



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

Gloria Mabel Carrillo
DIRECTORA DE LA UNIDAD ACADÉMICA
BÁSICA DE ENFERMERÍA

Carolina Lucero Enríquez Guerrero
DIRECTORA DE LA UNIDAD ACADÉMICA
BÁSICA DE SALUD DE COLECTIVOS

Virginia Inés Soto Lesmes
DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN

Luz Mery Hernández
DIRECTORA DEL ÁREA CURRICULAR DE
ENFERMERÍA Y DIRECTORA DE CARRERA

Oneys de Arco Canoles
DIRECTORA DEL ÁREA CURRICULAR DE
SALUD DE COLECTIVOS

Sandra Liliana Rojas
DELEGADA DEL CONSEJO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

Fred Gustavo Manrique Abril
REPRESENTANTE PROFESORAL

Alejandro Morales Sarmiento
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL DE
PREGRADO (SALIENTE)

Diana Valentina Jiménez Gómez
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL DE
PREGRADO (ENTRANTE)

Lorena Chaparro Díaz
SECRETARÍA DE FACULTAD

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 Oguiso, 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

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

EDITORES ASOCIADOS

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

EQUIPO EDITORIAL

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

Angélica María García Pedraza
APOYO TÉCNICO

**Indexada y registrada en/Indexado 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 B

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. Francisca Cecília Rocha**
Universidade do Vale do Paraíba, Brasil
- Dra. María Alonso Castillo**
Universidad Autónoma de Nuevo León, México
- Esp. Fernando Lundgren**
Hospital Otavio de Freitas, Brasil
- Prof. Edinson Fabián Ardila Suárez**
Universidad de Antioquia, Colombia
- Dr. Fernando Riegel**
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
- Mg. Guadalupe María Henao**
Universidad de Caldas, Colombia
- Dra. Cilia Mejia-Lancheros**
University College Dublin, Irlanda
- Mg. Luis Antonio Daza Castillo**
Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Colombia
- Prof. Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo**
Secretaria da Saúde de Sobral, Brasil
- Mg. Dianne Sofia Gonzalez Escobar**
Universidad Francisco de Paula Santander, Colombia
- Dra. Ana Ligia Escobar Tobón**
Universidad de Antioquia, Colombia
- Dra. Marta Fuentes**
Universidade Estadual de Campinas, Brasil
- Mg. Fernanda Lise**
Universidade Federal de Pelotas, Brasil
- Dra. Sandra Milena Franco Idárraga**
Universidad de Caldas, Colombia
- Mg. Claudia Patricia Bonilla Ibáñez**
Universidad del Tolima, Colombia
- Mg. Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão**
Universidade Estadual do Maranhão, Brasil
- Mg. Gabriela Silva dos Santos**
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
- Dra. Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio**
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
- Dra. Sabrina Ayd Pereira Jose**
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
- Dr. Raphael Mendonça Guimarães**
Fundação Oswaldo Cruz, Brasil
- Mg. Vilma Tamara Ortiz Nieves**
Universidad Mariana, Colombia
- Dra. Lucía Caudillo-Ortega**
Universidad de Guanajuato, México
- Dra. Rosa Amelia Estrada-Acuña**
Temple University, Estados Unidos de América

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 3 septiembre - diciembre 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

271 **Disciplina, profesión y transformación**

Ricardo Ayala

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

275 **Violência contra mulheres idosas segundo o modelo ecológico da violência**

Violencia contra mujeres adultos mayores según el modelo ecológico de la violencia

Violence against older adult women according to the ecological model of violence

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, Suelen Borelli Lima Giacomini, Jack Roberto Silva Fhon, Luípa Michele Silva, Vanessa Costa Almeida, Fernanda Laporti Seredynskyj

284 **Different anthropometric indicators of central obesity can predict hypertension in older adults**

Diferentes indicadores antropométricos de obesidad central pueden predecir la hipertensión en ancianos

Diferentes indicadores antropométricos de obesidade central podem predecir a hipertensão em idosos

Vilmery Silva Novaes, Rafael da Silva Passos, Ícaro José Santos Ribeiro, Ivna Vidal Freire, Ludmila Schettino, Claudineia Matos de Araújo, Cezar Augusto Casotti, Rafael Pereira

293 **Perfil de termorregulação e desfecho clínico em pacientes críticos com sepse**

Perfil de termorregulación y desenlace clínico en pacientes críticos con sepsis

Thermoregulation profile and clinical outcome in critical patients with sepsis

Flávia Corrêa, Laura Menezes Silveira, Nátali Artal Padovani Lopes, Antônio Ruffino-Netto, Angelita Maria Stabile

303 **Atenção integral à comunidade: autoavaliação das equipes de saúde da família**

Atención integral de la comunidad: autoevaluación de los equipos de salud familiar

Full care for community: self-assessment of family health teams

Cássio de Almeida Lima, Kênia Souto Moreira, Brunna Cristina Silva Barbosa, Raimundo Lelis de Souza Junior, Mânia de Quadros Coelho Pinto, Simone de Melo Costa

313 **Sentido de coherencia y estilo de vida promotor de salud en estudiantes del noroeste de México**

Senso de coerência e estilo de vida promotor de saúde em estudantes do noroeste do México

Sense of coherence and health-promoting lifestyle in northwest Mexico students

Blanca Escobar-Castellanos, Patricia Cid-Henriquez, Katia Sáez-Carrillo, Valerie Raquel Buelna-Barrueta, Dania Judith Contreras-Murrieta, Brian Jesús Godínez-Morales, Francisco Franco-García

323 **Vivências de jovens em terapia antirretroviral para o HIV: estudo fenomenológico**

Experiencias de jóvenes en terapia antirretroviral para el VIH: un estudio fenomenológico

Young people's experiences in antiretroviral therapy for HIV: a phenomenological study

Érika Eberlline Pacheco dos Santos, Aline Cammarano Ribeiro, Tassiane Ferreira Langendorf, Cristiane Cardoso de Paula, Stela Maris de Mello Padoin

333 **Itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de colo de útero na Bahia, Brasil**

Itinerarios terapéuticos de mujeres con neoplasias del cuello uterino en Bahía, Brasil

Therapeutic itineraries of women with cervical neoplasms in Bahia, Brazil

Daniela Arruda Soares, Jamille Aurea Batista, Danielle Judite Silva Santos, Shirley Batista Oliveira, Glória Luiza Ferreira Cavalcante, Margarete Costa Santos

343 **Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: percepções dos profissionais em enfermagem**

Salud sexual y reproductiva de adolescentes: percepciones de los profesionales en enfermería

Sexual and reproductive health of adolescents: perceptions of nursing professionals

Graciela Dutra Sehnem, Bruna Tarasuk Trein Crespo, Jussara Mendes Lipinski, Aline Cammarano Ribeiro, Laís Antunes Wilhelm, Jaqueline Arboit

ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN

353 **Medidas de protección respiratoria de tuberculosis en personal de salud: revisión integrativa**

Medidas de proteção respiratória de tuberculose no pessoal de saúde: revisão integrativa

Respiratory protection measures anti-tuberculosis in health personnel: integrative review

Alba Idaly Muñoz-Sánchez, Carolina Antolínez-Figueroa

364 **Fatores de risco associados à exposição de adolescentes à violência sexual**

Factores de riesgo asociados a la exposición de adolescentes a la violencia sexual

Risk factors associated with adolescent exposure to sexual violence

Valesca Patriota de Souza, Tarcila Lima de Alcântara Gusmão, Waldemar Brandão Neto, Tatiane Gomes Guedes, Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Disciplina, profesión y transformación

1 Ricardo Ayala

Ghent University, Department of Sociology (Gante, Bélgica).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7840-1072>
Correo electrónico: RicardoAlexis.AyalaValenzuela@UGent.be

Cómo citar: Ayala R. Disciplina, profesión y transformación. *Av Enferm.* 2019; 37(3), 271-274. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.82346>

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.82346>

El presente número de *Avances en Enfermería* se despliega en medio de un clima de transición. Asistimos a una evidente reformulación de las narrativas profesionales, luego de varias décadas de un énfasis notorio en lo monoprofesional, a un compás marcado por la institucionalización de la disciplina de enfermería en la región.

Para efectos de este editorial, emplearé el término 'institucionalización' (1) como la organización de departamentos de enfermería en universidades, la producción de doctores/as en enfermería, la realización regular de congresos disciplinares y la creación de revistas académicas en el rubro. Este proceso de institucionalización sirve a dos propósitos: facilita la creación de enfoques que permiten orientar y fortalecer el carácter científico de la práctica, y hace posible instalar la enfermería como disciplina dentro del sistema científico. En lenguaje sociológico, diríamos que esto corresponde a un proceso continuo de diferenciación (2) desde otros marcos epistémicos (v. g. medicina, sociología, psicología), aunque como el debate sobre teorización en enfermería ha dejado de manifiesto, la disciplina enfermera es un campo ecléctico en que convergen otras varias disciplinas. No es un campo puramente social (v. g. los tejidos y humores corporales existen y se trabaja con ellos); pero tampoco es puramente biológico (v. g. los tejidos y humores corporales en ausencia del individuo no tendrían sentido en el *ethos* de la enfermería).

Por tanto, la diferenciación disciplinar no es completa, ni mucho menos uniforme, sino bastante heterogénea. Varía según el enfoque conceptual y, sin duda, también según los proyectos políticos en que se basa, y desde luego, según su inserción –total o parcial– en la academia comparativamente entre países.

Cabe notar además que, aunque en el lenguaje corriente se los emplea como sinónimos, disciplina y profesión son dos conceptos distintos (3). Mientras que una profesión representa un campo ocupacional (v. g. un grupo organizado en función de un área de trabajo), una disciplina corresponde a un sistema de representaciones (v. g. conceptos, teorías, postulados, modelos). Esta es una diferencia muy clara en el mundo científico, por lo cual me parece importante tenerla en mente al referirnos a la diferenciación disciplinar.

La idea de disciplina remite al estudio sistemático de un área, a determinados enfoques, métodos, conceptos y tradiciones que una comunidad considera apropiados, y que finalmente definen una perspectiva o forma 'disciplinar' de entender el mundo y un área de interés definida. La academia en su conjunto opera como una forma de organización del conocimiento (representada por los departamentos), a menudo agrupadas por áreas del saber (por lo general, contenidas en las facultades). El sistema científico, entonces, corresponde a un ordenamiento conformado por disciplinas (4), que a su vez conforma un formato organizacional a través del cual las comunidades académicas se institucionalizan; habiendo también muchos otros mecanismos institucionales que refuerzan la producción del saber 'por disciplinas' (v. g. los sistemas de indexación, los esquemas de financiamiento, etc.).

Dado que nuestra era ha estado marcada por este proceso de institucionalización, el segmento más joven de nuestros(as) lectores(as) podría tener la impresión de que las disciplinas han existido 'desde siempre' y que continuarán existiendo 'hasta el fin de los días'. Sin embargo, hemos de considerar que las disciplinas no son sino el resultado de un

tiempo histórico de crecimiento de las universidades y de su reorganización interna, particularmente a partir del periodo de posguerra, proceso que progresaría durante la segunda mitad del siglo XX. Todo lo que hayamos podido atestiguar en persona de este proceso probablemente sea solo una pequeña porción de la curva de crecimiento. Y aunque la curva varía entre disciplinas, parece relevante subrayar que el modelo de disciplinas ha demostrado ser muy limitado en cuanto a su capacidad de anticipar y explicar los fenómenos cada vez más complejos e intrincados de este siglo. En algunos casos, no hemos sido capaces de prever las grandes crisis. En tantos otros, no hemos tenido la capacidad de responder efectivamente con los dispositivos disponibles. Y ahí paramos, perplejos.

También en salud, la especialización ha propiciado la diferenciación de un número inusitado de profesiones, en tanto las universidades han acogido las disciplinas nacientes con la retórica –muy noble, por cierto– de incrementar significativamente la base científica de los profesionales, y según el supuesto –promisorio, sin duda– de que el modelo disciplinar opera efectivamente como una herramienta de construcción de conocimiento nuevo. Aunque el objetivo de este editorial no sea el explorar hasta qué punto eso en verdad ocurre, lo que intento enfatizar es la naturaleza de las disciplinas como institución.

Cuando hablo de la crisis de las disciplinas (5) me refiero a la insuficiencia de este patrón de organización del conocimiento. Uno de los principales aspectos que restringen su efectividad, reconocido desde hace más de una centuria, es que los problemas de la sociedad contemporánea no obedecen a una causa única, sino a una multiplicidad de causas –y de factores que, sin ser causas, median la causalidad– y, lo que es más, que las causas suelen ser también interdependientes, haciendo que un problema sea lógicamente imposible de subdividir.

No obstante esta gran dificultad inicial, esta forma de organización ha sido difícil de reformular, ya que, en cierto sentido, las disciplinas operan también como un mecanismo de cohesión y de identidad cultural de comunidades científicas y profesionales. Una disciplina puede generar (o al menos conservar) cierto conocimiento, pero también retener y proteger ciertos valores, creencias y posturas sociopolíticas. Una manifestación temprana de este efecto en la enfermería fue la visión normativa de la disciplina (6), muy domi-

nante en los años setenta y ochenta; en otras palabras, que la disciplina *debe* controlar la profesión (y no al revés), decidir sus dispositivos de trabajo, definir su terminología y supervigilar la dirección en que evoluciona.

