2019 fev. 17];24(3):118-24. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1710/1319>
- (15) Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J *et al.* The safety emerging attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and research. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2006 [citado 2019 fev. 18];6(44):1-10. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
- (16) Kawamoto AM, Oliveira JLC, Tonini NS, Nicola AL. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais de um hospital universitário. *Rev Pesq: Cuid Fundam* [Internet]. 2016 [citado 2019 fev. 17];8(2):4387-98. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4387-4398>
- (17) Silvia GAV, Silva GSA, Silva RM, Andolhe R, Padilha KG, Costa ALS. Estresse e coping entre profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2017 [citado 2019 fev. 17];11(2):922-31. Disponível em: DOI: [10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102sup201707](http://dx.doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102sup201707)
- (18) Lorenzini E, Deckmann LR, Costa TC, Silva EF. Dimensionamento de pessoal da enfermagem: revisão integrativa. *Cienc Cuid Saúde* [Internet]. 2014 [citado 2019 fev. 16];13(1):166-72. Disponível em: DOI: [10.4025/cienccuidsaude.v13i1.15959](http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v13i1.15959)
- (19) Santos FD, Cunha MHF, Robazzi MLCC, Pedrão LJ, Silva LA, Terra FS. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2010 [citado 2019 fev. 16];6(1):1-16. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38711>
- (20) Batista KB, Gonçalves OS. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saude Soc* [Internet]. 2011 [citado 2019 fev. 17];20(4):884-99. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>
- (21) Huang DT, Clermont G, Kong L, Weissefeld LA, Sexton JB, Rowan KM *et al.* Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2010 [citado 2019 fev. 17];22(3):151-61. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq017>

(22) Singer S, Lin S, Falwell A, Gaba D, Backer L. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Serv Res* [Internet]. 2009 [citado 2019 fev. 17];44(2):399-421. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00918.x>

(23) Petker CM, Thung SF, Raab CA, Donohue KP, Copel JA, Lockwood CJ *et al.* A comprehensive obstetrics patient safety program improves safety climate and culture. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2011 [citado 2019 fev. 15];204(3):216.e1-6. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(10\)02258-1/](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(10)02258-1/)

(24) Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Educação para cultura da segurança do paciente: implicações para a formação profissional. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [citado 2019 fev. 16];20(3):e20160068. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>

(25) Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AIJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2019 fev. 17];24(1):161-9. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>

(26) Andrade LEL, Lopes JM, Souza-Filho MCM, Vieira-Junior RF, Farias LPC, Santos CCM *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [citado 2019 fev. 17];23(1):161-72. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>

Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira

Reflexión sobre el control del acceso de quilombolas a la salud pública brasileña

Reflection on control of Quilombola access to Brazilian public health

Cómo citar: Almeida CB, Santos AS, Vilela ABA, Casoti CA. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. Av Enferm; 2019;37(1):92-103. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.69141>

1 Claudio Bispo de Almeida

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil. Universidade do Estado da Bahia. Guanambi, Brasil.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9486-7163>
Correio eletrônico: cbalmeida@uneb.br

Contribuição: desenho e elaboração do projeto, redação do artigo.

2 André Souza dos Santos

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5414-294X>
Correio eletrônico: andrecamamu@bol.com.br

Contribuição: desenho e elaboração do projeto, redação do artigo.

3 Alba Benemerita Alves Vilela

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2110-1751>
Correio eletrônico: albavilela@gmail.com

Contribuição: desenho e elaboração do projeto, redação do artigo.

4 Cezar Augusto Casotti

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Brasil.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6636-8009>
Correio eletrônico: cacasotti@uesb.edu.br

Contribuição: desenho e elaboração do projeto, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.69141>

Recibido: 01/12/2017 Aprobado: 18/12/2018



Resumo

Objetivo: refletir acerca do acesso de quilombolas brasileiros ao sistema de saúde pública a partir da perspectiva do pensamento do filósofo francês Michael Foucault.

Síntese de conteúdo: ao refletir sobre o acesso dos quilombolas ao sistema de saúde pública, é importante reconhecer a existência de micropoderes nos serviços de saúde e na relação com os usuários deste serviço. Reflete-se sobre a necessidade de exercer o controle social como forma de garantia de direitos à saúde. Assim, apesar do Sistema Único de Saúde possuir avanços, o acesso a este serviço apresenta dificuldades como também inadequação de gerenciamento, além de escassez no exercício do controle social, como pontos a serem questionados.

Conclusão: percebe-se que, à luz do referencial teórico de Michael Foucault, o “poder” político, existente nas relações das comunidades quilombolas referentes aos serviços de saúde pública, cria dificuldades diversas e que há anos se perpetua.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde Pública; Populações Vulneráveis (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: reflexionar sobre el acceso al sistema de salud pública por parte de quilombolas brasileños, a partir de la perspectiva del pensamiento del filósofo francés Michael Foucault.

Síntesis del contenido: al reflexionar sobre el acceso de los quilombolas al sistema de salud pública es importante reconocer la existencia de micropoderes en los servicios de salud y en la relación con los usuarios de este servicio. Se reflexiona sobre la necesidad de ejercer el control social como forma de garantía de derechos a la salud. Así, a pesar de que el sistema único de salud tiene avances, el acceso a este servicio es difícil y presenta inadecuación de la gestión y poco control social, puntos que deben cuestionarse.

Conclusión: se percibe que, a la luz del referencial teórico de Michael Foucault, el “poder” político existente en las relaciones de las comunidades quilombolas con los servicios de salud pública, crea dificultades diversas que desde hace años se perpetúan.

Descriptor: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Salud Pública; Poblaciones Vulnerables (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to think about access to the public health system by Brazilian quilombolas, from the perspective of the thought of the French philosopher Michael Foucault.

Synthesis of the contents: when reflecting on the Quilombolas access to the public health system, it is important to recognize the existence of “micropowers” in health services and in the relationship with the users of this service. It reflects on the need of exerting social control as a form of guarantee rights to health. Thus, although the unified health system has advances, access to this service is difficult and presents inadequate management and poor social control, points that should be questioned.

Conclusion: it is perceived that, in the light of the referential theorist Michael Foucault, political power existing in the relations of quilombola communities with public health services, creates various difficulties that are perpetuated for years.

Descriptors: Health Services Accessibility; Public Health; Vulnerable Populations (source: DeCS, BIREME).

Introdução

Apesar de Foucault (1) em seu livro *Vigiar e punir: a história da violência nas prisões* relatar as situações disciplinares prisionais, marcadas pela sucessão de penalidades como uma forma de controle da população em geral, percebe-se que tais técnicas disciplinares extrapolavam os muros das prisões e alcançavam outras instituições sociais tais como: escolas, hospícios, orfanatos, indústrias e hospitais.

Neste contexto, não o de “prisões”, mas sim o de controle por meio de um poder disciplinador que é exercido pelo poder público sobre a população, é que se discute a situação dos quilombolas e as “punições” a que o sistema público de saúde do Brasil submete esta população. Essa população tem sido historicamente marcada por preconceitos e privações de direitos (2) e punidas em diversos contextos sociais (3), tornando-as, à luz do referencial utilizado, suscetíveis ao controle (1).

Ao considerar o sistema público de saúde brasileiro, entende-se que o mesmo é composto por gestores, profissionais da saúde além de usuários e, assim, as relações (e microrrelações) de poder não devem limitar seus sucessos e insucessos a apenas determinado grupo que compõe este sistema. Assim, é importante pensar a respeito do poder durante todo o texto, abordando como pode ser exercido o poder disciplinar no âmbito da saúde.

As comunidades remanescentes dos quilombos foram constituídas por vários processos diferenciados, como por exemplo, os citados pelas autoras Schmitt, Turatti e Carvalho (4): fugas com a ocupação de terras livres, heranças, doações, compra de terras, recebimento de terras como forma de pagamento de serviços prestados ao Estado, e a permanência nas terras em que trabalhavam dentro das grandes propriedades. O reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por esta população, torna-se importante na preservação da identidade cultural e social desta população (4, 5).

Assim, a legalização destas terras é uma forma de garantir um espaço historicamente conquistado, a subsistência desta população e melhorias sociais, inclusive com sua participação em diversos projetos e programas sociais do governo federal tais

como: financiamentos agrícolas e programas de auxílio financeiro, a exemplo do Bolsa Família (5).

Os quilombos, também conhecidos como comunidades remanescentes de quilombos, são organizações próprias determinadas, atualmente, pelo autorreconhecimento dos descendentes dos negros africanos escravizados pelos portugueses quando o Brasil era colônia de Portugal (4). Após o término da escravidão, o distanciamento dos centros urbanos da maior parte dos quilombos, apesar de manter seus valores culturais preservados tais como o tipo de alimentos que preparam, a religiosidade, a relação com atividades ligadas ao trabalho com a terra, fez com que esta população permanecesse às margens da sociedade, sobretudo pela escassez de emprego fora dos quilombos, levando-os a permanecer em atividades predominantemente rurais.

O reflexo do descaso com esta população pode ser observado na sociedade atual pelas condições de moradia, atividades laborais rurais ou nas condições desiguais de saúde que se encontram. A organização desta população se tornou uma resistência ao processo de dominação e controle aos quais esta população foi submetida, na tentativa de mitigar as penas que a sociedade insiste em imputar (1), disciplinando esta população de acordo com os interesses da elite brasileira de exercer o controle dos meios de produção ao longo da história do Brasil (2) e, portanto, precisar de trabalhadores em condições similares à escravidão, trabalhadores dóceis e úteis ao sistema produtivo.

Assim, as características rurais destas comunidades foram submetidas ao modo de produção capitalista, sobretudo pelos latifundiários, parte da elite brasileira que vem exercendo seu poder dominante na sociedade desde a época do Brasil colônia. As condições sub-humanas, as chicotadas e os maus tratos sofridos pelos escravos foram suprimidos da história do Brasil e, de forma similar, as penalidades utilizadas no século XIX foram mitigadas. Isso foi fomentado pelo capitalismo, por exemplo, ao criar indústrias, quando surgiu a necessidade de controlar a mão de obra e os meios de produção, o que produziu cidadãos disciplinares e úteis aos meios de produção (6).

Destaca-se que os quilombolas lutam pelo direito de serem agentes de sua própria história, mesmo submetidos às relações de poder desiguais (4). Desde antes do movimento abolicionista, no qual os negros escravizados lutaram contra a escravi-

dão que existia no Brasil, os quilombos se caracterizaram como locais de resistência que abrigavam escravos rebelados e que já buscavam a igualdade de direitos na sociedade. Estas comunidades eram locais de difícil acesso transformados em uma fronteira social, cultural e com característica militar que, por sua vez, agrupava outras manifestações de protestos, não exclusivo da população negra. Tal movimento de resistência recebia o nome de “quilombagem” (2).

Deve-se pensar sobre as condições históricas ou atuais que levam à continuidade de situações tais como as desigualdades raciais e sociais, que podem levar a um provável afastamento dos serviços de saúde. A luta pela subsistência, as más condições de moradia, o distanciamento dos centros e as precárias condições financeiras são algumas das características que vão interferir no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos quilombolas (7-9). A vulnerabilidade social em que esta população se encontra (7) e a presença de agravos à saúde refletem nas condições de acesso aos serviços de saúde, como por exemplo, as más condições de saúde dos quilombolas, a autopercepção negativa de saúde (10, 11), os casos de depressão (12) e a prevalência de doenças crônicas (13-15), que acabam impactando em uma menor expectativa de vida (16).