Mientras que esa normatividad ha experimentado un fuerte declive en décadas posteriores, es aún manifiesto el valor simbólico de las disciplinas como ideologías ante una comunidad dada. Por ejemplo, la creación de una disciplina en áreas como enfermería, educación y trabajo social –al contrario de medicina y abogacía– ha cumplido una función reivindicativa en un sistema científico históricamente dominado por grupos masculinos y, por ende, la existencia de un cuerpo disciplinar se usa a menudo para indicar que el trabajo en tales áreas no es una mera expresión de abnegación y entrega, sino de conocimientos sistemáticos.

En este caso, la disciplina integra un proyecto ‘profesionalizante’ que procura estima social, altitud política y madurez científica, pero en un sentido más amplio, también, liberarse de la opresión masculina. Generaciones previas de enfermeras académicas fueron enfáticas en concentrar esfuerzos para legitimar la disciplina de enfermería, por cuanto en muchas áreas geográficas el resultado no fue sino el avance y consolidación de su institucionalización. Y, como todas las reivindicaciones, esta estuvo marcada por una serie de pequeñas victorias. Una a la vez.

En tanto avanza nuestro siglo, la reivindicación parece aún importante. Pero no es lo único. El foco reivindicativo nos ha hecho postergar, tal vez, la más fundamental de las funciones de las disciplinas en el sistema científico: diferenciar lo verdadero de lo falso. Esta función separa a la ciencia de otras formas de conocimiento. Las disciplinas producen unidades de conocimiento y las transforman en discursos científicos coherentes y articulados. Y si volvemos la mirada desde la reivindicación a la función primaria de la ciencia, nos encontramos hoy con que el conocimiento, como elemento abstracto, ya no discurre por patrones disciplinares convencionales y que las fórmulas del pasado parecen ahora menos adecuadas a la complejidad de los problemas actuales. Precisamente, por habitar en una sociedad que a menudo denominamos ‘del conocimiento’ (7) es que se han hecho necesarios nuevos modos de producción, aplicación y transferencia del conocimiento, empleando cada vez más canales de polinización

cruzada entre disciplinas y con sistemas extrauniversitarios, de modo de abrir mecanismos de innovación, más que de mera reproducción.

Un ejemplo de estas formas de producción del conocimiento es la transición de las disciplinas a los 'estudios' (8) (v.g. de género, sociales de la ciencia, decoloniales, culturales, etc.), en que lo relevante no es la perspectiva singular de una disciplina en particular, sino la configuración de un problema como un campo de aplicación en que convergen distintas perspectivas disciplinares. Otro ejemplo es la triada, cada vez más común, que conforman la universidad, la industria y el gobierno, con énfasis en la transferencia del conocimiento y la innovación.

En este contexto de complejidad y continua especialización, consideremos que las disciplinas, por su parte, han dejado de ser entidades homogéneas. Por cada disciplina hay, al menos, dos grandes subfamilias. En jurisprudencia conviven el derecho público y el derecho privado. En medicina, la rama de cirugía y la de medicina interna. En enfermería, la salud colectiva y los cuidados intramuros. Pero, a su vez, cada una de estas subfamilias se subdivide en otras tantas sub-sub-familias –aunque sea de manera informal– las que suelen también subdividirse, sea por expansión, por conflictos o por cambios en el entorno. Y la partición prosigue.

En este modelo algorítmico de subdivisión permanente –que podemos denominar 'fractal'– (4) llegará un momento en que una sub-sub-familia tendrá cada vez menos en común con la disciplina de origen, la que puede estar a varios grados de separación en el algoritmo. A la inversa, la sub-sub-familia tendrá mucho más en común con una sub-sub-familia de una disciplina vecina, con la cual se compartirán métodos, enfoques, conceptos, afectos y hasta un cierto posicionamiento existencial. Aquí tenemos, por caso, la filosofía jurídica (muy distante de la práctica de la litigación), la medicina narrativa (probablemente como alternativa a la medicación), la antropología social (a veces indiferenciable de la sociología cualitativa) o la enfermería intercultural (inserta entre la etnología y la investigación-acción). Como señalaba antes, la identidad de estas sub-sub-familias vecinas tiende a crear una diferenciación grupal que antes no existía y una intercambiabilidad flexible de métodos y conceptos.

Por supuesto, esta es una imagen muy elemental de polinización interdisciplinar. La realidad de

la ciencia es mucho más compleja. No obstante, ocurre con base en patrones que se reproducen a sí mismos y, en consecuencia, tienden a desdibujar los géneros disciplinares tradicionales. Esto no quiere decir que hayan desaparecido, pero sí que han experimentado un notorio declive dentro del sistema científico, proceso en el cual se pueden identificar varias crisis: la crisis de la representación, las crisis económicas, la crisis de las instituciones y, entre ellas, sin duda, la crisis de la hegemonía masculina. Pero como muestra la historia, las crisis son a la vez rupturistas y generativas, pues de cierta manera marcan un giro entre lo que hemos hecho hasta ahora y lo que haremos en el futuro. Dado este proceso de transformación científica es que nos encontramos ahora en medio de una transición a un mosaico de formas de producción del saber.

Parte del proceso de institucionalización, *Avances en Enfermería* vino a ofrecer un medio de expresión disciplinar desde principios de los años ochenta (9), como muestran también el tono y contenido de muchas de sus secciones editoriales subsiguientes. Pero a la vez, es evidente además una vocación interdisciplinar implícita en gran parte de los artículos de investigación, lo que bien puede dar cuenta de la transición en el saber, tanto como del eclecticismo que caracteriza la investigación en enfermería, sea en sus conceptos, o en sus enfoques o en sus métodos.

El número que está a punto de leer es un arquetipo de la interacción entre disciplinas en el proceso investigativo. Por supuesto, esto no ocurre simplemente en virtud de los proyectos que se llevan a cabo o de los artículos que se reciben. Ocurre también gracias a la convicción de un equipo editorial que comprende que la investigación interdisciplinar puede aportar resultados que las disciplinas por sí solas no podrían.

Como sinopsis de los artículos que componen este número comentaré que Rodrigues *et al.* reportan los resultados de un estudio sobre envejecimiento y violencia empleando un marco analítico de salud pública, mientras que metodológicamente utilizan una técnica de investigación social. Corrêa *et al.*, en tanto, se apoyan fuertemente en conceptos físicos y fisiológicos para desarrollar su estudio sobre termorregulación; mientras que el trabajo de Novaes *et al.* sobre obesidad se sitúa en el ámbito de la medicina interna y las alteraciones metabólicas. Más adelante, Muñoz-Sánchez y Antolínez-Figueroa ofrecen

una revisión de la literatura que se puede localizar abiertamente en el terreno de la salud ocupacional; seguida de un trabajo de Almeida-Lima *et al.* enfocado en la gestión de la salud familiar.

Otros cinco artículos representan una diversidad igual de amplia. Por ejemplo, la revisión de la literatura sobre violencia sexual de Patriota-De Souza *et al.* es innovadora en que se aproxima al área de la criminología desde una impronta notoriamente epidemiológica. En la misma nota, Escobar-Castellanos *et al.* ofrecen un abordaje epidemiológico a los estilos de vida de estudiantes universitarios. Como es frecuente en estudios producidos en Brasil, aunque en un terreno epistémico por completo diferente, Pacheco-Dos Santos *et al.* reportan experiencias de jóvenes sometidos a terapia antirretroviral desde una perspectiva heideggeriana. Por último, los artículos de Soares *et al.* y Sehnem *et al.* emergen, respectivamente, de un estudio sobre la salud sexual en adolescentes, y de un seguimiento de los itinerarios terapéuticos de mujeres con neoplasias; estos dos artículos, además de provenir de Brasil, tienen en común el uso de estrategias metodológicas que derivan de las ciencias sociales.

Aunque todos estos trabajos son significativos por sí solos, un ejercicio del todo interesante sería el diagramar la manera en que esta constelación de posturas epistémicas y dispositivos metodológicos forma un algoritmo asociativo. En ese ejercicio sería importante también observar no solo cómo la subdivisión de conocimientos en enfermería se disgrega sucesivamente hasta encontrarse con otras disciplinas, sino también cómo eso mismo ocurre en otras disciplinas conexas hasta tocarse con la enfermería, cómo estas pueden ser influidas por la enfermería, y qué discursos y recursos toman de ella. De igual modo, aportaría nuevas perspectivas también el analizar cómo estas formas de polinización entre disciplinas influyen y son influidas por formas de polinización interprofesional, proceso que en ciertos casos puede dar lugar además a una reconfiguración interna de las universidades en el ámbito de departamentos y escuelas.

Así las cosas, y tras décadas de avances en la institucionalidad de la enfermería en Colombia, el presente número constituye más de un buen motivo para abrazar y celebrar la diversidad que implica la investigación contemporánea en enfermería. Elogio con esta, mi propia editorial inaugural, el brío de quienes lo han hecho posible.

Referencias

- (1) Da Silva FC. *Sociology in Portugal: a short history*. Basingtoke: Palgrave Macmillan. 2015.
- (2) Luhmann N. *Die gesellschaft der gesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp. 1997.
- (3) Ayala RA, Koch T, Messing HB. The system of nursing in chile: insights from a systems theory Perspective. *Nurs Inq*. 2019; 26(1), e12260. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nin.12260>
- (4) Abbott A. *Chaos of disciplines*. Chicago: Chicago and London. The University of Chicago Press. 2001.
- (5) Sánchez-Santiago A. La gubernamentalidad como poder a distancia: Foucault y la crisis de las disciplinas. *Daimon*. 2019; 76:155-170. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/daimon/281801>
- (6) Donaldson S, Crowley D. The discipline of Nursing. *Nursing outlook*. 1978; 26:113-120.
- (7) Steinbicker J. *Zur Theorie der informationsgesellschaft: ein vergleich der ansätze von Peter Drucker, Daniel Bell und Manuel Castells*. Wiesbaden: VS Verl. 2011.
- (8) Monteil L, Romerio A. Des disciplines aux «studies»: savoirs, trajectoires, politiques. *revue d'anthropologie des connaissances*. 2017; 11(3), 231-244. Disponible en: <https://bit.ly/2KrLQWr>
- (9) Velandia AL. Historia de la enfermería en Colombia. En: J Siles, T Oguisso, G Fernandes de Freitas, PF Souza Campos (Eds), *Cultura de los cuidados: historia de la enfermería iberoamericana*. San Vicente: Ed. Club Universitario, 2013. pp.349-380.

Violência contra mulheres idosas segundo o modelo ecológico da violência

Violencia contra mujeres adultos mayores según el modelo ecológico de la violencia

Violence against older adult women according to the ecological model of violence

Cómo citar: Rodrigues RAP, Giacomini SBL, Fhon JRS, Silva LM, Almeida VC, Seredynskyj FL. Violência contra mulheres idosas segundo o modelo ecológico da violência. *Av Enferm*, 2019. 37(3):275-283. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.73702>

1 Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8916-1078>
Correio eletrônico: rosalina@eerp.usp

Contribuição: concepção, metodologia, análise, escrita e revisão final do manuscrito.

2 Suelen Borelli Lima Giacomini

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0611-8478>
Correio eletrônico: susu_borelli@hotmail.com

Contribuição: concepção, coleta de dados, análise e escrita.

3 Jack Roberto Silva Fhon

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1880-4379>
Correio eletrônico: beto_fhon@hotmail.com

Contribuição: concepção, coleta de dados e revisão final do manuscrito.

4 Luípa Michele Silva

Unidade Acadêmica Especial de Biotecnologia da Universidade Federal de Goiás-Regional Catalão (Catalão, Goiás, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6147-9164>
Correio eletrônico: luipams@gmail.com

Contribuição: concepção, metodologia, análise, escrita e revisão final do manuscrito.

5 Vanessa Costa Almeida

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Enfermagem Fundamental (Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2126-8834>
Correio eletrônico: van.c.almeida@gmail.com

Contribuição: coleta de dados.

6 Fernanda Laporti Seredynskyj

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7491-8891>
Correio eletrônico: fernanda.seredynskyj@usp.br

Contribuição: coleta de dados.



Resumo

Objetivo: compreender os significados e os possíveis fatores de violência segundo o modelo ecológico da violência para idosos que vivem no domicílio.

Método: estudo descritivo-exploratório e qualitativo, realizado com 19 idosas. Os dados foram coletados por meio da realização de grupos focais e as falas analisadas baseados em análise temática indutiva, com auxílio do *software* Iramuteq.

Resultados: o modelo teórico e o conceito sobre a violência possibilitaram a construção de quatro categorias: *Os fatores socioeconômicos e a violência contra o idoso; violência e os fatores individuais; violência e os fatores sociais e violência e as relações do idoso com a comunidade.*

Conclusão: para os idosos, a violência está relacionada aos significados construídos acerca do problema, sobretudo na sociedade atual onde não se sentem respeitados como cidadãos plenos de direitos, mas sim excluídos socialmente.

Descritores: Violência contra a Mulher; Idoso; Pesquisa Qualitativa (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: comprender los significados y posibles factores de violencia según el modelo ecológico de la violencia para adultos mayores que viven en su hogar.

Método: estudio descriptivo-exploratorio y cualitativo realizado con 19 adultos mayores mujeres. Los datos se recolectaron por medio de la realización de grupos focales, y las conversaciones se estudiaron con base en el análisis temático inductivo, con ayuda del *software* Iramuteq.