Desta forma, o presente estudo pretende refletir acerca do acesso ao sistema de saúde pública por quilombolas brasileiros. Para isso, utilizou-se como referencial teórico o livro *Vigiar e punir: a história da violência nas prisões*, do pensador francês Michel Foucault, por discutir as relações de poder em instituições diversas, sobretudo no que se refere ao disciplinamento que visa gerar corpos dóceis, onde tal adiestramento pode conduzir as pessoas a terem uma menor capacidade de discernimento político. Portanto, trata-se de uma reflexão teórica que visa apresentar resultados em uma perspectiva interpretativa, de forma analógica ao poder disciplinador em relação ao acesso ao sistema de saúde pública pelas populações quilombolas.

Para isso, primeiramente discutiu-se, à luz do referencial, a questão da garantia dos direitos à saúde pública da população quilombola. Em seguida, foram apresentadas as condições de saúde e de vida em geral desta população e, por último, foram evidenciadas as dificuldades da população quilombola quanto ao acesso e utilização dos serviços de saúde pública.

Aspectos legais da saúde pública brasileira: suplícios e punições no acesso à saúde

O Estado brasileiro garante por lei o direito à saúde de sua população, mas percebe-se uma dificuldade de acesso a estes serviços que, por analogia ao referencial teórico de Foucault(1), trata-se como “suplícios”, não como uma forma jurídica-política que evidenciava a manutenção do poder monárquico nos séculos XVI e XVII mas com a evidência do suplício como um agente político e disciplinador que visa ao controle do poder exercido pela elite brasileira e as formas de resistências exercidas pelas populações quilombolas nesta rede de poder.

A constituição brasileira, em seu artigo nº 196, diz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e garante o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (17). Salienta-se que para se chegar a este documento foram necessárias várias manifestações sociais e discussões políticas contra o sistema de saúde vigente.

Antes de 1988, e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), existia uma assistência à saúde ligada à Previdência Social, restrita aos trabalhadores registrados que contribuíam com a mesma; os demais trabalhadores não tinham o direito à saúde gratuita (18, 19). Alguns movimentos por parte de universidades, organizações sociais, e profissionais ligados à saúde foram fundamentais para ampliar esta discussão. Alguns eventos contribuíram, como por exemplo: a Reforma Sanitária, no regime militar; a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a qual aprovou a unificação do sistema de saúde, e o dever do estado para com a saúde da população (18-20).

Tais eventos, sobretudo a 8ª Conferência Nacional de Saúde, serviram de base para a elaboração da Constituição Federal e a criação do SUS e seus princípios, dos quais se destacam a integralidade como uma garantia por parte do governo da assistência à saúde integral, portanto, direito de todo e qualquer cidadão, e o princípio da equidade, com o objetivo de reduzir as desigualdades, através da assistência dada de acordo com as necessidades de cada pessoa ou grupo populacional (20). Assim, parte da população legalmente deixa de ser excluída do sistema público de saúde e passa a ter direito ao tratamento adequado às doenças e, consequentemente, reduzir os casos de morte por falta de assistência médica.

Analogamente à perspectiva de Foucault, pode-se afirmar que antes destes marcos legais o sistema de saúde atendia interesses diversos do Estado e dos empreendedores da área hospitalar privada que suprimiam os direitos coletivos como, por exemplo, a expansão de hospitais particulares com dinheiro público. Estes hospitais atendiam uma parcela pequena da população, aquela que possuía trabalho registrado, logo eram contribuintes do sistema de Previdência Social do governo. Desta forma, pareciam “punir” àqueles que não contribuíam com a Previdência Social deixando-os sem o direito ao acesso à saúde pública, o que os levava ao agravamento de morbidades ou à morte, verdadeiras situações de “suplícios” não ostentadas pela mídia devido ao controle social exercido pelo sistema ditatorial militar que proibia a divulgação de tais informações por meio de censuras (1, 18, 19).

Para que estas mudanças ocorressem, observa-se que anterior à Carta Magna das leis brasileiras, a opressão social e a falta de acesso aos serviços de saúde pública, pela maior parte da população, fez com que a sociedade se organizasse (20) dentro de uma rede de poderes que envolvia diversos setores como associações de bairros, sindicatos de trabalhadores, dentre outras instituições que se mobilizaram em busca de adquirir direitos à saúde para todos. Deste modo, a Constituição Federal teve grande avanço político, gestor e social para a saúde brasileira: mudou o discurso e visou atender toda a população brasileira e pode-se afirmar que, do ponto de vista legal, existe uma consistência teórica e estrutural bem fundamentada (21).

No SUS, sistema de política pública inclusiva, reconhecida internacionalmente, observa-se que aproximadamente “75% da população brasileira depende do SUS para ter acesso aos serviços de saúde” (18, p2), entretanto, percebe-se uma subutilização dos serviços de saúde por parte dos quilombolas (11). Neste sentido, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), Portaria nº 992/2009, tendo como um de seus objetivos específicos garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde.

Pesquisadores brasileiros (20) publicaram que, apesar de existirem avanços na discussão e implementação da PNSIPN, no Estado da Bahia, por exemplo, não se percebeu uma efetivação destas ações. Tal fato se deve, principalmente, à falta de

investimentos em ações para a concretização das etapas de implantação desta lei, sobretudo no que se refere à definição e atualização de indicadores de avaliação e monitoramento da PNSIPN para que se possa comparar as diferentes localidades e se obter, de fato, o impacto e avanços desta política (20).

Mesmo com a garantia constitucional e a publicação da Portaria nº 992/2009, observou-se que tais propostas não foram concretizadas, não só em um Estado (20), mas em todo o território nacional. Este fato obrigou o Conselho Nacional de Saúde a publicar a “Recomendação nº 030/2012” direcionada ao Ministério da Saúde por considerar que, dentre outras coisas, o mesmo não cumpriu o proposto na Portaria nº 922/2009 (22).

Tal recomendação mostra preocupação em: elaborar um sistema de monitoramento e avaliação da implementação das ações da PNSIPN; criar uma estratégia de gestão direta da PNSIPN na esfera federal; também desenvolver ações para eliminar iniquidades raciais, de gênero, classe e território, e promoção da equidade (destaca-se a população negra) dentro do modelo de regionalização das Redes de Atenção à Saúde (22).

Desde o ano 1988 (efetivação da Constituição Federal) até 2012 (publicação da recomendação nº 030/2012), há vinte e quatro anos de suplícios no cumprimento dos direitos à saúde da população negra e dos quilombolas. Tal “sofrimento” parece coexistir explicitamente, mesmo cinco anos após a publicação da recomendação ao Ministério da Saúde. Reflete-se sobre o não cumprimento dos direitos no Brasil onde se tem um dos melhores sistemas de saúde do mundo em estruturação e que, mesmo com os avanços, ainda não atingiu sua excelência em acesso e atendimento (18, 20). Há leis nacionais bem formuladas, mas que não são cumpridas, então se questiona: Quais tecnologias de poder são exercidas sobre os sujeitos? E quais mecanismos de controle são aplicados para reproduzir esse poder?

Certamente, as perguntas acima não serão plenamente respondidas, mas servirão de reflexão sobre quais interesses existem por parte dos gestores públicos na manutenção de uma saúde pública precária, entretanto, com potencial de melhora. Nota-se que o avanço dos aspectos legais em prol da população, como um todo, fez com que ela se tornasse alvo do poder disciplinar. Foram criados mecanismos para o enfraquecimento do potencial político da população, como pode ser percebido no

chamado controle social, por meio, principalmente, da participação nos Conselhos de Saúde, nos quais as redes de relações entre gestores, profissionais e usuários são estabelecidas e o poder é exercido, muitas vezes, de forma desigual.

Os Conselhos de Saúde foram criados para que os diversos segmentos que compõem a saúde pública no controle social pudessem participar por meio do controle social das políticas públicas na área da saúde. Desta forma, pode-se considerar o poder disciplinar como exercício estabelecido na rede que compõe um Conselho de Saúde e não como prerrogativa do estado (1). No entanto, nota-se que a composição dos conselhos muitas vezes torna os usuários úteis aos interesses dos gestores e dos profissionais, seja por uma sensação de vigilância iminente aos gestores que compõem o conselho ou por um conhecimento evidenciado pelos profissionais de saúde em geral sobre os temas discutidos em reuniões.

Ao analisar os membros de um Conselho de Saúde, por exemplo, percebeu-se que os conselheiros de saúde mais antigos e os gestores do sistema de saúde pública apresentavam maior conhecimento do que seus pares, usuários, trabalhadores de saúde e conselheiros mais novos; tal saber remete a um maior exercício do poder no direcionamento das políticas de saúde (23). Este fato contribui para uma não participação efetiva da sociedade civil nestes espaços de construção de políticas públicas de saúde e dificulta que o controle social aconteça de fato (24).

Tal situação beneficia a saúde privada, por meio do crescimento dos planos de saúde particulares e a quantidade de clínicas e hospitais privados, agravada pela não mobilização dos usuários dos serviços de saúde contra essa situação (19, 25). Na perspectiva de Foucault (1), pode-se considerar que a sociedade é disciplinada e enfraquecida politicamente pelo sistema ao contribuir para que o poder exercido se mantenha disciplinado.

Características de saúde dos quilombolas: superando os corpos dóceis

Ao conhecer as condições sociais e de saúde que são impostas às comunidades quilombolas, é possível melhorar a compreensão da situação desta população. A busca pela mudança dessa realidade se faz necessária, principalmente por meio de lutas para a garantia do cumprimento das leis e da participação social e, assim, não serem comparadas aos

conhecidos “corpos dóceis”, disciplinados e úteis à manutenção do sistema (1).

A implantação da PNSIPN foi um dos avanços do SUS no Brasil. Contudo, sabe-se que a garantia dos direitos nacionalmente não é algo fácil, sobretudo, para as comunidades quilombolas. Assim, aumenta-se a responsabilidade destas comunidades a se organizarem em associações quilombolas registradas e reconhecidas legalmente, na busca da garantia aos direitos de acesso e utilização dos serviços públicos de saúde, com o desenvolvimento de ações de saúde específicas aos quilombolas.

No Brasil, a maior parte da população é formada por negros e devido ao processo histórico de desigualdades ao qual foi submetida, pode apresentar seu estado de saúde agravado ou uma menor expectativa de vida, certamente por ser mais fragilizada nas questões sociais e econômicas (16). Precisa-se perceber que as lutas anteriores dos quilombolas (queda do regime escravocrata e, posteriormente, pelo reconhecimento de seus territórios e sua identidade) não retira a possibilidade de buscar novas lutas na atualidade e fortalecer esses novos desafios, sobretudo, na área da saúde.

As populações quilombolas caracterizam-se por: residirem em áreas rurais, possuírem baixo nível de escolaridade, cor de pele negra e viverem em condições precárias (5, 26, 27). Tais condições de vida acarretam problemas de saúde diversos como: parasitoses intestinais, depressão (12), síndrome metabólica (13), hipertensão arterial (7, 14, 15, 27) e parasitoses intestinais (27).