Resultados: el modelo teórico y el concepto sobre la violencia possibilitaron la construcción de cuatro categorías: *Factores socioeconómicos y violencia contra el adulto mayor; Violencia y factores individuales; Violencia y factores sociales y Violencia y relaciones del adulto mayor con la comunidad.*

Conclusión: para las ancianas la violencia se relaciona con los significados construídos acerca del problema, sobre todo en la sociedad actual, donde no se sienten respetadas como ciudadanas plenas de derechos sino socialmente excluidas.

Descriptores: Violencia contra la Mujer; Anciano; Investigación Cualitativa (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to understand the meanings and possible factors of violence according to the ecological model of violence for older adults living at home.

Method: descriptive-exploratory and qualitative study, conducted with 19 older adult women. The data were collected through the realization of focal groups, and the conversations were studied on the basis of inductive thematic analysis, with the help of the Iramuteq software.

Results: the theoretical model and the concept of violence enabled the construction of four categories: *Socioeconomic factors and violence against the older adult; Violence and individual factors; Violence and social factors, and Violence and older adult's relationship with the community.*

Conclusion: for older adult women, violence is related to the constructed meanings about the problem, especially in today's society, where they do not feel respected as citizens with their rights and feel socially excluded.

Descriptors: Violence against Women; Older Adult; Qualitative Research (source: DeCS, BIREME).

Introdução

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (1) apontam que a população mundial de idosos será de dois bilhões no ano 2050. No Brasil, segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2), a proporção, que era de 8,6 % em 2000, passará para quase 15 % em 2020. Até 2025, o Brasil terá aproximadamente 32 milhões de idosos, o que corresponderá à sexta população mundial de pessoas acima dos 60 anos (1, 2).

A mudança do perfil demográfico decorrente do crescimento da população idosa, associada às mudanças sociais e ao desrespeito com o idoso, tem aumentado o número de casos de violência. Esta pode ser definida como o uso da força ou a imposição do poder através de atitudes agressivas ou a ameaça contra si ou outrem, resultando em escoriações, isolamento social, depressão, medo e sofrimento psicológico, o que pode levar a pessoa à morte ou um desenvolvimento prejudicado (1).

Incidências apontam que, em todo o mundo, cerca de 5 % a 10 % dos idosos são vítimas de atos de violência física que podem ou não desencadear ferimentos fatais (1). De acordo com um estudo realizado no Brasil em três cidades brasileiras, foram registrados 2612 boletins de ocorrência em Delegacias do Idoso (3). Nesse aspecto, ressalta-se que a maior parte dos casos de violência contra o idoso ocorre no meio intrafamiliar onde, na maioria das vezes, o agressor é a pessoa que presta o cuidado ou com a qual ele tem muita proximidade (4). Conflitos intrafamiliares podem gerar atos violentos de natureza física, moral, psicológica e/ou social (5).

Relatos de violência e os atos do tipo físico contra idosos cometidos por seus familiares com frequência decorrem de comportamentos abusivos, do uso de drogas e de outros problemas possivelmente relacionados a questões sociais e de saúde dos agressores, o que requer intervenção (6). Outro fator a ser ressaltado em relação à violência é o silêncio das vítimas e/ou a falta de conhecimento sobre o tema. Há, entre elas, um sentimento de dependência e inutilidade e chegam a acreditar que precisam se submeter a atos violentos até o final de suas vidas (5).

Trata-se de um fenômeno grave, em expansão pelo próprio aumento da população idosa, e ainda

permeado por dúvidas. Na tentativa de compreender a natureza do ato violento, a Organização Pan-Americana de Saúde (7) propôs o modelo ecológico, baseado em questões individuais e situacionais associadas ao contexto no qual o indivíduo está inserido e que podem influenciar o comportamento violento.

Esse modelo se apresenta em quatro níveis: o primeiro envolve o nível individual, pois comportamentos e históricos de violência podem levar o indivíduo a ser vítima ou agressor; o segundo está relacionado com os relacionamentos de dominação seja com um companheiro, familiar ou pessoa próxima, que aumentam a possibilidade de agressões ou submissão ao agressor; o terceiro procura examinar os contextos das relações comunitárias a fim de identificar as características associadas às vítimas ou aos agressores; e o quarto representa aquele em que a sociedade examina os fatores mais significativos para as taxas de violência. Assim, esse modelo descreve que violência pode ser causada por diferentes fatores e em diversas etapas da vida (7).

Segundo a análise da proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (7), a violência está presente em todos os níveis de atenção. Estudos dessa natureza, com foco na compreensão da violência pelo próprio idoso, são essenciais para detectá-la. Assim, a pergunta que norteou o presente estudo foi: Como os idosos compreendem os atos de violência praticados contra eles na sociedade? Considerando os aspectos até então discutidos, o objetivo foi compreender os significados e os possíveis fatores de violência segundo o modelo ecológico da violência para idosos que vivem na comunidade.

Método

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa com o uso da técnica do Grupo Focal (8), com o objetivo de possibilitar uma interação entre as participantes do estudo e o tema “violência contra idosos”.

As participantes do estudo são idosas que moram no domicílio e que participam em um grupo de extensão com atividades voltadas para o Programa Universidade Aberta para a Terceira Idade em um município paulista.

O grupo conta com 50 idosos cadastrados, de ambos os sexos. Entretanto, somente as 19 idosas aceitaram o convite para a pesquisa realizado por

meio de contato telefônico feito pelos pesquisadores. Os demais idosos recusaram a participação justificando questões pessoais. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos, residentes no município de Ribeirão Preto, participar do grupo de atividades mencionado e com estado cognitivo adequado, avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental (9). Não houve perdas após o uso dos critérios de inclusão com as idosas que decidiram participar do estudo.

O estudo respeitou todos os aspectos abordados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Antes de iniciar o grupo focal, as participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo, relevância da temática, participação voluntária e poder desistir a qualquer momento sem prejuízos nas atividades do grupo. Todas, ao aceitar participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, recebendo uma cópia e a garantia do sigilo das informações colhidas.

Os grupos focais ocorrem no mesmo dia em abril de 2016. Foram formados dois grupos com um total de 19 participantes (dez e nove, respectivamente). Participaram destes grupos um moderador, cuja função foi facilitar e encorajar o processo de discussão; um observador, que embora não tenha participado diretamente, teve o papel de sintetizar e registrar as discussões do grupo; e os pesquisadores que conduziram o debate das questões apresentadas (8), para o diálogo e construção coletiva do debate sobre o tema. Inicialmente, foram apresentados a dinâmica dos encontros e o tema a ser debatido. Todos os participantes dos grupos focais foram informados da dinâmica do trabalho que foi desenvolvido. A equipe foi formada pela coordenadora do projeto e estudantes de pós-graduação, mestrado e doutorado.

Cada grupo durou, aproximadamente, duas sessões de duas horas cada uma e foram realizadas em um ambiente privativo da universidade, com acomodação para as idosas. Para traçar o perfil demográfico das participantes, inicialmente foi feita a interação entre as idosas e a equipe de pesquisadores, com apresentação individual e, a seguir, entrevista para caracterizar as participantes do estudo. Assim, foram consideradas as seguintes variáveis: estado civil (solteiro, casado/amasiado, separado/divorciado, viúvo); procedência; escolaridade (anos completos); ocupação atual (desempregado, ativo, aposentado com atividade remunerada, aposentado/pensionista, trabalho em casa sem remuneração); com quem reside e renda familiar (em salários mínimos).

A avaliação do Mini Exame do Estado Mental, instrumento traduzido e validado para a língua portuguesa (9) e reavaliado (10), foi realizada em todas as idosas e elas foram consideradas aptas de acordo com escore total, que dependia também do nível educacional da participante (9, 10), podendo variar de um mínimo de zero a um máximo de 30 pontos. Para que a idosa fosse considerada com déficit cognitivo, definiu-se um corte de 20 pontos, para analfabetos; 24, para os que possuíam um a quatro anos de escolaridade; 26,5, para aqueles com cinco a oito anos de escolaridade; 28, para os que tinham entre 9 e 11 anos de escolaridade; e de 29 pontos acima, para os que tinham escolaridade superior a 11 anos (10).

Para a realização do grupo focal, partiu-se das seguintes perguntas norteadoras que seguiram a proposta do modelo ecológico (7): Qual sua compreensão sobre a violência contra o/a idoso/a na sociedade? Qual sua compreensão sobre a violência familiar contra o/a idoso/a? Em sua opinião, o que contribui para casos de violência contra o/a idoso/a na sociedade? Os dados foram gravados com gravador de voz digital, mediante anuência dos participantes e realizado registro escrito por um dos pesquisadores. Ao final dos grupos focais, foram realizadas as leituras das discussões para os idosos validarem os temas debatidos nos encontros e novas observações foram descritas. Após os grupos focais, os discursos foram transcritos na íntegra para possibilitar a compreensão, o registro e a organização dos dados do estudo.

Com o objetivo de analisar os dados sociodemográficos, utilizou-se uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel®. A análise foi realizada por meio de estatística descritiva e os dados obtidos analisados segundo a técnica de Análise Temática Indutiva (11). Contou-se com o auxílio do *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ) para desenvolver análises estatísticas sobre *corpus* textuais, quadros com informações sobre indivíduos e palavras (12).

As falas foram organizadas em um banco de dados que foi submetido ao *software*, o qual foi responsável por agrupar os trechos com sentido lexical próximos. Os pesquisadores analisaram os conteúdos agrupados e denominaram as classes com base no modelo ecológico da violência: *violência e os fatores relacionais*; *violência e os fatores individuais*; *violência e os fatores sociais* e *violência e as relações do idoso com a comunidade*. Além

da análise lexicográfica, o *software* produziu a “nuvem de palavras” com os termos mais evocados pelas idosas. Os dados foram analisados com base no modelo ecológico da violência e na literatura pertinente à temática.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Os dois grupos foram formados por 19 mulheres idosas com idades entre 60 e 79 anos (84,2 %), média de 72,57 anos, viúvas (47,4 %), com cinco a oito anos de escolaridade (47,4 %), provenientes de Ribeirão Preto, São Paulo. A maioria chefiava o domicílio (89,4 %), residia sozinha (31,5 %) e referiu renda de até um salário mínimo (47,4 %).

Com base na análise dos dados e no modelo ecológico, foram construídas quatro categorias referentes à compreensão das idosas sobre a violência praticada contra elas e seus possíveis fatores relacionados. Essas categorias foram obtidas por meio do *software*, com suas respectivas unidades de análise. E as evocações mais frequentes deram forma a uma “nuvem de palavras” (Figura 1), que representa a essência das falas das idosas sobre a temática estudada.

Figura 1. Representação, nuvem de palavras, a partir da frequência de palavras. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2018



Fonte: IRaMuTeQ 0.7, versão - alpha 2, 2014

A partir dos dados analisados, as categorias são descritas a seguir:

Fatores socioeconômicos e violência contra o idoso

Diz respeito aos problemas que envolvem as relações estabelecidas entre a idosa e outrem, demonstrando que a questão financeira interfere diretamente na relação entre a idosa e seus familiares, assim como o seu convívio social. Essa categoria evidencia-se nos seguintes trechos:

É isso aí [...] ofensas doem mais do que se tivesse dado um tapa, palavra que ofende a gente [Part. 07]. Eu não dou dinheiro para neto, eu não dou mesmo, porque eu já sei como é [Part. 08]. É independente da classe social [Part. 10]. Não dou dinheiro, porque ele não ganha, ele não trabalha e quando trabalha é para beber, então é difícil [Part. 11]. Eu não vou dar, entendeu! E ela falou pra mim: -você é muito má! Coloquei ela para fora de casa... [Part. 14]. Trabalhar para: beber, comprar e pagar tudo [Part. 03].

Violência e fatores individuais

Refere-se às manifestações e aos comportamentos de desrespeito das pessoas mais jovens para com os idosos e como isso desencadeia sérios atos violentos, psicológicos e morais contra eles. Os discursos dos participantes evidenciam como o desinteresse da geração jovem os afeta:

A geração jovem não dá atenção ao idoso, precisa de educação [...] é uma geração que, em geral, vive no mundo deles [...] acha que dever ter liberdade [Part. 03]. O jovem pensa que não maltrata, mas falta com respeito, com carinho e paciência com a pessoa idosa, eles devem ser

humildes com a gente [Part. 05]. Os jovens se acham os donos do mundo [Part. 07]. Idoso com vida dependente; deixar de conversar e ouvir para falar no celular com amigo, no computador ou sentar para assistir televisão [Part. 12]. Difícil o afilhado e o sobrinho ligar; hoje falta atenção, amor ao próximo, carinho e respeito, benção do avô [Part. 13].

Violência e fatores sociais

Esta categoria enfatiza o significado da família para a vida do idoso e como ele depende de um vínculo para lidar com o medo de ser abandonado, conforme mostram os seguintes trechos:

O filho cuida da mãe até falecer, ...mas o filho deve cuidar da mãe doente, as vezes em um asilo uma vez que a nora/genro não concorda em cuidar [Part. 02]. Ficar doente, de idade e morar sozinha sem os filhos; fico um tempo sem falar com meu filho, antes eles iam em casa, depois que o pai faleceu, quase não vem me visitar [Part. 04].

Violência e as relações do idoso com a comunidade

Apresenta o olhar e a vivência do idoso na sociedade cujos direitos são desrespeitados e negados. Os discursos das idosas expressam que se julgam tratadas com indiferença e violentadas, tanto em serviços públicos quanto em privados, como mostram alguns trechos:

Motorista de ônibus reclama de pegar na rua e parar no ponto [Part. 01]. O doutor não trata senhor de mais idade [Part. 02]. Chegar ao banco e o moço reclamar de gastar o tempo com senhor de mais idade

[Part. 03]. Vai passear na cidade e o menino não levanta do banco para o senhor de mais idade sentar, tem que falar e obrigar [Part. 04].

Discussão

Embora o foco do estudo não foi a violência contra a mulher idosa, mas o intuito foi discutir a temática da violência contra o idoso, é importante destacar que esse fenômeno é mundial, que afeta mais as mulheres do que os homens. As idosas no grupo focal relataram casos não somente relacionados com elas mesmas, mas também com os seus vizinhos, amigos ou familiares mais próximos. Os casos relatados estão relacionados a nível individual, relacional, comunitário e social.

Pesquisadores apresentaram uma revisão da literatura e identificaram que 64 % dos casos de violência contra idosos são do sexo feminino, estudos esses obtidos de outras fontes como os Boletins de Ocorrência (13).

As idosas relataram fatos que estão dentro da perspectiva do modelo ecológico de violência (7), sendo perceptível que todas as falas mostram o que elas visualizam como violência contra o idoso e que remetem a intervenções dos serviços de saúde e de atenção aos direitos dos idosos (13).

No modelo ecológico, o nível relacional é expresso em problemas dos idosos nos relacionamentos com outrem. Nas falas, as idosas expressam compreender a necessidade econômica de trabalhar, de ter sua independência e buscar meios de sustento financeiro para cuidar da família e suprir gastos diversificados. No decorrer do processo do envelhecimento, o fator econômico pode desencadear meios de exploração e apropriação de bens financeiros, capazes de contribuir para a ocorrência de atos de violência contra o idoso (14).

A violência financeira é uma temática que registra a exploração do idoso em seu contexto familiar, o que acarreta perda significativa da independência em virtude dos prejuízos financeiros (15), na maioria dos casos desencadeados por familiares, como filhos e netos, que consomem drogas. Ressalta-se que esse envolvimento de membros próximos da família com drogas vem contribuindo para a ocorrência de casos de violência, o que torna os idosos ainda mais vulneráveis (7).

O contexto identificado com base nos discursos das participantes expressa que fatores relacionados ao processo do envelhecimento como limitações físicas, dependência de um cuidador e vulnerabilidade na saúde estão cada vez mais presentes na vida social do idoso (16). Isso onera seus recursos, quase sempre incompatíveis com as demandas e a renda mensal de todos os membros da família, situação que demanda mudanças no cotidiano familiar.

Os novos modelos familiares e o crescimento da população mantiveram o idoso em um ambiente familiar por cujo sustento ele passou a ser responsável (17). Essa visão do espaço familiar como um local de predisposição a atos violentos está inserida no modelo ecológico da Organização Pan-Americana de Saúde (3). Nesta pesquisa, as idosas reconhecem que a violência é um produto dos múltiplos níveis de influência sobre o comportamento humano, principalmente entre as relações intergeracionais.

O desinteresse dos jovens relatado nos discursos decorre de uma inversão dos valores culturais das novas gerações que diferem das gerações passadas. A não integração dos idosos às premissas dessa nova cultura social poderá desconstruir sua identidade e conduzi-los a um isolamento social (18). A maioria das participantes destaca que a violência se manifesta sob atos de “desrespeito e falta de atenção ao idoso” em seu cotidiano. O desrespeito e o fato de serem tratados com desigualdade são fenômenos observados nos conflitos intergeracionais, o que permite inferir que a sociedade os exclui, não os considera pessoas que contribuem com o grupo e, ainda, acredita que possam dificultar a vida dos mais jovens (19).

Outro aspecto a ser registrado diz respeito aos casos em que os idosos dependem de cuidadores, muitas vezes mais jovens, e a convivência entre eles desencadeia conflitos insustentáveis o que pode resultar em atos de violência (5).

Ainda no âmbito da convivência social, as participantes referem que os valores morais, éticos e sociais e as distintas visões de mundo entre eles e os mais jovens são confrontados. Nesse sentido, essas diferenças, associadas à inflexibilidade dos jovens e ao preconceito para com os idosos, geram conflitos violentos e um consequente distanciamento entre as gerações (18).

Apesar dos discursos não se referirem à inserção de idosos na sociedade como trabalhadores, percebe-se na sociedade atual a falta de espaços abertos para uma relação entre as gerações nos diversos

segmentos sociais o que é considerado essencial para preservar a cultura de uma nação (20, 21). No entanto, isso não ocorre com o idoso uma vez que ele, muitas vezes, é visto como uma pessoa sem projetos para o futuro, detentor apenas de uma vida de lembranças (21).

Esse mito da velhice contribui para atitudes discriminatórias, manifestadas nas diferentes esferas da vida social (7). Assim, com base nesse contexto e de acordo com os discursos das participantes, compreende-se que a cultura familiar construída pelo idoso, com toda sua bagagem de experiências, está sendo ignorada e desrespeitada pela geração mais jovem.

O vínculo familiar, nesse contexto, é visto por elas como uma forma de segurança e sobrevivência o que expressa a importância da união familiar. No grupo focal, algumas participantes relatam receio e, até mesmo, incerteza quando discutida a falta de cuidados com o idoso. Mencionam o termo abandono como uma forma de violência, pois não se configura tecnicamente como agressão física ou psicológica contra o idoso, como em outros casos apresentados no estudo (14).

A temática do abandono foi apresentada juntamente com a da negligência ou outro tipo de violência contra os idosos e é caracterizada como recusa ou omissão de cuidado. Nos discursos, essa forma emerge como uma atitude violenta dos familiares (14).

Os significados da prática de atos violentos contra o idoso podem estar associados a fatores como o isolamento social, fragilização das relações, crescente desarticulação familiar, desequilíbrio de poder entre a vítima e o agressor, bem como desvalorização da pessoa idosa (22, 23). Esses pontos são considerados essenciais para analisar a vida na comunidade.

A violência contra o idoso, qualquer que seja sua natureza, é uma violação aos direitos que lhes são assegurados pelo Estatuto do Idoso e envolve desde medidas de proteção até assistência de saúde, jurídica, social, de trabalho, entre outras (6). A violência tem gerado a necessidade do acompanhamento dos idosos vítimas de violência. Um estudo com diferentes países europeus apontou que em países como a Grécia e a Lituânia, o apoio social ao idoso vítima de violência é maior que em países como a Alemanha e Portugal (24). O estudo mostra que independentemente da localização geográfica, esta população necessita de apoio e respeito, portanto, os achados do grupo focal também remetem a esse

tipo de necessidade e suporte.

A violência social está presente em espaços de convívio cotidiano do idoso, em situações culturais, ambientais e políticas, desencadeadas por falta de respeito interpessoal (25, 26). As atitudes preconceituosas e de desrespeito por parte de motoristas de transportes coletivos com os idosos são consideradas um exemplo de violência em espaços públicos (18). O desrespeito é também expresso pela insensibilidade de funcionários de empresas que atendem ao público idoso em diversos espaços públicos, o que pode levar a acidentes e causar danos.

O desconhecimento da lei de proteção ao idoso atinge grande parte da sociedade e, de certa forma, explica a ocorrência de atitudes desse nível (19). No entanto, os direitos e os deveres de todos os seres humanos não são distintos por faixa etária, portanto devem ser seguidos e respeitados por todos. A proteção dos direitos morais e humanos dos idosos deve ser capaz de se contrapor às atitudes desrespeitosas que os colocam em uma situação inferior na sociedade (18).

As categorias não apontam diretamente os tipos de violência identificáveis, mas situações que podem gerar conflitos e, conseqüentemente, atos ou atitudes violentas. Esta pesquisa explicita algumas divergências entre o que se encontra relatado na literatura e a compreensão dos idosos sobre a violência contra eles praticada, aspecto bastante discutido nos grupos focais.

A violência contra o idoso é um ato individual, porém reflete a postura de uma sociedade que o desvaloriza, ao mesmo tempo em que se valoriza a nova geração de insumos, embora muitas vezes nocivos à sociedade. Por sua vez, o ambiente familiar se mostra como o local de maior ocorrência de violência contra o idoso, praticada principalmente por familiares, o que impõe a todos danos sociais.

Uma das limitações do estudo é a dificuldade do idoso retratar a violência física e verbal contra ele mesmo. Entre as limitações encontradas pelos pesquisadores, foi a falta de estudos voltados para a temática da violência contra a mulher idosa. Pareceu-nos que nas falas das participantes, certos comportamentos dos familiares e da própria sociedade vêm sendo arraigado na cultura brasileira como normais. O desafio da sociedade é assegurar o direito do idoso de viver com dignidade e que este também seja corresponsável, como sujeito desse processo, assegurando seus direitos de cidadão.

Os dados mostraram que é necessário um olhar sobre as questões de violência ao idoso, sendo importante o profissional da enfermagem estar atento aos pequenos sinais de agressões, sejam elas verbais ou físicas. Além disso, é oportuno repensar os programas de violência contra a mulher, incluindo as idosas, diante das especificidades, que são de maior vulnerabilidade física e social.

Conclusão

Os resultados revelam que as participantes compreendem a violência e os fatores a ela relacionados, muitas vezes como normais e que fazem parte do cotidiano. Do ponto de vista do modelo ecológico, as idosas relataram a violência como uma questão social permeada por fatores econômicos, sociais e familiares, e temem ser abandonadas e desrespeitadas no que se refere aos seus direitos. Os casos de violência relatados foram construídos em torno do problema do estudo e vivências por elas percebidas, uma vez que se parte do pressuposto da compreensão dos significados acerca da violência contra si ou outrem, direcionando o modo como essas idosas enfrentam essa realidade, na atualidade tão comum entre os idosos.

Referências

- (1) World Health Organization. Global status report on violence prevention. 2014. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
- (2) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Metodologia das estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2017. Rio de Janeiro; 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100923.pdf>
- (3) Rodrigues RAP, Monteiro EA, Santos AMR, Pontes MLF, Fhon JRS, Bolina AF *et al.* Older adults abuse in three Brazilian cities. *Rev Bras Enferm.* 2017; 70(4):783-91. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0114>
- (4) Sales DS, Freitas CA, Brito MC, Oliveira E, Dias F, Parente F *et al.* The violence against the elderly from the community health worker's view. *Estud Interdiscipl Envelhec.* 2014; 19(1):63-77. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhec/article/view/36910/31001>
- (5) Aguiar MPC, Leite HA, Dias IM, Mattos MCT, Lima WR. Violência contra idosos: descrição de casos em Aracaju (SE). *Esc Anna Nery.* 2015; 19(2):343-9. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20150047>

- (6) Silva CFS, Dias CMSB. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. *Psicol Cienc Prof.* 2016; 36(3):637-52. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1982-3703001462014>
- (7) Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2002. Disponível em: <https://bit.ly/2JZjAKA>
- (8) Morgan DL, Ataie J, Carder P, Hoffman K. Introducing dyadic interviews as a method for collecting qualitative data. *Qual Health Res.* 2013; 23(9):1276-84. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732313501889>
- (9) Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano I. The Mini-Mental State Examination in an outpatient population influence of literacy. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994; 52(1):1-7. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
- (10) Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Suggestion for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003; 61(3-B):777-81. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>
- (11) Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006; 3(2):77-101. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- (12) Ratinaud P, Marchand P. Application de la méthode ALCESTE à de "gros" corpus et stabilité des "mondes lexicaux": analyse du "CableGate" avec IRaMuTeQ. *Actes des 11eme Journées Internationales d'Analyse Statistique des Données Textuelles.* 2012; 835-44. Disponível em: <https://bit.ly/2pbv06S>
- (13) Lopes EDS, Ferreira ÁG, Pires CG, Moraes MCS, D'Elboux MJ. Elder abuse in Brazil: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018; 21(5):628-38. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180062>
- (14) Machado J, Rodrigues VP, Vilela ABA, Simões AV, Morais RLGL, Rocha EM. Intrafamily violence and actions strategies of the family health team. *Saúde Soc.* 2014; 23(3):828-40. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300008>
- (15) Santos GC, Pirkle CM, Zunzunegui MV, Taurino-Guedes D, Fernandes de Souza-Barbosa J, Hwang P *et al.* Frailty and life course violence: the international mobility in aging study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018; 8(76):26-33. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.02.002>
- (16) Yunus RM, Hairi NN, Choo WY. Consequences of elder abuse and neglect: a systematic review of observational studies. *Trauma Violence Abuse.* 2017; 20(2):131-48. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1177/1524838017692798>
- (17) Paiva MM, Tavares DMS. Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(6):1035-41. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680606i>
- (18) Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert J *et al.* Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PloS One.* 2013; 8(1):e54856. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054856>
- (19) Shiel R. Identifying and responding to gaps in domestic abuse services for older women. *Nurs Older People.* 2016; 28(6):22-6. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.7748/nop.2016.e815>
- (20) Rios MA, Vilela ABA, Nery AA. The work and the health of elderly butchers: case reports from a municipal market. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017; 20(5):643-9. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170019>
- (21) Azar A, Staudinger UM, Slachevsky A, Madero-Cabib I, Calvo E. From snapshots to movies: the association between retirement sequences and aging trajectories in limitations to perform activities of daily living. *J Aging Health.* 2018; 31(2):211-30. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1177/0898264318782096>
- (22) Wilson-Genderson M, Pruchno R. Effects of neighborhood violence and perceptions of neighborhood safety on depressive symptoms of older adults. *Soc Sci Med.* 2013; 85:43-9. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.028>
- (23) Dos Santos-Gomes C, Pirkle CM, Zunzunegui MV, Taurino-Guedes D, Fernandes de Souza-Barbosa J, Hwang P *et al.* Frailty and life course violence: the international mobility in aging study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018; 76:26-33. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.archger.2018.02.002>
- (24) Eslami B, Di Rosa M, Barros H, Stankunas M, Torres-González F, Ioannidi-Kapolou E *et al.* Lifetime abuse and perceived social support among the elderly: a study from seven European countries. *Eur J Public Health.* 2017; 27(4):686-92. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckx047>
- (25) Alencar-Júnior FO, Moraes JR. Prevalência e fatores associados à violência contra idosos cometida por pessoas desconhecidas, Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2018; 27(2):e2017186. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200009>
- (26) Costa ALS, Souza MLP. Narratives of family members on the suicide of older adults in an Amazonian metropolis. *Rev Saude Publica.* 2017; 51:1-10. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007059>

Different anthropometric indicators of central obesity can predict hypertension in older adults

Diferentes indicadores antropométricos de obesidad central pueden predecir la hipertensión en ancianos

Diferentes indicadores antropométricos de obesidade central podem prever a hipertensão em idosos

*It is a study linked to the project entitled: "Health conditions and lifestyle of the elderly".