As condições de saúde e a precariedade em que vivem as populações quilombolas, caracterizando-as como uma população pobre e com a saúde debilitada, remete ao pensamento discutido por Foucault sobre as disciplinas e as formas de poder exercidas nos séculos XVII, XVIII e XIX sobre a formação de corpos dóceis que, simultaneamente, são úteis ao sistema econômico, mas são condicionados a uma menor participação política (1).

A manutenção das condições precárias, social e de saúde, das comunidades remanescentes de quilombos, contribuem para uma autopercepção de saúde negativa, que pode ser associada à dimensão sociodemográfica e a escolaridade (10, 28). A autoavaliação negativa de saúde também tem sido associada a: cor da pele classificada como preta ou parda, presença de doenças crônicas, atividades da vida diária comprometidas, maior apoio social

e realização de consultas médicas (28). Outros autores (10) encontraram a associação da autopercepção de saúde com idade, hipertensão arterial, diabetes, artrite, depressão, problemas de coluna e morbidade autorreferida.

Percebe-se a variedade de condições de saúde que precisam de maior atenção, sobretudo, a associação da autopercepção de saúde com as condições sociodemográficas em que estão inseridos. Desta forma, as associações mostram que os quilombolas precisam buscar a fuga de um “corpo dócil” ao não reivindicar seus direitos e deixar de ser um “corpo útil” a um sistema que parece sofrer com um gerenciamento público precário. Pois, dentro do pensamento de Michael Foucault (1), sabe-se que o poder, sobretudo na forma disciplinar, não é prerrogativa de ser exclusiva do Estado, mas é exercido por todos que compõem a sociedade gerida por ele.

Além da busca pela sua identidade étnica, social e cultural, os quilombolas tem um desafio constante na atualidade que é a luta pelas melhorias socioeconômicas e de saúde. Visa-se maior participação nos Conselhos de Saúde e demais espaços políticos (universidades, associações, organizações não governamentais, mídia, movimentos sociais, audiências públicas, dentre outros). Sabe-se que a certificação e reconhecimento das comunidades contribuem no desenvolvimento de políticas públicas diversas (4), entretanto, mesmo em comunidades já reconhecidas, os problemas de acesso aos serviços de saúde pública permanecem, seja pelas condições precárias em que se encontram (27), pelo distanciamento geográfico predominante em áreas rurais (11, 26) ou outras causas.

Percebe-se que a organização legal das comunidades quilombolas em associações que buscam melhorias para as diversas áreas e para a saúde, especificamente, constitui um espaço de relações de poderes. O poder não se resume a uma única coisa, a um único fato, ele acontece em uma rede composta por diferentes lutas e forças que se relacionam (29). Nesta comunidade organizada, pode-se perceber ainda o início de uma rede de poderes exercido pelos quilombolas e que pode ser exercido no âmbito da saúde coletiva alertando os setores responsáveis sobre as suas reais necessidades relacionadas aos serviços de saúde.

A estrutura social da sociedade brasileira contribui para o disciplinamento de tais condições vividas pelas comunidades quilombolas e dificultam

o exercício do poder destas pessoas em diversos setores da sociedade, dentre eles, no sistema público de saúde. Analogamente ao pensamento de Foucault (1), o sistema de saúde pode contribuir para que esta população se normalize, ou seja, não saia das normas que, historicamente, vêm disciplinando esta população e a deixa vulnerável.

Observa-se que o próprio sistema de saúde tem acesso às informações de saúde da população (30) por meio de relatórios dos sistemas informatizados, além da existência de publicações científicas que denunciam os problemas e especificidades da saúde dos quilombolas, como a existência de depressão (12), síndrome metabólica (13), hipertensão arterial (15), dentre outras, ou seja, as informações necessárias para o desenvolvimento de ações que estão “vigiadas”, existem.

No entanto, assim como as leis que dão garantia de direitos, tais informações muitas vezes não são utilizadas como subsídios para intervenções efetivas que melhorem os serviços de saúde. Assim, ao considerar-se a analogia com Foucault (1) ao abordar o ato de vigiar, percebe-se que existe a falta de visibilidade de quem vigia por aqueles que são vigiados, fato que pode gerar uma preocupação nas pessoas vigiadas e torná-las mais úteis.

A quem serve a manutenção de uma gestão que não garante os direitos da população quilombola? Talvez essa reflexão seja explicada pelas formas do exercício do poder que transforma projetos de governos em projetos políticos divergentes daquilo que é realmente necessário para a melhoria da saúde da população. A rede de poder existente na gestão pública, em grande parte, é composta por políticos (gestores), sem representatividade significativa da população estudada.

Enquanto os gestores exercem o poder nas esferas municipais, estaduais e nacionais, parte da população deixa de ocupar espaços nesta rede de poder e fica excluída do direito de participação popular na gestão, passando a ser conivente com as decisões dos gestores (23, 24). Neste sentido, vale refletir sobre Foucault (1) quando se refere ao século XVIII, dentro do princípio da clausura: deve-se evitar as concentrações em grupos e dividir tais grupos, na medida do possível, e vigiá-los para facilitar a dominação por meio de uma organização disciplinar, em prol do exercício do poder.

Vê-se a necessidade da participação popular efetiva na escolha e acompanhamento de seus representantes políticos, tanto nos órgãos executivos, quanto nos órgãos legislativos. Entretanto, o desconhecimento das políticas públicas ainda pode ser uma barreira a esta participação (23), a exemplo de um estudo com população negra no qual se constatou que 90 % dos usuários do SUS que foram pesquisados desconheciam a existência da política de saúde para a população negra (16).

Entender como funciona o sistema de gestão pública voltada à saúde, bem como as leis que regem este sistema, pode fornecer instrumentos de um saber teórico que possa facilitar a participação dos quilombolas para exercerem o poder e o saber que permitirão discutir melhorias de suas condições de saúde. Desta forma, a busca desse saber pode facilitar o exercício do poder nesta rede composta pelos membros do sistema de saúde ao se apoderarem das discussões e ao procurar a garantia de direitos, pois esta população conhece suas próprias necessidades e especificidades e assim pode dialogar com mais segurança (30).

Ao abordar o sistema jurídico no século XVIII, que podem ser atuais nesta reflexão, Foucault (1) mostra que as disciplinas classificam, hierarquizam e dividem em torno de uma norma e geram uma assimetria nos poderes exercidos. Desta forma, as desigualdades enfrentadas pelas populações quilombolas podem ser agravadas pelo exercício de poder de forma assimétrica, levando-as a uma hierarquização social e de saúde desfavorável, e enfraquecimento da coletividade.

Nesse sentido, as desigualdades étnicas e raciais devem ser consideradas ao se exercer o poder dentro da rede de gestão em saúde. Com esse intuito, publica-se a recomendação nº 030/2012 do CNS que sugere a necessidade de “realizar uma avaliação institucional da implementação do quesito raça/cor em todos os sistemas de informação do SUS” (22, p2).

Conhecer a realidade desta população pode contribuir para minorar as questões de desigualdades étnico-raciais no âmbito da saúde. Há, por exemplo, pesquisas que apontam que as comunidades quilombolas são vitimadas pelo preconceito racial, assim, “evidenciar e discutir as desigualdades e as discriminações étnicas e raciais é um passo determinante para entendê-las e enfrentá-las” (31, p253).

Acesso dos quilombolas aos serviços de saúde pública: liberdades, punições e o exercício de poderes

As condições de acesso à saúde pelas comunidades quilombolas são dependentes da vontade de agir deste grupo populacional que, por sua vez, relaciona-se com o saber que gera a verdade para esta população e o posterior exercício pela “liberdade”. Entretanto, nota-se que a PNSIPN parece não ter “libertado” a população negra da segregação racial nos sistemas públicos de saúde.

Mesmo com as diversas morbidades e fragilidades sociais existentes, observa-se que a população quilombola, historicamente, não tem o devido acesso aos sistemas públicos de saúde (8, 11, 25). Defende-se que a PNSIPN visa garantir a equidade na atenção à saúde desta população, porém percebe-se uma dificuldade com a discriminação racial na efetivação desta política (16). O racismo se torna uma forma de controle, disciplinando ações sutis para esta população.

Apesar do termo “equidade” não aparecer comumente nos estudos em conjunto com o termo “acesso”, é preciso verificar simultaneamente estas dimensões e seu impacto no sistema de saúde (32, 33). As pessoas do sexo feminino, que não concluíram o ensino fundamental, não brancas e sem plano de saúde possuem mais chances de se sentirem discriminadas por médicos ou profissionais de saúde, dentro dos serviços de saúde (34). O racismo contra a população negra é fruto de um poder exercido na sociedade brasileira e subjuga esta população, privando-a de seus direitos e ampliando as desigualdades, raciais e sociais. Assim, utiliza-se o pensamento de Foucault para afirmar que a liberdade que os quilombolas teriam de acesso equânime aos sistemas de saúde foi privada (1).

Além da desigualdade no conhecimento da população estudada sobre as políticas de saúde (19, 23), existem no SUS as desigualdades geográficas e sociais, especialmente em grupos minoritários (20), a exemplo de uma comunidade quilombola onde se percebeu a dificuldade de promoção dos processos inclusivos de universalidade e equidade em saúde (8). Notou-se uma subutilização de serviços de saúde por parte dos quilombolas pesquisados (11).

Encontra-se, ainda, desigualdades raciais que impactam na saúde da população negra, iniquidades raciais na saúde vitimadas pelo racismo, mas

que por meio da ação de gestores podem ser superadas (30). Foucault (1), ao questionar as prisões sobre o seu funcionamento na fabricação de uma delinquência a qual teria que combater, aborda que as prisões acabavam por ampliar as desigualdades sociais por meio da criação da figura do “delinquente” e o diferenciavam do chamado “infrator”. Assim, dentro do pensamento de Foucault, pode-se afirmar que a desobediência às leis que garantem o atendimento equânime dos quilombolas acontece por causa do racismo nos serviços de saúde que acaba ampliando estas desigualdades e assume o papel do delinquente.

No século XIX, percebia-se a existência de uma diferenciação social onde o delinquente era caracterizado por crimes mais brandos, os quais eram punidos com penas mais severas, e praticados por pessoas de classe social mais baixa, enquanto as pessoas das classes sociais mais altas praticamente não eram punidas ou, quando acontecia, as penas eram irrisórias perante o crime cometido (1). Nesse sentido, considera-se que, no atual contexto, a desigualdade social sofrida pela população negra e comunidades quilombolas, que possuem menor renda na sociedade, parece contribuir para que estas populações tenham maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde do que outros grupos populacionais.

Foucault afirma que o disciplinamento que acontecia nas prisões transpôs as paredes do cárcere e se infiltra nas diversas instituições da sociedade: escolas, hospitais, administração pública, dentre outras, buscando a manutenção do poder (1). Mesmo sem cometer algum ato infracional contra o governo, os quilombolas historicamente, socialmente e politicamente foram mantidos como “corpos dóceis” disciplinados a serviço da sociedade, o que os tornavam produtivos. Esta situação culminou na marginalização desta população no acesso ao sistema público de saúde.

Dentre as dificuldades de acesso universal e equânime ao sistema de saúde da comunidade quilombola (8), tem-se que pode estar atrelada ao disciplinamento da saúde pública, marcado pela discriminação de usuários, geralmente de baixa escolaridade (19, 34), não garantindo acessos igualitários à saúde (34). Outra dificuldade de acesso aos serviços de saúde é que em algumas comunidades quilombolas existe pouca quantidade de unidades básicas de saúde em seu território, mesmo que todas elas apresentem cobertura dos então chamados Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (11).

Destaca-se o alto resultado de referência ao serviço de saúde de uso regular (74,4 %) e de cobertura pelo PSF (82,8 %) (11). Tal fato refere-se à importância da participação das equipes de saúde no gerenciamento de informações e repasse aos gestores em geral. Neste caso, o “acesso” parece atender a necessidade da população, mas as dificuldades encontradas devido às condições sociais, econômicas, de infraestrutura, na capacitação dos profissionais sobre o modo de vida, cultura e as especificidades dos problemas de saúde dos quilombolas poderiam melhorar o acesso e utilização dos serviços de saúde (7, 11, 28).

A privação dos direitos a que estas comunidades estão submetidas podem ser percebidas quando pesquisadores concluíram que, em um estudo com quilombolas idosos, era necessário ampliar o acesso aos serviços de saúde, integralidade e continuidade da assistência oferecida a esta parte da população, além de propor melhorias das condições socioeconômicas as quais podem afetar as condições de saúde e a qualidade de vida desta população (9).

Outro exemplo em relação ao acesso à saúde das comunidades quilombolas encontra-se no estudo que constatou que “a persistência de fragilidades relacionadas às questões sociais e de saúde” (8, p610) foi considerada como um “grave problema” em debates que abordam as “análises das responsabilidades público-privadas quando das questões da exclusão-inclusão, desigualdade-igualdade, iniquidade-equidade, do gerenciamento do sistema sanitário e do respeito à cultura e identidade étnica” (8, p617).

Nota-se que as comunidades quilombolas parecem presas ao sistema de saúde, amarradas pelas precariedades, e vivem tentando superar a invisibilidade perante o sistema de saúde (8), penalizadas pelo desrespeito característico de uma sociedade construída sob a égide da escravização e do elitismo (2, 3, 8), muitas vezes controladas sutilmente sem perceberem que foram disciplinadas para chegar neste estado (1).

Assim, para exercer o poder nas decisões políticas na saúde brasileira, sobretudo em participações de Conselhos de Saúde, a população quilombola, usuária deste serviço, precisa se apoderar de conhecimentos (23). O saber e o poder podem ser exercidos por meio da aquisição de conhecimentos, na rede de relações de poder constituída entre usuários, trabalhadores, e gestores do siste-

ma público de saúde. Estas redes transformam-se em espaço de discussões que encontra no poder não somente um caráter repressivo (1), mas um constructo histórico produtivo, caracterizado por efeitos de verdade, de subjetividade e de lutas (2). Reflete-se que a liberdade de decisão e o poder são indissociáveis, e importantes à medida que visam aprofundar o debate em prol das políticas públicas e, sobretudo a ação ao enfrentar esta realidade (1).

As estruturas de poder impostas aos quilombolas parecem privar a liberdade dos quilombolas por meio da supressão de direitos adquiridos por força de lei ao longo da história e que hoje são suprimidos por um racismo no sistema de saúde que amplia as desigualdades sociais e raciais. Na perspectiva de Foucault (1), entende-se que a busca pelo saber contribuirá no fortalecimento das relações das redes de poder para o avanço da saúde pública, tendo em vista que o poder não se concentra em um só espaço.

Considerações finais

Pode-se refletir que, mesmo com os direitos à saúde garantidos por lei e por possuírem necessidades específicas de atendimento, as populações quilombolas não têm seus gritos ouvidos e sim suprimidos pelas condições de vida precárias em que se encontram. Dessa maneira, percebe-se que o sistema de saúde brasileiro não consegue ser equânime em garantir o acesso à toda a população.

Os questionamentos feitos nesta reflexão não vêm retirar o mérito do sistema de saúde pública brasileiro, mas chamar a atenção para a recorrência das dificuldades de acesso aos serviços de saúde pelas populações quilombolas. Dessa forma, deve-se considerar a corresponsabilidade de todos os envolvidos neste processo: gestores, usuários e trabalhadores da saúde que formam redes de relações de poder enfraquecidas politicamente, e o poder disciplinador existente na sociedade e, conseqüentemente, no sistema de saúde pública.

Os quilombolas e as diferentes equipes de saúde exercem um papel de corpos disciplinados e podem ser conduzidos sutilmente a deixar de fiscalizar e cobrar ações mais concretas como as propostas previstas em leis, decretos e recomendações. Tal fato sugere um aprofundamento das relações de poder existentes na rede composta pelo sistema de saúde nacional.

O exercício do poder na saúde brasileira deve perpassar pelas questões da busca de conhecimento e contribuir para a garantia de direitos adquiridos por lei como também pode ocasionar mais discussões contrárias ao racismo nas instituições de saúde pública, fatos que podem ajudar a reduzir as desigualdades étnicas e raciais no atendimento e oferta de serviços públicos de saúde.

Assim, percebe-se que, à luz do referencial teórico de Michael Foucault, o “poder” político existente nas relações das comunidades quilombolas com os serviços de saúde pública, cria dificuldades diversas e se perpetua há anos.

Apoio financeiro

Não se aplica.

Referências

- (1) Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 42.ª ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
- (2) Moura C. História do negro brasileiro. 2.ª ed. São Paulo: Ática; 1992.
- (3) Kenny ML. The contours of quilombola identity in the sertão. Rev Luso-Braz [Internet]. 2013 [citado 2018 set. 28];50(1):140-64. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1353/lbr.2013.0023>
- (4) Schmitt A, Turatti MCM, Carvalho MCP. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. Ambient Soc. 2002; 10(1):129-136.
- (5) Thorkildsen K. Social-ecological changes in a quilombola community in the atlantic forest of southeastern Brazil. Hum Ecol [Internet]. 2014 [citado 2017 jul. 1];42(6):913-27. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1007/s10745-014-9691-3>
- (6) Revel J. Michel Foucault: conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz; 2005.
- (7) Pinho L, Dias RL, Cruz LMA, Velloso NA. Condições de saúde de comunidade quilombola no norte de Minas Gerais. Rev Pesq: Cuid Funda [Internet]. 2015 [citado 2017 nov. 1];7(1):1847-55. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1847-1855>
- (8) Vieira ABD, Monteiro PS. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da bioética de intervenção. Saúde Debate [Internet]. 2013 [citado 2017 jul. 1];37(99):610-18. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341756008>

- (9) Santos VC, Boery EM, Pereira R, Santa-Rosa DO, Vilela ABA, Anjos KF *et al.* Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2017 jul. 1];25(2):e1300015. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001300015>
- (10) Oliveira SKM, Pereira MM, Guimarães ALS, Caldeira AP. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2015 [citado 2017 jul. 1];20(9):2879-90. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.20342014>
- (11) Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [citado 2017 jul. 1];29(9):1829-42. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151412>
- (12) Barroso SM, Melo APS, Guimarães MDC. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2014 [citado 2017 nov. 1];35(4):256-63. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n4/256-263>
- (13) Aragão JA, Bós AJG, Souza GC. Síndrome metabólica em adultos e idosos de comunidades quilombolas do Centro-Sul do Piauí, Brasil. *Estud Interdiscip Envelhec* [Internet]. 2014 [citado 2017 nov. 1];19(2):501-12. Disponível em: <http://www.seer.ufgrs.br/RevEnvelhecer/article/view/41851>
- (14) Melo MFT, Silva HP. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista da ABPN* [Internet]. 2015 [citado 2017 nov. 1];16(7):168-89. Disponível em: <http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/103>
- (15) Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiassa WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [citado 2017 jul. 1];29(9):1889-1902. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00164912>
- (16) Chehuen-Neto JA, Fonseca GM, Brum IV, Santos JLCT, Rodrigues TCGF, Paulino KR *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2015 [citado 2017 jul. 1];20(6):1909-16. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>
- (17) República Federativa do Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
- (18) Pavão ALB. SUS: em construção ou desconstrução? RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde [Internet]. 2016 [citado 2017 jul. 1];10(3):1-3. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16982>
- (19) Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist Ciênc Saúde – Manguinhos* [Internet]. 2014 [citado 2018 set. 28];21(1):15-35. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>
- (20) Gomes ICR, Damasceno RO, Nery AA, Martins-Filho IEM, Vilela ABA. Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Bahia. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2017 [citado 2017 out. 1];31(2):e21500. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i2.21500>
- (21) Pessoto UC, Ribeiro EAW, Guimarães RB. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. *Saúde Soc* [Internet]. 2015 [citado 2018 set. 29];24(1):9-22. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100001>
- (22) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação n. 030, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- (23) Martins CS, Sartori MT, Dietrich HLD, Klem FB, Dallagnol C, Albuquerque GSC, *et al.* Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2013 [citado 2018 set. 29];37(98):437-45. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300007>
- (24) Rolim LB, Cruz RSBL, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde Debate* [Internet]. 2013 [citado 2018 set. 30];37(96):139-47. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016>
- (25) Carvalho M, Santos NR, Campos GWS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde Debate* [Internet]. 2013 [citado 2018 set. 30];37(98):372-87. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300002>
- (26) Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Steffens AP *et al.* Inquérito de saúde em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014 [citado 2017 jul. 1];19(6):1835-47. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.01992013>
- (27) Amorim MM, Tomazi L, Silva RAA, Gestinari RS, Figueiredo TB. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. *Biosci J* [Internet]. 2013 [citado 2017 jul. 1];29(4):1049-57. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/17308>
- (28) Kochergin CN, Proietti FA, César CC. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 2017 jul. 1];30(7):1487-1501. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00141213>
- (29) Foucault M. *Microfísica do poder*. 28.^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2014.
- (30) Foucault M. A ordem do discurso aula inaugural no College France pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola; 2013.

(31) Lacerda RS, Silva GM. Reterritorialização, conflitos ambientais e saúde em comunidades quilombolas de Sergipe. *Revista da ABPN* [Internet]. 2015 [citado 2017 jul. 1];18(8):239-54. Disponível em: www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn/article/download/50/47

(32) Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. *Saúde Debate* [Internet]. 2013 [citado 2017 jul. 1];37(99):681-90. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400016>

(33) Barros FPC, Lopes JS, Mendonça AVM, Sousa MF. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [citado 2018 set. 30];40(110):264-71. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611020>

(34) Boccolini CS, Boccolini PMM, Damacena GN, Ferreira APS, Szwarcwald CL. Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [citado 2018 set. 30];21(2):371-8. Disponível em: DOI: [10.1590/1413-81232015212.19412015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19412015)

Política editorial

Ética en la publicación científica

La revista *Avances en Enfermería* define los siguientes criterios y recomendaciones relacionados con la ética en la publicación de artículos científicos:

1. Criterios generales

- 1.1. Los manuscritos deben contener suficiente detalle y referencias que permitan replicar o rebatir el estudio.
- 1.2. Las declaraciones fraudulentas o deliberadamente inexactas constituyen un comportamiento anti-ético.
- 1.3. Si el estudio incluye productos químicos, procedimientos o equipos que tienen cualquier riesgo inusual inherente a su uso, el autor debe identificarlos claramente al interior del artículo.
- 1.4. Si el estudio implica el uso de animales o de seres humanos, el autor debe asegurarse de que el artículo contenga una declaración que haga explícito que se realizaron todos los procedimientos de conformidad con los lineamientos y con la normativa ética.
- 1.5. Se deben respetar los derechos de privacidad de los seres humanos.