How to cite: Novaes VS, Passos RD, Ribeiro ÍJS, Freire IV, Schettino L, Araujo CM, et al. Different indicators of central obesity may predict hypertension in old adults. Av Enferm. 2019. 37(3): 284-292. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.77165>

1 Vilmory Silva Novaes

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, research group in Neuromuscular Physiology, Department of Biological Sciences. Postgraduate program in Nursing & Health (Jequié, BA, Brazil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6109-6235>
E-mail: vilmoryfisio@gmail.com

Contribution: acquisition of data and writing of the manuscript.

2 Rafael da Silva Passos

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, research group in Neuromuscular Physiology, Department of Biological Sciences. Postgraduate program in Nursing & Health (Jequié, BA, Brazil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8427-4695>
E-mail: rafaelspassos08@gmail.com

Contribution: acquisition of data and writing of the manuscript.

3 Ícaro José Santos Ribeiro

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, research group in Neuromuscular Physiology, Department of Biological Sciences. Postgraduate program in Nursing & Health (Jequié, BA, Brazil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4389-7810>
E-mail: icaro.ribeiro29@gmail.com

Contribution: conception and design of the research and critical revision of the manuscript for intellectual content.

4 Ivna Vidal Freire

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, research group in Neuromuscular Physiology, Department of Biological Sciences. Postgraduate program in Nursing & Health (Jequié, BA, Brazil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6681-8727>
E-mail: vidal.ivna@gmail.com

Contribution: acquisition of data and writing of the manuscript.

5 Ludmila Schettino

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, research group in Neuromuscular Physiology, Department of Biological Sciences. Postgraduate program in Nursing & Health (Jequié, BA, Brazil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8278-6251>
E-mail: lsrpaula@gmail.com

Contribution: acquisition of data and writing of the manuscript.

6 Claudineia Matos de Araújo

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, research group in Neuromuscular Physiology, Department of Biological Sciences. Postgraduate program in Nursing & Health (Jequié, BA, Brazil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0534-7284>
E-mail: neialis@yahoo.com.br

Contribution: acquisition of data and writing of the manuscript.

7 Cezar Augusto Casotti

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, postgraduate program in Nursing & Health (Jequié, BA, Brazil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6636-8009>
E-mail: cacasotti@uesb.edu.br

Contribution: conception and design of the research and critical revision of the manuscript for intellectual content

8 Rafael Pereira

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, research group in Neuromuscular Physiology, Department of Biological Sciences. Postgraduate program in Nursing & Health (Jequié, BA, Brazil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1800-1450>
E-mail: rpfsiologia@gmail.com

Contribution: conception and design of the research and critical revision of the manuscript for intellectual content.



Abstract

Objective: to investigate the association between hypertension and anthropometric indicators of central obesity, obtained from two anatomical sites in old adults.

Methodology: a cross-sectional study including 145 elderly people, from whom socioeconomic and demographic data and anthropometric indicators of central obesity (Waist Circumference [CC] and Abdominal Circumference [CA]) were obtained, which were considered independent variables. A logistic regression model was used to analyze the associations, and for the discriminatory power of the cutoff points of the anthropometric indicators for hypertension, a Receiver Operating Characteristic (ROC) curve was performed. Comparisons between ROC curves were performed, aiming to identify a significant difference in the discriminatory power of the anthropometric indicators studied.

Results: among the 145 individuals, 79 were female (54%) and 66 were male (46%). The results showed a high prevalence of hypertension among men (69.7%) and women (73.4%). Both WC and AC were significantly associated to hypertension in both sexes. The ROC curve parameters indicated that both anthropometric indicators of central obesity exhibit a good discriminatory power for hypertension in this study. For the studied population, the WC cutoff point for hypertension was > 83.2 cm for men and > 82.6 cm in women, while for CA it was > 85.1 cm and > 85.4 cm in men and women, respectively.

Conclusion: AC and WC are significantly associated with hypertension in both sexes, and there is no superiority among them to predict hypertension in the elderly population.

Descriptors: Aging; Anthropometry; Obesity; Hypertension (source: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: investigar la asociación entre hipertensión e indicadores antropométricos de obesidad central, obtenidos de dos sitios anatómicos en adultos mayores.

Metodología: estudio transversal que incluyó a 145 adultos mayores, de los cuales se obtuvieron datos socioeconómicos y demográficos e indicadores antropométricos de obesidad central (circunferencia de cintura [CC] y circunferencia abdominal [CA]), que fueron considerados variables independientes. Se utilizó un modelo de regresión logística para analizar las asociaciones, además del poder discriminatorio y los puntos de corte para la hipertensión de los indicadores antropométricos, que se obtuvieron a partir de los parámetros de la curva Receiver Operating Characteristic (ROC). Se hicieron comparaciones entre las curvas ROC, con el objetivo de identificar diferencias significativas en el poder discriminatorio de los indicadores antropométricos estudiados.

Resultados: de los 145 individuos 79 eran del sexo femenino (54 %) y 66 del masculino (46 %). Los resultados mostraron una alta prevalencia de hipertensión arterial en hombres (69,7 %) y mujeres (73,4 %). Tanto CC como CA se asociaron significativamente a la hipertensión en ambos sexos. Los parámetros de la curva ROC revelaron que ambos indicadores antropométricos de obesidad central exhiben un buen poder discriminatorio para la hipertensión en la población estudiada. El punto de corte para la CC fue > 83,2 cm para hombres y > 82,6 cm para mujeres; mientras que para CA fue > 85,1 cm y > 85,4 cm para hombres y mujeres, respectivamente.

Conclusión: CA y CC están significativamente asociadas a la hipertensión en ambos sexos, y no hay superioridad entre ellas para predecir la hipertensión en la población anciana.

Descriptores: Envejecimiento; Antropometría; Obesidad; Hipertensión (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Objetivo: investigar a associação entre hipertensão e indicadores antropométricos de obesidade central obtidos de dois sítios anatómicos em idosos.

Metodologia: estudo transversal incluindo 145 idosos, dos quais foram obtidos dados socioeconômicos e demográficos e indicadores antropométricos de obesidade central (circunferência de cintura [CC] e circunferência abdominal [CA]), que foram considerados como variáveis independentes. Um modelo de regressão logística foi utilizado para analisar as associações, além do poder discriminatório e os pontos de corte para a hipertensão dos indicadores antropométricos, que foram obtidos a partir dos parâmetros da curva Receiver Operating Characteristic (ROC). Comparações entre as curvas ROC foram realizadas, objetivando identificar diferença significativa no poder discriminatório dos indicadores antropométricos estudados.

Resultados: entre os 145 indivíduos, 79 eram do sexo feminino (54 %) e 66 do masculino (46 %). Os resultados mostraram uma alta prevalência de hipertensão arterial entre homens (69,7 %) e mulheres (73,4 %). Tanto a CA quanto a CC foram associadas à hipertensão em ambos os sexos de maneira significativa. Os parâmetros da curva ROC indicaram que ambos os indicadores antropométricos da obesidade central exibiram um bom poder discriminatório para a hipertensão na população estudada. O ponto de corte para a CC foi > 83,2 cm para homens e > 82,6 cm para mulheres, enquanto para CA foi > 85,1 cm e > 85,4 cm para homens e mulheres, respectivamente.

Conclusão: as CA e CC estão significativamente associadas à hipertensão em ambos os sexos e não há superioridade entre elas para prever a hipertensão na população idosa.

Descritores: Envelhecimento; Antropometria; Obesidade; Hipertensão (fonte: DeCS, BIREME).

Introduction

The obesity is considered a relevant cardiovascular risk factor, specially the central obesity. It's measured by waist (WC) and abdominal (AC) circumferences, since these are indicators of visceral fat (1, 2), for general population, and particularly in the elderly population (3).

Aging is closely associated with artery stiffening, compliance and elasticity decline, culminating in increased blood pressure (4, 5). Additionally, there are also changes in the modulation of the ANS on cardiovascular system, characterized by an age-related sympathetic hyperactivity and vagal withdrawal (6).

Anthropometric measures are useful tools to evaluate central obesity, especially in elders, since the aging process is associated to a body fat increase, characterized by an irregular distribution, with greater depot in abdominal site (i.e. increased visceral adiposity or central obesity) (7-9).

There are many proposed anthropometric parameters to evaluate the central obesity. Body landmarks, as the umbilical scar, are generally used to obtain these measures (10-12). The use of umbilical scar as body landmark to obtain circumference measures is motivated by the difficulty to establish the minor circumference in the waist (i.e., at the midpoint between the last rib and the iliac crest) in elders, owing to the explained changes in body composition, with greater increase of central adiposity. In these circumstances, the use of umbilical scar as body landmark may represent a good alternative for studies conducted with elders, and especially with a longitudinal study design, since changes in the anthropometrical evaluators could occur, so that the use of a subjective parameter such as the midpoint with minor circumference in the waist may reduce the measurements reliability.

Despite the explained above, circumference measures are commonly obtained at the umbilical scar, as well as 2 cm above the umbilical scar, and the terms abdominal and/or waist circumference have been used to designate these measures. Curiously, both terms have been used interchangeably, and with measures obtained at the two described sites. Notwithstanding, it is not known if the asso-

ciation between hypertension and circumference measures obtained from these two measure sites could diverge.

The advances in the number of researches in the area of human aging, correlating the anthropometric indicators of central obesity (e.g., WC and AC) as predictors for cardiovascular diseases (CVD) and hypertension, are associated with the use of different protocols to obtain these measures, but divergences regarding the cutoff points used for each measure site may directly influence the conclusion. From the perspective of epidemiology, it is necessary to standardize the terms of the anatomical sites to reach cutoff points, allowing a better data comparison among studies (8).

Then, this study is aimed to investigate the association between hypertension and anthropometric indicators of central obesity, obtained from two anatomical sites, in community-dwelling elders. Additionally, the predictive potential to hypertension of each circumference measure, with its respective sensibility, specificity and cutoff points were obtained and compared.

Methodology

Sample

All older adults [263] (≥ 60 years) from Aiquara, Bahia, Brazil, were invited (door to door) to take part in this survey, in a convenience sample. Aiquara is located in the central south region of Bahia, with 4602 inhabitants, a Gini index of 0.5376 and a HDI value of 0.583 (13).

However, bedridden individuals and/or those with severe neurological or cognitive impairment ($n = 22$) were excluded, and nine participants did not consent to participate. In addition, 87 had technical problems during data collection (i.e., incompleteness of information and absence of the clinical evaluation stage), limiting the hypertension classification, and/or anthropometrical measures, and/or the classification of diabetes. Thus, this study population comprised 145 elders.

Written informed consent was obtained from all participants, and all procedures were approved by the local ethics committee according to the Helsinki Declaration.

Data collection

Data collection was performed from February to April 2013. From the questionnaires, data recordings from sociodemographic characteristics including sex, age, self-reported health status (previous diagnosis of diabetes mellitus [DM] and hypertension), and medications currently in use, were used in this study. The presence of hypertension and DM were defined based on self-reported disease, with the question “has any medical professional already given diagnosis of arterial hypertension and/or diabetes?”. Additionally, the use of antihypertensive and antidiabetic medications was used as confirmation criterion.

The anthropometric indicators of central obesity, WC and AC were considered as independent variables (i.e., predictor variables). Circumferences were measured twice and the average was used as the recorded value to the nearest 0.1 cm, in all participants standing with their weight equally distributed on both feet, and arms at their sides, with a tape which surrounded the bare skin, parallel to the floor at the end of normal expiration by trained health professionals.

Despite the great diversity of nomenclature and anatomical sites of measurement, in the present study the term WC was attributed to the measure of central obesity obtained 2 cm above the umbilical scar, while the AC was obtained at the umbilical scar. The choice of the described anatomical sites was based on studies by Rosato *et al.* (10) and Nunes *et al.* (11), who studied people aged over 50 and Henriques *et al.* (12), who studied a sample with a mean age of 84 years.