2. Autoría

Criterios:

- 2.1. Un *autor* es la persona que ha hecho una contribución intelectual significativa al estudio. Así, todas las personas nombradas como *autores* deben reunir los requisitos de autoría y todos aquellos que los reúnan deben ser mencionados de forma explícita.
- 2.2. Se deben cumplir colectivamente tres criterios básicos para ser reconocido como autor:
 - a) Contribución sustancial a la concepción y al diseño, adquisición de datos, análisis e interpretación del estudio.
 - b) Redacción o revisión del contenido intelectual.
 - c) Aprobación de la versión final.
- 2.3. El orden de la autoría debe ser una decisión conjunta de los coautores.
- 2.4. Las personas que participen en un estudio pero que no se ajusten a los criterios de autoría deben aparecer como *colaboradores* o *personas reconocidas*.
- 2.5. Hay tres tipos de autorías que se consideran inaceptables: autores *fantasma*, que contribuyen sustancialmente pero no son reconocidos —son a menudo pagados por promotores comerciales—; autores *invitados*, que no hacen ninguna contribución discernible pero se nombran para aumentar las posibilidades de publicación; y autorías *honorarias*, que se basan únicamente en una afiliación tenue con un estudio.

Recomendaciones:

- 2.6. Antes de iniciar la investigación, se recomienda documentar la función y la manera como se reconocerá la autoría de cada investigador.
- 2.7. No se debe mentir sobre la participación de una persona en la investigación o en la publicación. Si su contribución es considerada *sustancial*, se justifica la autoría, bien sea como *autor* o como *colaborador*.
- 2.8. No se debe asignar una autoría sin contar con el consentimiento de la persona.

- 2.9. Todas las personas nombradas como autores deben reunir los requisitos de autoría y todos aquellos que reúnan los requisitos deben aparecer como *autores* o *colaboradores*.
- 2.10. Algunos grupos colocan los autores por orden alfabético, a veces con una nota para explicar que todos los autores hicieron contribuciones iguales al estudio y a la publicación.
- 4.3. Los conflictos también pueden existir como resultado de relaciones personales, la competencia académica y la pasión intelectual. Por ejemplo, un investigador que tenga:
- Algún tipo de interés personal en los resultados de la investigación.
 - Opiniones personales que están en conflicto directo con el tema que se esté investigando.

3. Cambios en la autoría

Criterios:

- Hace referencia a la adición, supresión o reorganización de los nombres de autor en la autoría de un artículo aceptado.
- Las peticiones de añadir o eliminar un autor, o para reorganizar los nombres de los autores deben ser enviados por el autor correspondiente del artículo aceptado y deben incluir:
 - La razón por la cual debe ser añadido o eliminado, o los nombres de los autores reorganizados.
 - La confirmación por escrito (por *e-mail*) de todos los autores que están de acuerdo con la adición, supresión o reorganización. En el caso de adición o eliminación de los autores, se debe incluir la confirmación de que el autor sea añadido o eliminado.

4. Conflicto de intereses

Criterios:

- Cuando un investigador o autor tenga alguna opinión o interés financiero/personal que pueda afectar su objetividad o influir de manera inapropiada en sus actos, existe un posible *conflicto de intereses*. Los conflictos pueden ser reales o potenciales.
- Los conflictos de intereses más evidentes se asocian a las relaciones financieras, que pueden ser:
 - Directas*: empleo, propiedad de acciones, becas, patentes.
 - Indirectas*: honorarios, asesorías a organizaciones promotoras, propiedad de fondos de inversión, testimonio experto pagado.

Recomendaciones:

- Revelar si se está en algún conflicto real o potencial de intereses que influya de forma inapropiada en los hallazgos o resultados del trabajo presentado, dentro de los tres (3) años de haber empezado el trabajo presentado, que podría influir indebidamente —sesgar— el trabajo.
- Revelar el papel de uno o varios promotores del estudio —si los hubiere—, en el diseño del estudio, en la recopilación, análisis e interpretación de los datos, en la redacción del informe y en la decisión de presentar el documento para su publicación.
- Los investigadores no deben entrar en acuerdos que interfieran con su acceso a todos los datos y su capacidad de analizarlos de forma independiente; así como tampoco de preparar y publicar los manuscritos.
- Al presentar un documento, se debe hacer una declaración —con el encabezamiento “Papel que ha tenido la fuente de financiación”— en una sección separada del texto y colocarse antes de la sección *Referencias*.
- Algunos ejemplos de posibles conflictos de intereses que deben ser revelados incluyen empleo, consultoría, propiedad de acciones, honorarios, testimonio experto remunerado, solicitudes de patentes/registros y subvenciones u otras financiaciones.
- Todas las fuentes de apoyo financiero para el proyecto deben ser revelados.
- Se debe describir el papel del patrocinador del estudio.

5. Publicación duplicada

Criterios:

- 5.1. Los autores tienen el compromiso de comprobar que su artículo sea basado en una investigación original, es decir: nunca publicada anteriormente. El envío o reenvío intencional de su trabajo a otra publicación, generando una duplicación, se considera un incumplimiento de la ética editorial.
- 5.2. Se produce una publicación duplicada o múltiple cuando dos o más artículos, sin hacerse referencias entre sí, comparten esencialmente las mismas hipótesis, datos, puntos de discusión o conclusiones. Esto puede ocurrir en diferentes grados: duplicación literal, duplicación parcial pero sustancial o incluso duplicación mediante parafraseo.
- 5.3. Uno de los principales motivos por los que la publicación duplicada de investigaciones originales se considera no ético es porque puede dar lugar a una *ponderación inadecuada* o a un *doble recuento involuntario* de los resultados de un estudio único, lo que distorsiona las pruebas disponibles.

Recomendaciones:

- 5.4. Los artículos enviados para su publicación deberán ser originales y no deberán enviarse a otra revista. En el momento del envío, los autores deberán revelar los detalles de los artículos relacionados —también cuando estén en otro idioma—, artículos similares en prensa y traducciones.
- 5.5. Aunque un artículo enviado esté siendo revisado, es necesario indagar por su estado, tomar la decisión de continuar o no en el proceso y en caso de retirarlo, ponerse en contacto con otra revista sólo si la primer editorial no publicará el artículo.
- 5.6. Evite enviar un artículo previamente publicado a otra revista.
- 5.7. Evite enviar artículos que describan esencialmente la misma investigación a más de una revista.
- 5.8. Indique siempre los envíos anteriores —incluidas las presentaciones de reuniones y la inclusión de resultados en registros— que pudieran considerarse una publicación duplicada.
- 5.9. Evite escribir sobre su propia investigación en dos o más artículos desde diferentes ángulos o sobre diferentes aspectos de la investigación sin mencionar el artículo original.

5.10. Se considera una conducta no recomendable crear varias publicaciones a partir de investigaciones no multicéntricas.

5.11. Si desea enviar su artículo a una revista que se publica en un país diferente o en un idioma diferente, solicite información a la editorial y los lineamientos al respecto.

5.12. En el momento del envío, indique todos los detalles de artículos relacionados en un idioma diferente y las traducciones existentes.

6. Reconocimiento de las fuentes

Criterios:

- 6.1. Los autores deben citar las publicaciones que han sido influyentes en la determinación de la naturaleza del trabajo presentado.
- 6.2. La información obtenida de forma privada no debe ser usada sin explícito permiso escrito de la fuente.
- 6.3. La reutilización de las tablas o figuras requiere del permiso del autor y de la editorial, lo cual debe mencionarse de manera adecuada en la leyenda de la tabla o de la figura.
- 6.4. La información obtenida en el transcurso de servicios confidenciales, como manuscritos arbitrales o solicitudes de subvención, no debe ser utilizada sin el permiso explícito y por escrito del autor de la obra involucrada en estos servicios.

7. Fraude científico

Criterios:

- 7.1. El fraude en la publicación científica hace referencia a la presentación de datos o conclusiones falsos o bien que no fueron generados a través de un proceso riguroso de investigación.
- 7.2. Existen los siguientes tipos de fraude en la publicación de resultados de investigación:
 - a) Fabricación de datos: invención de datos y resultados de investigación para después comunicarlos.
 - b) Falsificación de datos: la manipulación de materiales de investigación, imágenes, datos, equipos o procesos. La falsificación incluye la modificación

u omisión de datos o resultados de tal forma que la investigación no se representa de manera precisa. Una persona podría falsificar datos para adecuarla al resultado final deseado de un estudio.

Recomendaciones:

- 7.3. Antes de realizar el primer envío de un artículo, lea cuidadosamente las políticas editoriales y de datos de la revista.
- 7.4. Nunca modifique u omita datos de forma intencional. Esto incluye materiales de investigación, métodos de análisis, procesos, equipos, tablas, citas y referencias bibliográficas.
- 7.5. Tanto la fabricación como la falsificación de datos son formas de conducta incorrecta graves, porque ambas resultan en publicaciones científicas que no reflejan con precisión la verdad observada.
- 7.6. El autor debe hacer una gestión adecuada de los datos que soportan la investigación, teniendo especial cuidado en la recopilación, producción, conservación, análisis y comunicación de los datos.
- 7.7. Mantenga registros minuciosos de los datos en bruto, los cuales deberán ser accesibles en caso de que un editor los solicite incluso después de publicado el artículo.

8. Plagio

Criterios:

- 8.1. El plagio es una de las formas más comunes de conducta incorrecta en las publicaciones. Sucede cuando uno de los autores hace pasar como propio el trabajo de otros sin permiso, mención o reconocimiento. El plagio se presenta bajo formas diferentes, desde la copia literal hasta el parafraseado del trabajo de otra persona, incluyendo datos, ideas, conceptos, palabras y frases.
- 8.2. El plagio tiene diferentes niveles de gravedad, como por ejemplo:
 - a) Qué cantidad del trabajo de otra persona se tomó —varias líneas, párrafos, páginas, todo el artículo—.
 - b) Qué es lo que se copió —resultados, métodos o sección de introducción—.

8.3. El plagio en todas sus formas constituye una conducta no ética en el ámbito editorial y académico, lo cual es inaceptable.

8.4. La copia literal sólo es aceptable si se indica la fuente e incluye el texto copiado con los signos de citación adecuados.

Recomendaciones:

- 8.5. Recuerde siempre que es esencial reconocer el trabajo de otros —incluido el trabajo de su asesor o su trabajo previo— como parte del proceso.
- 8.6. No reproduzca un trabajo palabra por palabra, en su totalidad o en parte, sin permiso y mención de la fuente original.
- 8.7. Mantenga un registro de las fuentes utilizadas al investigar y dónde las utilizó en su artículo.
- 8.8. Asegúrese de reconocer completamente y citar de forma adecuada la fuente original en su artículo.
- 8.9. Cuando haga referencia a la fuente, evite utilizar el trabajo de otras personas palabra por palabra salvo que lo haga entre comillas y sólo si es estrictamente necesario.
- 8.10. El parafraseado sólo es aceptable si se indica correctamente la fuente y se asegura de no cambiar el significado de la intención de la fuente.
- 8.11. Incluya entre comillas y cite todo el contenido que haya tomado de una fuente publicada anteriormente, incluso si lo está diciendo con sus propias palabras.

9. Fragmentación

Criterios:

- 9.1. La *fragmentación* consiste en dividir o segmentar un estudio grande en dos o más publicaciones.
- 9.2. Se considera una práctica inaceptable que los *fragmentos* de un estudio dividido compartan las mismas hipótesis, muestra y métodos.
- 9.3. El mismo *fragmento* no se debe publicar más de una vez. El motivo es que la fragmentación puede dar lugar a una distorsión de la literatura, haciendo creer equivocadamente a los lectores que los datos presentados en cada *fragmento* —es decir, *cada artículo*— se derivan de una muestra de sujetos diferente. Esto no solamente sesga la base de datos científica, sino que

también crea una repetición ambigua a los editores y revisores, que deben ocuparse de cada trabajo por separado. Además, permite que se infle el número de referencias donde aparece citado el autor.

Recomendaciones:

- 9.4. Evite fraccionar inapropiadamente los datos de un solo estudio en dos o más trabajos.
- 9.5. Cuando presente un trabajo, sea transparente en el proceso. Envíe copias de los manuscritos estrechamente relacionados al manuscrito en cuestión. Esto incluye manuscritos publicados, enviados recientemente o ya aceptados.

10. Consentimiento informado

Criterios:

- 10.1. Los estudios sobre pacientes o voluntarios requieren la aprobación de un comité de ética.
- 10.2. El consentimiento informado debe estar debidamente documentado.
- 10.3. Los permisos y las liberaciones deben ser obtenidos cuando un autor desea incluir detalles de caso u otra información personal o imágenes de los pacientes y cualquier otra persona.
- 10.4. Debe tenerse cuidado con la obtención del consentimiento respecto a los participantes, en particular con la población vulnerable; por ejemplo: cuando un niño tiene necesidades especiales o problemas de aprendizaje. Debe recordarse que el uso de fotografías de los participantes o declaraciones explícitas —partes de entrevista— deben contar con la autorización por escrito de los implicados o responsables legales.

11. Corrección de artículos publicados

Criterio:

- 11.1. Cuando un autor descubre un error o una inexactitud significativa en el trabajo publicado, es obligación del autor notificar de inmediato a la revista y cooperar en el proceso de corrección.

Bibliografía

- Black W, Russo R, Turton D. The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes. *Physics Letters*. 2010; 694(3); 246-51.
- Elsevier. "Autoría. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/___data/assets/pdf_file/0010/183394/ETHICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf.
- . "Conflicto de intereses. Ethics in research & publication". Accedido 28 de abril de 2017. https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_COI02_ES_2015.pdf
- . "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". Accedido 28 de abril de 2017. https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_SSUB02_ES_2015.pdf
- . Elsevier. "Autoría". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_AUTH02_ES_2015.pdf
- . "Ethics in Research & Publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Brochure_Ethics_2_web.pdf
- . "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_SSUB02_ES_2015.pdf
- . "Ethics. Conducting research". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>
- . "Ethics. Writing an article". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>
- . "Fraude en investigación. Ethics in research & publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_RF02_ES_2015.pdf

Instrucciones para los autores

La revista *Avances en Enfermería* de la Universidad Nacional de Colombia se publica cuatrimestralmente y recibe artículos en español, portugués e inglés. Al enviar los artículos para publicación, tenga en cuenta los aspectos relacionados con el proceso:

Tipos de artículos para publicación (según Colciencias)

1. Artículo de investigación científica y tecnológica. Documento original que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos de investigación. La estructura generalmente utilizada contiene cuatro apartes importantes: Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Discusión. Número mínimo de referencias: 25.

2. Artículo de reflexión. Documento que presenta resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales. Número mínimo de referencias: 25

3. Artículo de revisión. Documento que resulta de una investigación en la cual se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de mínimo 60 referencias.

Otras contribuciones no derivadas de investigación

1. Editorial. Documento escrito por el/la Editor/a Jefe, un/a Editor/a Asociado/a, un miembro del Comité Editorial o un/a investigador/a invitado/a sobre orientaciones en el dominio temático de la revista.

2. Documento de reflexión no derivado de investigación. Documento tipo ensayo que no es producto de una investigación. Utiliza la perspectiva analítica del autor sobre un tema específico a partir de fuentes originales. Número mínimo de referencias: 25.

3. Reporte de caso (Situaciones de enfermería). Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos. Número mínimo de referencias: 15.

4. Traducción. Traducciones de textos clásicos o de actualidad o transcripciones de documentos históricos o de interés particular en el dominio de publicación de la revista.

5. Reseña bibliográfica. Síntesis concreta con una visión crítica de una publicación estilo libro que describe la importancia, los aspectos destacados y los aportes particulares de la publicación.

Criterios de elegibilidad de los artículos

El material que se ponga a consideración del Comité Editorial debe cumplir con los siguientes criterios:

1. Claridad y precisión en la escritura: La redacción del documento debe proporcionar coherencia al contenido y claridad al lector.

2. Originalidad: El documento debe ser original, es decir: producido directamente por su autor, sin imitación de otros documentos.

3. Objetividad y validez: Las afirmaciones deben basarse en datos e información válida.

4. Importancia y aportes al conocimiento: El documento hace aportes interesantes al estado del arte del objeto de estudio.

Información del autor

Los artículos deben ser enviados únicamente a través del sistema ojs (Open Journal System):

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

El autor de un artículo debe remitirlo con una carta en la cual indique su dirección, teléfono y correo electrónico vigente. Si el artículo es de varios autores, debe identificarse la contribución de cada autor al trabajo. Para el caso

de los informes de investigación, el investigador principal asumirá la responsabilidad sobre la integridad y confiabilidad de los datos acopiados. Si la autoría de un artículo es grupal, se debe designar uno o más autores para que asuman la responsabilidad en nombre del grupo. En este caso, los otros miembros no son autores, y se listan en los reconocimientos. Al presentar a consideración del Comité Editorial un artículo, su autor acepta que:

- En ningún caso recibirá pago por la inclusión de su documento en la publicación.
- No podrá presentar el mismo documento a consideración de comités de otras publicaciones hasta tanto no obtenga respuesta escrita de la decisión tomada en relación con la aceptación o rechazo de su artículo.
- De publicarse, su artículo se convierte en propiedad permanente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y no podrá ser publicado en otro medio sin permiso escrito de su autor y de la Universidad.

Proceso de elección y revisión de artículos

El procedimiento para la revisión y posterior elección de los artículos a incluir en la revista *Avances en Enfermería* es el siguiente:

1. Una vez sometidos a través del sistema ojs, todos los artículos remitidos al Comité Editorial son revisados inicialmente por el/la Editor/a Asistente para verificar que cumplan con los elementos formales que se solicitan en las *Instrucciones para los autores*. De no cumplir con estos criterios, el documento será rechazado para continuar con el proceso de evaluación. Si las falencias son mínimas, el manuscrito será enviado a su/s autor/es con indicación de corregirlas antes de seguir el proceso.
2. Si cumple con los requisitos formales, el documento será sometido al sistema anti-plagio de la revista y se le hará un exhaustivo seguimiento de las referencias bibliográficas, luego de lo cual el/los autor/es recibirá/n una notificación de recibido por medios electrónicos.
3. Acto seguido, el artículo se remite al Comité Editorial para que designe dos (2) pares evaluadores para su revisión, los cuales deben ser expertos en el tema

que trata el artículo. Si el artículo es evaluado positivamente por un evaluador y negativamente por otro, se designa uno tercero, y con base en su concepto se decide la inclusión del documento en la publicación. La identidad del autor de un artículo no se revela a los pares evaluadores y tampoco la de éstos al primero. El plazo para la emisión de conceptos que se dan a los pares evaluadores será de quince (15) días calendario y será notificada a cada par evaluador la fecha estimada de recepción del concepto.

4. Con base en los conceptos de los pares evaluadores, el Comité Editorial define si se publicará o no. En cualquiera de los casos, el autor recibe una comunicación electrónica en la que se le indican los conceptos de los pares evaluadores, se señala la decisión tomada y, de ser aceptado, se le informan las sugerencias y cambios a que haya lugar antes de publicar el artículo.
5. Recibidos los cambios hechos por el autor, el Comité Editorial remite el documento a un corrector de estilo o editor de documentos. Hecha la edición correspondiente, el artículo es devuelto al autor para que dé su aprobación en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles. El autor debe enviar la autorización y señalar con precisión los cambios que no acepta, puesto que con esto se hace responsable de todas las afirmaciones que haga en su artículo, incluyendo las que han sido sometidas a cambios por el/la corrector/a de estilo o Editor/a Asistente.
6. Si cinco (5) días hábiles después de la recepción del documento el autor no se pronuncia al respecto, el Comité Editorial asumirá que acepta los cambios editoriales que se hicieron sobre el manuscrito.
7. El autor debe enviar al Comité Editorial sus datos en el formato Publindex.

Requisitos para la presentación de artículos

La revista *Avances en Enfermería* y su contenido son propiedad de la Universidad Nacional de Colombia. Antes de remitir un documento, verifique que cumpla con las siguientes especificaciones:

- Certificados de Cesión de Derechos y Originalidad: los artículos deberán ser remitidos con una hoja de vida de los autores y una carta ma-

nifestando que los materiales para publicación son inéditos, es decir, originales, y que ceden todos los derechos patrimoniales del artículo a la Universidad Nacional de Colombia. Para esto, deben diligenciar los formatos en la lista de comprobación para la preparación de envíos, haciendo click en el siguiente enlace: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/about/submissions#authorGuidelines>

- El documento no debe excederse de las 5 000 palabras ni 25 páginas (7 000 palabras ni 30 páginas si es artículo de revisión) tamaño carta, debe estar escrito en letra Times New Roman tamaño 12, a doble espacio, con márgenes de 2,5 en los 4 lados. En el caso de artículos de revisión, no deben exceder las 7 000 palabras ni las 30 páginas.
- Las páginas del documento deben estar numeradas.

Portada

Título: Debe aparecer el *título*, el cual debe ser preciso, no tener más de 80 caracteres y venir en español, inglés y portugués. Dentro del texto no debe describirse la presentación del/los autor/es, sino incluirse en un archivo aparte y constar de: nombres y apellidos completos, formación académica, cargo actual e instituciones a las que está/n vinculado/s, dirección electrónica vigente para contactarlo/s, ciudad y país.

Resumen: El artículo incluirá un *resumen* en español, inglés y portugués y no debe contener más de 250 palabras. Debe plasmar el objetivo, los puntos centrales y las conclusiones del artículo. En caso de artículos originales, el resumen debe estar estructurado por los apartados Objetivo, Metodología, Resultados y Conclusiones. Para artículos de revisión, de reflexión y traducciones, el resumen debe incluir objetivo, síntesis del contenido y conclusión.