Statistical analysis

Categorical variables were presented as absolute and relative frequencies, while continuous variables were presented as mean and standard deviations. The comparison of WC and AC between hypertensive and normotensive elders was performed using the Student t test, while the association between the independent variables (i.e., WC and AC) and the dependent variable (i.e., hypertension) was tested using the logistic regression technique. The Odds Ratio (OR) was calculated with their respective 95 % confidence intervals (95 % CI). The predictive predisposition to hypertension from the WC and AC, for men and women, as well as the best cutoff for the studied outcome, were obtained from the

ROC curve parameters. Comparisons between ROC curves were performed using the method proposed by Hanley and McNeil (14), to verify if there is a significant difference in the discriminatory power of any of the studied anthropometric indicators.

The significance level was set as $p \leq 0.05$, for all analyses. Statistical procedures were carried out in SPSS version 21.0 (SPSS, Inc, Chicago, IL) and MedCalc v. 9.0.

Results

From 145 elders that comprised this study, 79 were women (54 %) and 66 were men (46 %). The prevalence of hypertension among women was 73.4 %, while among men it was 69.7 %.

Table 1 shows the anthropometric variables WC and AC of the studied population.

Table 1. Comparison of waist (WC) and abdominal (AC) circumferences between hypertensive and normotensive elders

Variable	Men			Women		
	Hypertensive	Normotensive	P	Hypertensive	Normotensive	P
WC	92.2 ± 9.7	85.5 ± 10.9	0.016*	92.5 ± 13.3	84.8 ± 17.0	0.038*
AC	92.7 ± 9.2	87.1 ± 10.9	0.037*	97.0 ± 12.8	89.5 ± 15.1	0.031*

* Significant difference ($p < 0.05$).

Source: research data.

Results from the logistic regression are presented in Table 2, and indicated that higher values of WC (men, OR = 1.07 [1.01 – 1.13]; women, OR = 1.04 [1.00 – 1.08]) and AC (men, OR = 1.06 [1.00 – 1.12]; women, OR = 1.04 [1.01 – 1.09]), are associated with hypertension in the elders of both sex.

Table 2. Adjusted odds ratio (OR), 95 % confidence interval of the OR and the p-value from hypertension prediction model, with WC and AC included as predictive variables

Variable	Odds ratio (OR)	CI95 % of OR	p
Men (n = 66)			
AC	1.06	1.00 – 1.12	0.04
WC	1.07	1.01 – 1.13	0.03
Women (n = 79)			
AC	1.04	1.01 – 1.09	0.04
WC	1.04	1.00 – 1.08	0.04

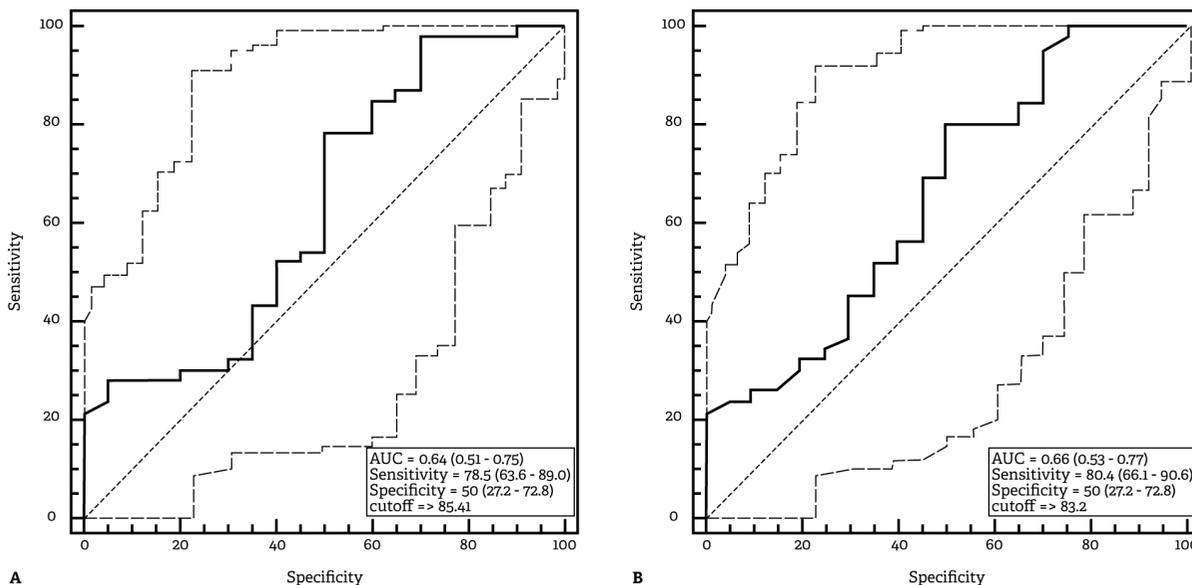
Source: research data.

The ROC curve analysis showed that both anthropometric measures related to central obesity had a good discriminatory predisposition to hypertension in the studied population. For older men, the wc presented an area under the curve (AUC) of 0.66 (95 % CI = 0.53 – 0.77) and high sensitivity (80.4, 95 % CI = 66.1 – 90.6), while the AC exhibited an AUC of 0.64 (95 % CI = 0.51 – 0.75) and high sensitivity (78.3; 95 % CI = 63.6 – 89.0). For women, wc presented an AUC of 0.63 (95 % CI = 0.51 – 0.74) and high sensitivity (79.3;

95 % CI = 66.6 – 88.8), while the AC exhibited an AUC of 0.64 (95 % CI = 0.53 – 0.75) and high sensitivity (84.5; 95 % CI = 72.6 – 92.6). The ROC curves with their respective parameters are shown in Figures 1 and 2.

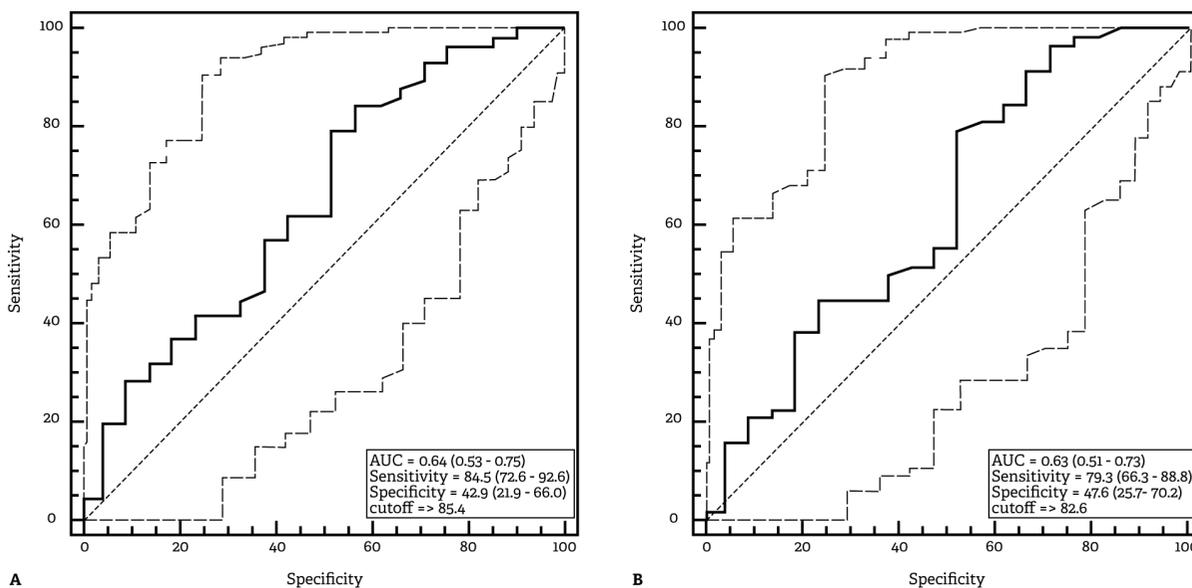
The AUC comparisons from the ROC curves obtained with AC and WC as predictors did not show significant difference in both sexes (men: $p = 0.240$; women: $p = 0.367$). Figure 3 shows the AUC comparisons.

Figure 1. ROC curve for the predictive capacity of hypertension in men with abdominal circumference (A) and waist circumference (B) as predictors. Area under the curve (AUC), sensitivity, specificity and cutoff point are presented ($p = 0.05$ for AC, and $p = 0.03$ for WC)



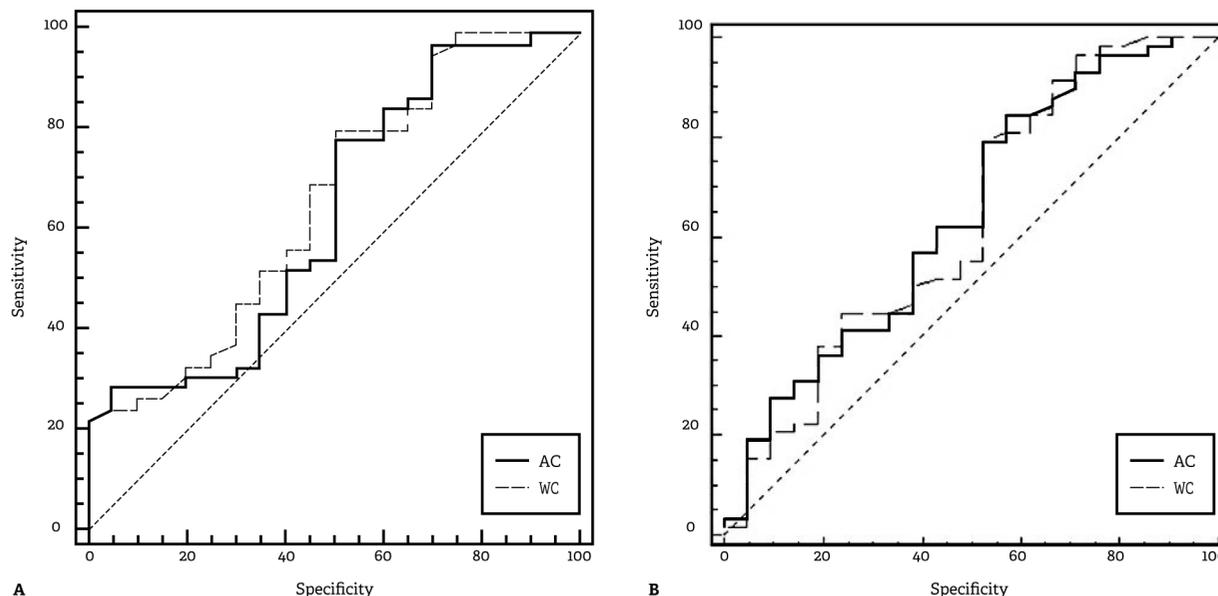
Source: research data.

Figure 2. ROC curve for the predictive predisposition to hypertension in women with abdominal circumference (A) and waist circumference (B) as predictors. Area under the curve (AUC), sensitivity, specificity and cutoff point are presented ($p = 0.03$ for AC, and $p = 0.03$ for WC)



Source: research data.

Figure 3. Area under the curve comparisons from the ROC curves obtained with abdominal circumference and waist circumference as predictors. ROC curves from men (A) and women (B)



Source: research data.

Discussion

The present study aimed to investigate the association between hypertension and two anthropometric indicators of central obesity (abdominal and waist circumferences) in old adults. Our results showed that both anthropometric indicators of central obesity are significantly associated to hypertension in both sexes of studied population. Additionally, there was no significant difference in the predictive power for hypertension with AC or WC as predictors.

Nazare *et al.* (15) investigated the association between anthropometric parameters (Body Mass Index and Waist Circumference) and cardiovascular risk factors in 4504 patients (2174 men and 1935 women) from 29 countries and concluded that WC was correlated with most cardiovascular risk factors. Previous studies had evaluated the relationship between obesity indicators (general and central) and hypertension in the elders (15, 16), but, to the author's knowledge, there are no studies comparing the predictive power of hypertension with obesity indicators obtained in different anatomical sites in the elderly population.

The study by Moraes, Checchio and Freitas (18) verified the association between hypertension and anthropometric indicators in adults and found

that the central obesity indicator was significantly associated to the hypertension. In the cited study they found that for both sexes, the prevalence of hypertension increased according to the exposure levels of the anthropometric variables and, in those with altered waist circumference, the prevalence of hypertension corresponded to almost double (male sex) or more than double (female sex).

Munaretti *et al.* (19) studying elders from both sexes, identified that BMI and WC were significantly associated to hypertension, with BMI presenting the highest statistical association for men, but no superiority when analyzed for women. It is important to point out that the cited study did not perform direct comparisons between the predictive predisposition to hypertension and the different anthropometric indicators of obesity, being the analysis based only on the obtained odds ratio.

As previously explained, studies conducted with populations of different age groups have supported the hypothesis of a close association between central obesity and the development of CVD, especially the hypertension (17, 19, 20). The mechanisms involved are complex and still poorly understood, generating hypotheses such as the capacity of the visceral adipose tissue to secrete Renin-Angiotensin-Aldosterone System (RAAS) elements, and adipokines able to regulate blood pressure (11, 21, 22).

In the evaluation process, this association could be influenced by the choice of anthropometric parameter related to central obesity, since anthropometric measures obtained at different anatomical sites can lead to different prevalences in the obesity diagnosis and, consequently, to different levels of association with CVD.