Palabras clave (o descriptores): Se deben incluir de 3 a 5 descriptores o palabras clave en el idioma original, que correspondan a los Decs (BIREME). Consultar: <http://decs.bvs.br>

Nota: El documento no debe señalar nombres comerciales de medicamentos, equipos o materiales, a menos que sea estrictamente necesario.

Ayudas y subvenciones

Si el trabajo es derivado de investigación se debe incluir el nombre de la investigación original. Para el caso de investigaciones que hayan tenido patrocinio o subvención de instituciones, se debe adicionar esta información.

Lineamientos generales para la estructuración y presentación de artículos originales (formato IMRYD)

1. Introducción: En esta sección el autor debe incluir el problema, el objetivo o propósito del estudio y la argumentación lógica.

2. Materiales y Métodos: Incluye el tipo de estudio, el fenómeno estudiado, las medidas, los análisis de datos y el proceso de selección de la muestra del estudio, especificando el tiempo y el lugar. También, instrumentos utilizados y métodos de análisis empleados. Si es el caso, los aspectos éticos contemplados en el estudio y la aprobación del Comité de Ética correspondiente.

3. Resultados: Deberán ser presentados en forma lógica, con las directrices del propósito y con las respuestas a la pregunta de estudio. Deben contener los datos y sus respectivos análisis. En el caso que se utilicen tablas, cuadros, gráficas e imágenes, éstos deben estar numerados de acuerdo a como han sido citados en el texto, contener su respectivo título, el cual será breve y claro, y la fuente de la información. Además, las gráficas, diagramas, imágenes, dibujos lineales, mapas y fotografías deberán presentarse en el programa original que se utilizó para elaborarlas (*Excel, Word, Power Point, Paint, etc.*).

4. Discusión: En ésta se destacarán las consideraciones nuevas y más importantes de la investigación, además de las conclusiones que de ella surjan. Deberá dar cuenta de las interpretaciones del autor y de las explicaciones en relación con sus hipótesis originales y con las fuentes bibliográficas estudiadas, las cuales deberán ser consistentes con la investigación. Podrá incluir las implicaciones para la práctica clínica y las recomendaciones para futuros estudios.

5. Referencias: La revista *Avances en Enfermería* sigue las orientaciones sobre referencias bibliográficas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, por lo cual se exige que el manuscrito se complemente estrictamente con las *Normas Vancouver*. Consultar: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

De acuerdo a los requerimientos de indexación en cuanto a la vigencia y calidad de la bibliografía, en la lista de referencias sólo se aceptará un 20% de la denominada “Literatura Gris” (libros, capítulos de libros, tesis, disertaciones, memorias, guías, informes, reportes, manuales, datos estadísticos, leyes, auto-citas, citas de otras citas, etc.), es decir: todas aquellas referencias que no provengan de artículos de investigación publicados en revistas indexadas. Así mismo, es necesario que las referencias de revistas indexadas procedan de artículos de no más de 5 años de publicación. El manuscrito enviado deberá tener el número mínimo de referencias exigido por la revista, conforme la sección (tipo de artículo) en la que se haya incluido. El Equipo de Redacción hará un exhaustivo seguimiento de estos requerimientos, resultado que determinará si el manuscrito continúa el proceso, si es necesario realizar ajustes de referencias o incluso si debe ser rechazado.

Las referencias bibliográficas deberán numerarse consecutivamente, entre paréntesis y en tamaño normal, de acuerdo al orden de aparición de las citas en el texto. A continuación se presentan ejemplos de la forma de presentación de los documentos y referencias respectivas:

- *Artículo de revista*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título del artículo. Título abreviado de la revista. Año; volumen (número); página inicial-final. Cuando el artículo tenga más de seis autores se escribirá después de éstos la abreviatura *et al.*
- *Libros y monografías*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título. Edición. Lugar de publicación (ciudad): editorial y año.
- *Capítulo de un libro*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es del capítulo. Título del capítulo. La palabra “En”: director/coordinador/editor/compilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad) : editorial; año. Página inicial del capítulo-página final del capítulo.
- *Ponencias*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es de la ponencia. Título de la ponencia. La palabra “En”: título oficial del congreso, simposio o seminario. Lugar de publicación: (ciudad) editorial; año. Página inicial-página final de la ponencia.
- *Artículo de revista en Internet*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es del artículo. Título del artículo. Título abreviado de la revista [revista en Internet]. Año [día mes (abreviado) año de consulta]; volumen(número); página inicial-final. “Disponible en: (URL o DOI)”
- *Libro o monografía en Internet*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título [documento en Internet]. Edición (excepto la primera). Lugar de publicación (ciudad): Editorial; fecha de publicación [día mes (abreviado) año de última actualización; día mes (abreviado) año de consulta]. “Disponible en: (URL o DOI)”
- *Material audio visual*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título (CD-ROM, DVD, disquete, según el caso) Edición. Lugar de edición: (ciudad) editorial; año.
- *Documentos legales*: Nombre completo del país de emisión. Nombre de la institución que lo emite. Título de la ley o el decreto, nombre/número del boletín oficial. Fecha de publicación.
- *Tesis de doctorado/maestría*: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título de la tesis [tesis de maestría/doctorado]. Lugar de publicación (ciudad): editorial (institución); año.
- *Material no publicado*: hace referencia a los artículos ya aceptados pero pendientes de publicación. El formato es: apellido y dos iniciales del/los nombre/s del/los autor/es. Título. Nombre de la publicación. “En prensa”. Fecha.

Política editorial

Ética na publicação científica

A revista *Avances en Enfermería* define os seguintes critérios e recomendações relacionadas com a ética na publicação de artigos científicos:

1. Critérios gerais

- 1.1. Os manuscritos devem conter suficiente detalhe e referências que permitam replicar ou rebater o estudo.
- 1.2. As declarações fraudulentas ou deliberadamente inexatas constituem um comportamento antiético.
- 1.3. Se o estudo incluir produtos químicos, procedimentos ou aparelhos que apresentam qualquer risco inusual inerente a seu uso, o autor deve identificá-los claramente no interior do artigo.
- 1.4. Se o estudo implicar o uso de animais ou de seres humanos, o autor deve garantir que o artigo contenha uma declaração que explicita que se realizaram todos os procedimentos de conformidade com as diretrizes e com a normativa ética.
- 1.5. Devem respeitar-se os direitos de privacidade dos seres humanos.

2. Autoria

Critérios:

- 2.1. Um *autor* é a pessoa que fez uma contribuição intelectual significativa ao estudo. Desta maneira, todas as pessoas nomeadas como *autores* devem reunir os requisitos de autoria e todos aqueles que os reúnem devem ser mencionados de forma explícita.
- 2.2. Devem se cumprir coletivamente três critérios básicos para ser reconhecido como autor:

- a) Contribuição substancial à conceção e ao desenho, aquisição de dados, análises e interpretação do estudo.
 - b) Redação ou revisão do conteúdo intelectual.
 - c) Aprovação da versão final.
- 2.3. A ordem da autoria deve ser uma decisão conjunta dos coautores.
 - 2.4. As pessoas que participem em um estudo, mas que não se ajustem aos critérios de autoria, devem aparecer como *colaboradores* ou *pessoas reconhecidas*.
 - 2.5. Há três tipos de autorias que se consideram inaceitáveis: autores *fantasma*, que contribuem substancialmente, mas não são reconhecidos —são frequentemente pagados por promotores comerciais—; autores *convidados*, que não fazem nenhuma contribuição discernível, mas que são nomeados para aumentar as possibilidades de publicação; e autorias *honorárias*, que se baseiam unicamente em uma afiliação tênue com um estudo.

Recomendações:

- 2.6. Antes de começar a pesquisa, recomenda-se documentar a função e a maneira como se reconhecerá a autoria de cada pesquisador.
- 2.7. Não se deve mentir acerca da participação de uma pessoa na pesquisa ou publicação. Se sua contribuição for considerada *substancial*, justifica-se a autoria, bem seja como *autor* ou como *colaborador*.
- 2.8. Não se deve atribuir uma autoria sem contar com o consentimento da pessoa.
- 2.9. Todas as pessoas nomeadas como autores devem reunir os requisitos de autoria e todos aqueles que reúnem os requisitos devem aparecer como autores ou colaboradores.
- 2.10. Alguns grupos colocam os autores por ordem alfabética, às vezes com uma nota para explicar que todos os autores fizeram contribuições iguais ao estudo e a publicação.

3. Mudanças na autoria

Critérios:

- 3.1. Faz referência à adição, supressão ou reorganização dos nomes de autor na autoria de um artigo aceito.
- 3.2. As petições de acrescentar ou eliminar um autor, ou para reorganizar os nomes dos autores, devem ser enviados pelo autor correspondente do artigo aceito e devem incluir:
 - a) A razão pela qual deve ser adicionado ou eliminado, ou os nomes dos autores reorganizados.
 - b) A confirmação por escrito (via *e-mail*) de todos os autores que concordam com a adição, supressão ou reorganização. No caso de adição ou eliminação dos autores, deve se incluir a confirmação de que o autor seja adicionado ou eliminado.

4. Conflito de interesses

Critérios:

- 4.1. Quando um pesquisador ou autor tiver alguma opinião, interesse financeiro/pessoal que puder afetar sua objetividade ou influir de maneira inapropriada em seus atos existe um possível *conflito de interesses*. Os conflitos podem ser reais ou potenciais.
- 4.2. Os conflitos de interesses mais evidentes se associam às relações financeiras, que podem ser:
 - a) *Diretas*: emprego, propriedade de ações, bolsas, patentes.
 - b) *Indiretas*: honorários, assessorias a organizações promotoras, propriedade de fundos de investimento, testemunho como especialista pago.
- 4.3. Os conflitos também podem existir como resultado de relações pessoais, a competência acadêmica e a paixão intelectual. Por exemplo, um pesquisador que tenha:
 - a) Algum tipo de interesse pessoal nos resultados da pesquisa.
 - b) Opiniões pessoais que estão em conflito direto com o tema que se estiver pesquisando.

Recomendações:

- 4.4. Revelar caso estiver em algum conflito real ou potencial de interesses que influa de forma inapropriada nos achados ou resultados do trabalho apresentado, dentro dos três anos de ter começado o trabalho apresentado, que poderiam influir indevidamente —enviesar— o trabalho.
- 4.5. Revelar o papel de um ou vários promotores do estudo —caso houverem—, no desenho de estudo, na recopilação, análise e interpretação dos dados, na redação do informe e na decisão de apresentar o documento para sua publicação.
- 4.6. Os pesquisadores não devem chegar a acordos que interfiram com seu acesso a todos os dados e sua capacidade de analisá-los de forma independente; também não de preparar e publicar os manuscritos.
- 4.7. Ao apresentar um documento, deve-se fazer uma declaração —com o cabeçalho “Papel que teve a fonte de financiamento”— em uma seção separada do texto e colocar-se antes da seção *Referências*.
- 4.8. Alguns dos exemplos de possíveis conflitos de interesses que devem ser revelados incluem empregos, consultoria, propriedade de ações, honorários, testemunho de perito remunerado, solicitações de patentes/registros e subvenções ou outros financiamentos.
- 4.9. Todas as fontes de apoio financeiro para o projeto devem ser reveladas.
- 4.10. Deve-se descrever o papel do patrocinador do estudo.