Alves *et al.* (24) evaluated the AC measurements obtained at the umbilicus scar and WC at the minor circumference in the waist (i.e., at the midpoint between the last rib and the iliac crest) in young adults (36 ± 11 years) of both sexes, identifying a significant association among WC, systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP) in both sexes, whereas AC was significantly associated to SBP and DBP in women but only to SBP in men. In the cited study, direct comparisons of the correlation coefficients were made through the Steiger Z test only when both anthropometric measures (i.e., AC and WC) were significantly associated to studied cardiometabolic parameters (SBP, DBP, glycemia, triglyceridemia, total cholesterol and fractions), and the results did not show significant differences between the correlation coefficients, which does not allow to indicate superiority of one anthropometric parameter for the BP measurement in the study population (24).

The comparison of the predictive predisposition to hypertension from the WC and AC variables as predictors was not the objective of the aforementioned study (24); however, its results, obtained from young adults, raise a hypothesis regarding the existence of differences in the predictive capacity for hypertension by anthropometric indicators of central obesity, obtained at different anatomical sites. Our results allow to answer these hypotheses, since the AUC comparisons from the ROC curves indicated that both central obesity parameters (i.e., WC and AC) were significantly associated to hypertension in the elders, and there was no significant difference between predictive predisposition to hypertension in both sexes of studied population.

It is worth mentioning that, unlike the study by Alves *et al.* (24), in our study, the WC measurements were obtained 2 cm above the umbilical scar, which is justified by the need to guarantee a good reproducibility of the measurements. The use of subjective parameter (e.g., the minor circumference at the midpoint between the last rib and the iliac crest) could lead to a high interindividual and intraindividual variability, whereas a standardized

anatomical reference (e.g., umbilical scar) could minimize this possible methodological bias, which is essential for longitudinal studies.

Based on the used anatomical sites, the specific cutoff points were > 83.2 and > 82.6 for WC of men and women, respectively, and > 85.1 and > 85.4 for AC of men and women, respectively. The Brazilian Guidelines for Obesity (25), considering the diagnosis of Metabolic Syndrome, recommend the cutoff points: ≥ 90 cm for men and ≥ 80 cm for women, independently of age.

Woo *et al.* (26) evaluated the predictive capacity of WC for hypertensive elders of both sexes from China. The measurement was obtained at the minor circumference at the midpoint between the xiphoid process and the umbilical scar, and the results showed a significant association of this measure and hypertension in elders from both sexes, with an odds ratio (OR) of 1.02 (95 % CI 1.01 – 1.04) for men and 1.02 (95 % CI 1.00 – 1.03) for women, which were lower than those obtained in our study. Analysis of the ROC curve from Woo *et al.* (26) showed only a moderate predictive power, considering the AUC from the analysis for men (0.57 [95 % CI 0.52 – 0.62]) and women (0.56 [CI 95 % 0.51 – 0.60]), which were also lower than the ones obtained in our study. In addition, the cutoff values were 81 and 82 cm for men and women, respectively, which represent values close to those obtained here.

Comparisons of the predictive predisposition to hypertension, using only two anatomical sites related to the central obesity could be pointed as a limitation of our study. Future studies should be carried out in order to compare the predictive capacity of other anatomical sites of central obesity and their respective cutoff points for hypertension in community-dwelling elders of both sexes. Additionally, regarding cross-sectional design, it is impossible to establish a cause and effect relationship between the variables studied and evaluated in a single moment in time.

The determination of specific cutoff points for central obesity is limited by the absence of an international normative protocol regarding the anatomical sites to take measures. Other limiting factor for the use of a global cutoff point is the age group included in the studies designed to raise this cutoff points. In fact, cutoff points obtained from young adults are widely applied to investigate central obesity in elders. Therefore, it is suggested that the cutoff points obtained here be tested for their predictive predispo-

sition to hypertension in longitudinal studies involving the elders, in order to evaluate their applicability for the purposes of hypertension screening, making possible the generalization of results and the external validity of this study.

The anthropometric indicators of central obesity are accurate at estimating visceral obesity, which is one of the modifiable risk factors for hypertension, being easy to use and having low cost. Such characteristics are of great value, enabling health professionals to intervene early and more effectively in the prevention and/or treatment of obesity and consequent hypertension.

Conclusion

Our results allowed to conclude that both AC (measured at the umbilical scar level) and WC (measured at 2 cm above the umbilical scar) have a significant association to hypertension in the community-dwelling elders of both sexes. It was also concluded that there was no superiority of one method of measure to predict hypertension in the studied sample. In addition, cutoff points for WC were > 83.2 cm for men and > 82.6 cm for women, and AC > 85.1 cm for men, and > 85.4 cm for women.

Financial support

This research received grants from the Foundation for Research Support of the State of Bahia (FAPESB) (Award Numbers SUS 0055/2013; and JCB 0056/2013).

References

- (1) Burgos MS, Burgos LT, Camargo MD, Franke SIR, Prá D, Da Silva AMV *et al.* Relationship between anthropometric measures and cardiovascular risk factors in children and adolescents. *Arq Bras Cardiol.* 2013;1(4):288-96. Available from: <http://doi.org/10.5935/abc.20130169>
- (2) Gialamas A, Kinnell A, Mittinty MN, Davison B, Singh G, Lynch J. Association of anthropometric measures and cardiovascular risk factors in children and adolescents: findings from the aboriginal birth cohort study. *PLoS One.* 2018;13(6):e0199280. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199280>
- (3) Gravina CF, Franken R, Wenger N, De Freitas EV, Batlouni M, Rich M *et al.* II Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(3):e16-76. Available from: <http://doi.org/10.1590/S0066-782X2010002100001>
- (4) Harvey A, Montezano AC, Touyz RM. Vascular biology of ageing: implications in hypertension. *J Mol Cell Cardiol.* 2015;83:112-21. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yjmcc.2015.04.011>
- (5) Tanaka H, Dineno FA, Seals DR. Reductions in central arterial compliance with age are related to sympathetic vasoconstrictor nerve activity in healthy men. *Hypertens Res.* 2017;40(5):493-5. Available from: <http://www.nature.com/articles/hr2016182>
- (6) Siqueira BJ, Markman-Filho BF, Silva OB. Teste ergométrico em idosos. *Geriatr Gerontol.* 2011;5(1):40-5. Available from: <http://www.ggaging.com/details/264/pt-BR>
- (7) García-Esquinas E, García-García FJ, León-Muñoz LM, Carnicero JA, Guallar-Castillón P, González-Colaço M *et al.* Obesity, fat distribution, and risk of frailty in two population-based cohorts of older adults in Spain. *Obesity.* 2015;23(4):847-55. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1002/oby.21013>
- (8) Nobre T, Lucena F, Leite P, Figueroa D. Obesidade abdominal: revisão crítica das técnicas de aferição e dos pontos de corte de indicadores antropométricos adotados no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2014;19(6):1741-54. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232014196.15012013>
- (9) Rossi AP, Fantin F, Caliarì C, Zoico E, Mazzali G, Zanardo M *et al.* Dynapenic abdominal obesity as predictor of mortality and disability worsening in older adults: a 10-year prospective study. *Clin Nutr.* 2016;35(1):199-204. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.02.005>
- (10) Rosato V, Bosetti C, Talamini R, Levi F, Montella M, Giacosa A *et al.* Metabolic syndrome and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *Ann Oncol.* 2011;22(12):2687-92. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdr025>
- (11) Nunes CNM, Minicucci MF, Farah E, Fusco D, Azevedo PS, Paiva SAR *et al.* Impacto de diferentes métodos de avaliação da obesidade abdominal após síndromes coronarianas agudas. *Arq Bras Cardiol.* 2014;103(1):19-24. Available from: <http://doi.org/10.5935/abc.20140073>
- (12) Henriques AD, Tonet-Furioso AC, Machado-Silva W, Freitas WM, Quaglia LA, Santos SN *et al.* Apolipoprotein E genotype is associated with apolipoprotein B plasma levels but not with coronary calcium score in very elderly individuals in primary care setting. *Gene.* 2014;539(2):275-8. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gene.2014.01.077>
- (13) IBGE. Conheça cidades e estados do Brasil. 2012. Available from: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- (14) Hanley JA, McNeil BJ. A method of comparing the areas under receiver operating characteristic curves derived from the same cases. *Radiology.* 1983;148(3):839-43. Available from: <http://doi.org/10.1148/radiology.148.3.6878708>

- (15) Nazare J-A, Smith J, Borel A-L, Aschner P, Barter P, Van Gaal L *et al.* Usefulness of measuring both body mass index and waist circumference for the estimation of visceral adiposity and related cardiometabolic risk profile (from the INSPIRE ME IAA Study). *Am J Cardiol.* 2015;115(3):307-15. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2014.10.039>
- (16) De Oliveira CC, Roriz AKC, Ramos LB, Gomes-Neto M. Indicators of adiposity predictors of metabolic syndrome in the elderly. *Ann Nutr Metab.* 2017;70(1):9-15. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1159/000455333>
- (17) Wang Q, Xu L, Li J, Sun L, Qin W, Ding G *et al.* Association of anthropometric indices of obesity with hypertension in Chinese elderly: an analysis of age and gender differences. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(4):801-14. Available from: DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15040801>
- (18) Moraes SA de, Checchio MV, Freitas ICM de, Moraes SA de, Checchio MV, Freitas ICM de. O efeito independente da obesidade central sobre a hipertensão arterial em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP, 2007. Projeto EPIDCV. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(1):157-73. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010013>
- (19) Munaretti DB, Barbosa AR, Marucci M de FN, Lebrão ML. Hipertensão arterial referida e indicadores antropométricos de gordura em idosos. *Rev Assoc Med Bras.* 2011;57(1):25-30. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000100011>
- (20) Shen C, Zhou Z, Lai S, Tao X, Zhao D, Dong W *et al.* Urban-rural-specific trend in prevalence of general and central obesity, and association with hypertension in Chinese adults, aged 18-65 years. *BMC Public Health.* 2019;19(1):661-8. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7018-4>
- (21) Barroso TA, Marins LB, Alves R, Gonçalves ACS, Barroso SG, Rocha G de S *et al.* Association of central obesity with the incidence of cardiovascular diseases and risk factors. *Int J Cardiovasc Sci.* 2017;30(5):416-24. Available from: DOI: <http://doi.org/10.5935/2359-4802.20170073>
- (22) Kawarazaki W, Fujita T. The role of aldosterone in obesity-related hypertension. *Am J Hypertens.* 2016;29(4):415-23. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1093/ajh/hpw003>
- (23) Seravalle G, Grassi G. Obesity and hypertension. *Pharmacol Res.* 2017;122:1-7. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1016/J.PHRS.2017.05.013>
- (24) Alves VV, Ribeiro LFP, Barros R, Gadelha SR, Santos SC. Circunferências medidas em diferentes locais do tronco e fatores de risco cardiometabólico. *Rev Bras Cineantropometria e Desempenho Hum.* 2011;13(4):250-6. Available from: DOI: <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2011v13n4p250>
- (25) Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Diretrizes brasileiras de obesidade 2016.* São Paulo: Abeso; 2016. 188 p.
- (26) Woo J, Ho S, Yu A, Sham A. Is waist circumference a useful measure in predicting health outcomes in the elderly? *Int J Obes.* 2002;26(10):1349-55. Available from: <http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802080>

Perfil de termorregulação e desfecho clínico em pacientes críticos com sepse*

Perfil de termorregulación y desenlace clínico en pacientes críticos con sepsis

Thermoregulation profile and clinical outcome in critical patients with sepsis

*Artigo extraído do Trabalho de Conclusão do Curso intitulado "Febre e hipotermia e relação com o desfecho em pacientes com sepse" de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – SP, Universidade de São Paulo, Brasil.

Cómo citar: Corrêa F, Silveira LM, Lopes NAP, Ruffino-Netto A, Stabile AM. Perfil de termorregulação e desfecho clínico em pacientes críticos com sepse. *Av Enferm.* 2019; 37(3):293-302. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.77009>

1 Flávia Corrêa

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6310-8065>
Correio eletrônico: flavia2.correa@usp.br

Contribuição: elaboração, desenvolvimento, compilação e interpretação dos resultados e redação do trabalho.

2 Laura Menezes Silveira

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2397-2553>
Correio eletrônico: lauramsilveira@usp.br

Contribuição: análise, interpretação dos resultados e redação do manuscrito.

3 Nátaí Artal Padovani Lopes

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3220-066X>
Correio eletrônico: artal.natali@gmail.com

Contribuição: revisão crítica da redação do manuscrito.

4 Antônio Ruffino-Netto

Departamento de Medicina Social Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9770-4896>
Correio eletrônico: aruffino@fmrp.usp.br

Contribuição: análise dos dados, revisão crítica da redação e aprovação da versão final do manuscrito.

5 Angelita Maria Stabile

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3371-7038>
Correio eletrônico: angelita@eerp.usp.br

Contribuição: orientação e supervisão da pesquisa, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito.



Resumo

Objetivo: descrever o perfil da temperatura corporal (TC) e o desfecho em pacientes com sepse atendidos em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Método: estudo retrospectivo, descritivo e exploratório. Incluíram-se pacientes maiores de 18 anos, diagnosticados com sepse grave ou choque séptico no período de janeiro a dezembro 2012, atendidos em uma UTI de um hospital público. Foram levantadas variáveis sociodemográficas, clínicas e o desfecho. Para a avaliação da TC, consideraram-se todas as medidas registradas durante a internação, aferidas na região axilar por termômetro digital acoplado ao monitor multiparamétrico. Adicionalmente, propuseram-se cenários comparativos entre o número de episódios de febre ou hipotermia nas 24 horas após a internação e nas 24 horas prévias ao desfecho. Os dados foram coletados nos prontuários físicos e eletrônicos.