5. Publicação duplicada

Critérios:

- 5.1. Os autores têm o compromisso de comprovar que seu artigo seja baseado em uma pesquisa original, ou seja: nunca publicada com anterioridade. O envio ou reenvio internacional de seu trabalho a outra publicação, gerando uma duplicação, é considerada um incumprimento da ética editorial.
- 5.2. Produz-se uma publicação duplicada ou múltipla quando dois ou mais artigos, sem se fazer referências entre si, compartilham essencialmente as mesmas hipóteses, dados, pontos de discussão ou conclusões. Isto pode ocorrer em diferentes graus: duplicação literal, duplicação parcial, mas substancial ou inclusive duplicação mediante parafraseio.

- 5.3. Um dos principais motivos pelos quais a publicação duplicada de pesquisas originais considera-se não ético é porque pode gerar uma *ponderação inadequada* ou uma *dupla recontagem involuntária* dos resultados de um estudo único, o que distorce as provas disponíveis.

Recomendações:

- 5.4. Os artigos enviados para sua publicação deverão ser originais e não deverão enviar-se a outra revista. No momento do envio, os autores deverão revelar os detalhes dos artigos relacionados —também quando estiverem em outro idioma—, artigos similares na imprensa e traduções.
- 5.5. Ainda que um artigo enviado esteja sendo revisado, é preciso indagar por seu estado, tomar a decisão de continuar ou não com o processo e caso decidirem retirá-lo, entrar em contato com outra revista só caso a primeira editorial não publicar o artigo.
- 5.6. Evite enviar um artigo previamente publicado em outra revista.
- 5.7. Evite enviar artigos que descrevam, essencialmente, a mesma pesquisa a mais de uma revista.
- 5.8. Indique sempre os envios anteriores —incluídas as apresentações de reuniões e a inclusão de resultados em registros— que pudessem considerar-se uma publicação duplicada.
- 5.9. Evite escrever sobre sua própria pesquisa em dois ou mais artigos, desde diferentes ângulos ou sobre diferentes aspectos da pesquisa, sem mencionar o artigo original.
- 5.10. Considera-se uma conduta não recomendável criar várias publicações a partir de pesquisas não multicêntricas.
- 5.11. Deseja-se enviar seu artigo a uma revista que se publique em um país diferente ou em um idioma diferente, solicite informação à editorial e as diretrizes que ao respeito possam existir.
- 5.12. No momento do envio, indique todos os detalhes de artigos relacionados em um idioma diferente e as traduções existentes.

6. Reconhecimento das fontes

Critérios:

- 6.1. Os autores devem citar as publicações que sejam influentes na determinação da natureza do trabalho apresentado.
- 6.2. A informação obtida de forma privada não deve ser usada sem permissão explícita da fonte.
- 6.3. A reutilização das tabelas e figuras requer da permissão do autor e da editorial, o que deve mencionar-se adequadamente na legenda da tabela ou da figura.
- 6.4. A informação obtida no transcurso de serviços confidenciais, como manuscritos para arbitragem ou solicitações de subvenção, não deve ser utilizada sem a permissão explícita e por escrito do autor da obra involucrada nestes serviços.

7. Fraude científica

Critérios:

- 7.1. A fraude na publicação científica refere-se à apresentação de dados ou conclusões falsos ou que não foram gerados através de um processo rigoroso de pesquisa.
- 7.2. Existem os seguintes tipos de fraude na publicação de resultados de pesquisa:
- Fabricação de dados: invenção de dados e resultados de pesquisa para depois comunicá-los.
 - Falsificação de dados: a manipulação de materiais de pesquisa, imagens, dados, equipe e processos. A falsificação inclui a modificação ou omissão de dados ou resultados de tal forma que a pesquisa não se representa de uma forma precisa. Uma pessoa poderia falsificar dados para adequá-la ao resultado final desejado de um estudo.

Recomendações:

- 7.3. Antes de realizar o primeiro envio de um artigo, leia cuidadosamente as políticas editoriais e de dados da revista.
- 7.4. Nunca modifique ou omita dados de forma intencional. Isto inclui materiais de pesquisa, métodos de análises, processos, aparelhos, tabelas, citações e referências bibliográficas.

- 7.5. Tanto a fabricação como a falsificação de dados são formas de conduta incorreta e grave, porque as duas resultam em publicações científicas que não refletem com precisão a verdade observada.
- 7.6. O autor deve fazer uma gestão adequada dos dados que suportam a pesquisa, levando especial cuidado na recopilação, produção, conservação, análises e comunicação dos dados.
- 7.7. Mantenha registros minuciosos dos dados em bruto ou não tratados, os que deverão ser acessíveis, caso um editor os solicitar, inclusive depois de publicado o artigo.
- 8.7. Mantenha um registro das fontes utilizadas ao pesquisar e onde foram usadas em seu artigo.
- 8.8. Certifique-se de reconhecer completamente e citar de forma adequada a fonte original em seu artigo.
- 8.9. Quando faça referência à fonte, evite utilizar o trabalho de outras pessoas palavra por palavra, exceto que o faça entre aspas e só se é estritamente necessário.
- 8.10. O parafraseado só se aceita se indicar-se corretamente a fonte e se garante de não mudar o significado da intenção da fonte.

8. Plágio

Critérios:

- 8.1. O plágio é uma das maneiras mais comuns de conduta incorreta nas publicações. Acontece quando um dos autores faz passar como próprio o trabalho de outros sem a permissão, menção ou reconhecimento. O plágio se apresenta sob formas diferentes, desde a cópia literal até o parafraseado do trabalho de outra pessoa, incluindo dados, ideais, conceitos, palavras e frases.
- 8.2. O plágio tem diferentes graus de gravidade, por exemplo:
 - a) Que quantidade do trabalho de outra pessoa se tomou —várias linhas, parágrafos, páginas, o artigo inteiro—.
 - b) Que é o que foi copiado —resultados, métodos ou seção de introdução—.
- 8.3. O plágio em todas suas formas constitui uma conduta não ética no âmbito editorial e acadêmico, o que é inaceitável.
- 8.4. A cópia literal só é aceitável se indica-se a fonte e inclui o texto copiado com os signos de citação adequados.

Recomendações:

- 8.5. Lembre-se sempre que é essencial reconhecer o trabalho de outros —incluindo o trabalho de seu assessor ou seu trabalho prévio— como parte do processo.
- 8.6. Não reproduza um trabalho palavra por palavra, em sua totalidade ou em parte, sem autorização e menção da fonte original.

- 8.11. Inclua entre aspas e cite todo o conteúdo que tenha tomado de uma fonte publicada anteriormente, inclusive se o estiver dizendo com suas próprias palavras.

9. Fragmentação

Critérios:

- 9.1. A *fragmentação* consiste em dividir ou segmentar um estudo grande em duas ou mais publicações.
- 9.2. Considera-se uma prática inaceitável que os *fragmentos* de um estudo dividido compartilhem as mesmas hipóteses, amostra e métodos.
- 9.3. O mesmo *fragmento* não se deve publicar mais de uma vez. O motivo é que a fragmentação pode dar lugar a uma distorção da literatura, fazendo crer equivocadamente aos leitores que os dados apresentados em cada *fragmento* —ou seja: *cada artigo*— derivam-se de uma amostra de sujeitos diferentes. Isto não somente envia a base de dados científica, senão que também cria uma repetição ambígua aos editores e revisores, que devem ocupar-se de cada trabalho por separado. Além disso, permite que se infle o número de referências onde aparece citado o autor.

Recomendações

- 9.4. Evite fracionar inapropriadamente os dados de um só estudo em dois ou mais trabalhos.
- 9.5. Quando apresentar um trabalho, seja transparente no processo. Isto inclui manuscritos publicados, enviados recentemente ou já aceitados.

10. Consentimento informado

- 10.1. Os estudos sobre pacientes ou voluntários requerem a aprovação de um comitê de ética.
- 10.2. O consentimento informado deve estar devidamente documentado.
- 10.3. As permissões e as liberações devem ser obtidas quando um autor deseje incluir detalhes de caso ou outra informação pessoal, ou imagens dos pacientes e qualquer outra pessoa.
- 10.4. Deve se levar cuidado com a obtenção do consentimento respeito aos participantes, em particular com a população vulnerável. Por exemplo: quando uma criança tem necessidades especiais ou problemas de aprendizagem. Deve lembrar-se que o uso de fotografias dos participantes ou declarações explícitas —partes de entrevistas— devem contar com a autorização por escrito dos envolvidos ou seus responsáveis legais.

11. Correção de artigos publicados

Critério:

- 11.1. Quando um autor descobre um erro ou uma inexactidão significativa no trabalho publicado, é obrigação do autor notificar imediatamente à revista e cooperar no processo de correção.

Bibliografía

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

Elsevier. "Autoría. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0010/183394/ETHICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf.

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

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

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

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

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

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

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

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

Instruções para os autores

A revista *Avances en Enfermería* da Universidad Nacional de Colombia é publicada cada quatro meses e recebe artigos em espanhol, português e inglês. Se quiser enviar artigos para publicação, deve levar em conta os aspectos relativos ao processo:

Tipos de artigos para publicação (segundo Colciencias)

1. Artigo de pesquisa científica e tecnológica. Documento original que apresenta detalhadamente os resultados originais de projetos de pesquisa. A estrutura geralmente utilizada inclui quatro partes fundamentais: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusões. Número mínimo de referências: 25.

2. Artigo de reflexão. Documento que apresenta resultados de pesquisa desde uma perspectiva analítica, interpretativa ou crítica do autor, sobre uma questão específica, utilizando fontes originais. Número mínimo de referências: 25.

3. Artigo de revisão. Documento que decorre de uma pesquisa onde se analisam, sistematizam e integram resultados de pesquisas publicadas ou não publicadas, sobre um campo científico ou tecnológico, visando informar sobre os avanços e as tendências de desenvolvimento nesse campo. A característica principal consiste em apresentar uma cuidadosa revisão bibliográfica de pelo menos 60 referências.

Outras contribuições não derivadas de pesquisas

1. Editorial. Documento escrito pelo/a Editor/a Chefe, um/a Editor/a, um membro do Comitê Editorial ou um/a pesquisador/a convidado/a, sobre orientações dentro do campo temático da revista.

2. Documento de reflexão não derivado de pesquisa. Documento tipo ensaio não decorrente de pesquisa, emprega a perspectiva analítica interpretativa ou crítica do autor sobre um tema específico a partir de fontes originais. Número mínimo de referências: 25.

3. Relatório de caso (Situações de enfermagem). Documento que apresenta os resultados de um levantamento sobre uma situação especial a fim de dar a conhecer as experiências técnicas e metodológicas consideradas para um caso específico. Inclui uma revisão sistemática comentada da literatura sobre casos análogos. Número mínimo de referências: 15.

4. Tradução. Traduções de textos clássicos ou atuais ou transcrições de documentos históricos ou de interesse específico no âmbito da publicação da revista.

5. Resenha bibliográfica. Síntese concreta com uma visão crítica de uma publicação estilo livro que descreve a importância, os aspectos destacados e os aportes particulares da publicação.

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.

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.