Resultados: foram incluídos 105 pacientes, com predominância de maiores de 60 anos, sexo masculino e cor branca. O desfecho clínico para 26 (24,8 %) foi a alta e para 79 (75,2 %), o óbito. Foram observadas 8778 verificações da TC, sendo a hipotermia mais frequente no grupo óbito ($p = 0,00$). No grupo alta, as medidas dentro da normalidade foram mais frequentes ($p = 0,00$). Entre os cenários propostos, houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos quando ocorreram dois ou mais episódios de febre nas 24 horas prévias ao desfecho.

Conclusão: a descrição do perfil de termorregulação em pacientes sépticos mostrou que a TC é um indicador complementar capaz de auxiliar a equipe na prática clínica com intuito de propiciar melhores desfechos.

Descritores: Sepse; Febre; Hipotermia; Temperatura corporal; Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados de Enfermagem. (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: describir el perfil de la temperatura corporal (TC) y el desenlace en pacientes con sepsis asistidos en una unidad de cuidado intensivo (UCI).

Método: estudio retrospectivo, descriptivo y exploratorio. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, diagnosticados con sepsis grave o *shock* séptico en el periodo de enero a diciembre de 2012, asistidos en una UCI de un hospital público. Se construyeron variables sociodemográficas, clínicas y de desenlace. Para la evaluación de la TC se consideraron todas las medidas registradas durante la hospitalización, tomadas en la región axilar con termómetro digital acoplado al monitor multiparamétrico. Adicionalmente, se propusieron escenarios comparativos entre el número de episodios de fiebre o hipotermia en las 24 horas después del ingreso y el número de estos las 24 horas previas al desenlace. Los datos fueron recolectados de registros médicos físicos y electrónicos.

Resultados: se incluyeron 105 pacientes, con predominio de mayores de 60 años, sexo masculino y color blanco. El resultado clínico para 26 pacientes (24,8 %) fue el alta y para 79 (75,2 %) la muerte. Se observaron 8778 verificaciones de TC, siendo la hipotermia más frecuente en el grupo de muerte ($p = 0,00$). En el grupo de alta, las medidas dentro de la normalidad fueron más frecuentes ($p = 0,00$). Entre los escenarios propuestos hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos cuando ocurrieron dos o más episodios de fiebre en las 24 horas anteriores al desenlace.

Conclusión: la descripción del perfil de termorregulación en pacientes sépticos mostró que la TC es un indicador complementario capaz de auxiliar al equipo en la práctica clínica con el objetivo de propiciar mejores resultados.

Descriptorios: Sepsis; Fiebre; Hipotermia; Temperatura Corporal; Unidades de Cuidados Intensivos; Atención de Enfermería (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to describe the body temperature profile (TC) and the outcome in patients with sepsis assisted in an intensive care unit (UCI).

Method: retrospective, descriptive and exploratory study. Patients over the age of 18 were included, diagnosed with severe sepsis or septic shock in the period from January to December 2012, assisted in an UCI of a public hospital. Sociodemographic, clinical and outcome variables were built. For the evaluation of the TC, all measures recorded during hospitalization were considered, taken in the axillary region by digital thermometer coupled to the multiparametric monitor. In addition, comparative scenarios were proposed between the number of episodes of fever or hypothermia in the 24 hours after internment and the number of these 24 hours prior to the outcome. The data were collected from physical and electronic medical records.

Results: 105 patients were included, predominantly over 60 years old, male and white. Clinical outcome for 26 patients (24.8 %) was to be discharged, and for 79 (75.2 %) it was death. 8778 TC verifications were observed, being hypothermia the most frequent in the death group ($p = 0.00$). In the discharge group, measurements within normality were more frequent ($p = 0.00$). Among the proposed scenarios, there was statistically significant difference between the groups when two or more episodes of fever occurred in the 24 hours prior to the outcome.

Conclusion: the description of the thermoregulation profile in septic patients showed that the TC is a complementary indicator capable of assisting the team in the clinical practice in order to promote better results.

Descriptors: Sepsis; Fever; Hypothermia; Corporal Temperature; Intensive Care Units; Nursing Attention (source: DeCS, BIREME).

Introdução

Sepse é descrita como uma resposta inflamatória exacerbada do organismo em face de um agente agressor (1) que possui grande incidência e elevado risco de morte (2), sendo considerada um desafio global na saúde pública ainda a ser superado (3).

Dados epidemiológicos mostram que a incidência global de sepsé em países de alta renda é de 31 milhões de casos e de 5,3 milhões de mortes anualmente (4). Nos Estados Unidos (EUA), a síndrome é uma das principais causas de morte entre os pacientes graves internados em unidades de terapia intensiva (UTI) (5). É importante ressaltar que os gastos anuais com as hospitalizações por sepsé nos EUA representaram 24 bilhões de dólares (6). Em países da América Latina, como a Colômbia e a Argentina, os índices de mortalidade por sepsé são elevados, sendo 46,5 % e 51 %, respectivamente (7, 8). No Brasil, um terço dos leitos de UTI são ocupados por pacientes com sepsé, resultando em 420.000 casos por ano dos quais 230.000 morrem no hospital (9). Além disso, o tratamento da sepsé no Brasil tem um custo aproximado de 17,3 bilhões de reais/ano (10).

Profissionais da saúde, especificamente a equipe de enfermagem, devem estar preparados para o reconhecimento precoce das manifestações clínicas e implementação do tratamento adequado da sepsé (11) dado que cada hora de atraso no início do tratamento representa um aumento de 4 % no risco de morte (12). Cabe ao enfermeiro assistir o paciente integralmente em todas as suas necessidades e, junto à equipe multiprofissional, ser capaz de abordar precocemente esses pacientes, melhorando assim seu prognóstico (11).

Parâmetros clínicos e laboratoriais, embora não específicos da síndrome séptica, auxiliam os profissionais de saúde na identificação precoce e manejo da sepsé (11). Os pacientes podem apresentar alterações neurológicas (redução do nível de consciência, delírium, agitação), cardiovasculares (taquicardia, hipotensão, edema, hipoperfusão periférica, hiperlactatemia), respiratórias (dispneia ou taquipneia, hipoxemia, cianose), gastrointestinal (gastroparesia e íleo adinâmico), hepática (aumento de bilirrubinas), renal (hipovolemia, hipotensão, redução do débito urinário), hematológicas (anemia, plaquetopenia, leucopenia, leucocitose), endocrinológicas (distúr-

bios eletrolíticos e aumentos de níveis de glicemia) e termorreguladoras (hipotermia, febre) (11).

Este estudo destaca, dentre os sinais clínicos, a temperatura corporal (TC) tendo em vista que febre e hipotermia são alterações que podem ocorrer durante todo o curso da sepsé. Foram utilizados critérios específicos para o rastreamento da sepsé e do seu agravamento que fazem parte da Campanha de Sobrevivência a Sepsé, a qual denomina febre à TC superior a 38,3 °C e hipotermia quando a TC é inferior a 36 °C (13, 14).

Acredita-se que a ocorrência de febre e/ou hipotermia durante o curso da sepsé relaciona-se com a resposta fisiológica à infecção e com o agravamento do quadro clínico. A febre, em resposta à presença de patógenos, é descrita como um mecanismo adaptativo que objetiva reorganizar as respostas fisiológicas do hospedeiro (15) uma vez que produz efeitos benéficos na sua defesa contra patógenos infecciosos, reduzindo a hipóxia tecidual durante a sepsé. Entretanto, ela pode provocar desconforto ao paciente e prejudicar o equilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio (16, 17). Por outro lado, a hipotermia em pacientes sépticos é considerada uma “falha” da resposta termorreguladora e reflete a incapacidade do cérebro para regular a TC no estado de maior gravidade (como é o caso do choque séptico), associando-se a um prognóstico ruim do paciente crítico (18, 19).

Dessa maneira, tanto a febre quanto a hipotermia são consideradas indicadores clínicos que demandam maior atenção da equipe de saúde (20), especialmente em condições graves como é a sepsé. As evidências dos estudos realizados não são consensuais quanto à relação entre a ocorrência de febre e/ou hipotermia e o desfecho do paciente séptico (21-24).

Em vista do exposto, o presente estudo pretende descrever o perfil da TC e o desfecho em pacientes com sepsé assistidos em uma UTI.

Método

Trata-se de estudo retrospectivo, descritivo exploratório. Foram analisados os prontuários físicos e eletrônicos dos pacientes com sepsé atendidos em um hospital público de cuidados terciários, o qual possui uma UTI geral composta por catorze leitos em funcionamento, de acordo com as exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (25).

Adotaram-se como critérios de inclusão: pacientes com idade superior a 18 anos, internados na UTI pelo menos durante 24 horas no período entre janeiro e dezembro de 2012 e diagnosticados com sepse grave ou choque séptico (CID 10: A41.9). Foram excluídos pacientes gestantes ou vivendo com HIV/aids. A amostra foi composta por todos os pacientes que se adequavam aos critérios de inclusão no período do estudo, totalizando 105 pacientes.

Para cada participante as seguintes variáveis foram levantadas: sociodemográficas (idade, sexo e cor); clínicas (frequências cardíaca e respiratória, TC, nível de consciência de acordo Escala de Coma de Glasgow, pressão arterial sistólica e diastólica, fração inspirada de oxigênio, tempo de internação na UTI e na enfermaria e desfecho) e laboratoriais (pH arterial, dosagens de sódio, potássio, ureia, creatinina, hematócrito, leucócitos e pressão arterial de oxigênio). Para a coleta das variáveis clínicas (exceto TC) e laboratoriais o pior valor foi coletado (isto é, o valor que mais se afastava das condições de normalidade para aquela variável) registrado nas primeiras 24 horas de admissão do paciente. Essas informações foram coletadas visando calcular os escores Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) para evidenciar o grau de disfunção orgânica (26) e Acute Physiology and Chronic Health Disease Classification System II (APACHE II) que estima a gravidade clínica e o prognóstico do paciente crítico (27). O risco de óbito foi calculado com base no escore APACHE II e no peso da classe diagnóstica sepse (0,113) (27).

Todas as medidas da TC periférica registradas no prontuário foram coletadas. Essas medidas foram efetuadas na região axilar por meio de um termômetro digital acoplado ao monitor multiparamétrico utilizado na unidade. As verificações da TC foram classificadas de acordo com recomendações do guideline da Campanha de Sobrevivência a Sepse (13, 14), normotermia (36,1 °C a 38,2 °C), hipotermia (menor ou igual que 36,0 °C) e febre (maior ou igual que 38,3 °C).

Dado que não houve padronização do número de medidas entre os pacientes, a fim de avaliar se o número de ocorrências de febre e/ou hipotermia poderia ser um indicador de mortalidade nos pacientes com sepse, optou-se por considerar dois períodos (analisados separadamente): medidas da TC realizadas nas primeiras 24 horas de internação e as medidas registradas nas 24 horas que antecederam o desfecho. Nesses períodos, consideraram-se cinco cenários comparativos para a febre: (a) sem febre, comparados com aqueles que apresentaram até um episódio; (b) até um episódio, compara-

dos com aqueles que apresentaram mais que dois episódios; (c) até dois episódios, comparados com aqueles que apresentaram mais que três episódios; (d) até três episódios, comparados com aqueles que apresentaram mais que quatro episódios; (e) até quatro episódios, comparados com aqueles que apresentaram mais que cinco episódios. Da mesma maneira, esses cenários foram considerados para a análise da variável hipotermia.

Para a análise, os dados foram digitados com a técnica de dupla digitação no Microsoft Excel para Windows 2010. Após a validação da planilha, os dados foram importados para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17. Foram realizadas a estatística descritiva de frequência simples, para variáveis nominais ou categóricas, e a análise de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão), para as variáveis contínuas. Os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher (quando pertinente) foram usados para as análises das variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas utilizou-se o Teste Mann Whitney para explorar as diferenças conforme o desfecho dos pacientes. Foi adotado o valor $\leq 0,05$ para denotar significância estatística em todas as análises.

Para a realização deste estudo, foi solicitada autorização prévia ao Coordenador do responsável pela UTI do hospital. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, registrado sob o número CAAE 2557.4014.1.0000.5393 e aprovado pelo conforme parecer número 544.193.

Resultados

Foram incluídos 105 pacientes. Para 26 (24,8 %) o desfecho clínico foi a alta hospitalar e para 79 (75,2 %) o desfecho foi o óbito. O total das medidas da TC registradas ao longo da internação na UTI para todos os pacientes foi de 8778 verificações. A caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes é apresentada na Tabela 1.

Em relação ao foco infeccioso entre os pacientes sobreviventes, 11 (42,3 %) não tiveram foco definido, sete (26,9 %) apresentaram infecção do trato gastrointestinal, cinco (19,2 %) do trato respiratório e tres (11,5 %) do trato urinário. Entre os pacientes que foram a óbito, em 19 (24,1 %) o foco de infecção foi o trato gastrointestinal, em 18 (22,8 %) o trato respiratório, em seis (7,6 %) a corrente sanguínea, em um (1,3 %) a pele e em 32 (40,5 %) o foco não foi

definido.

Tabela 1. Descrição das características sociodemográficas e clínicas dos pacientes, conforme desfecho, 2013

Variáveis	Desfecho óbito (n=79)	Desfecho alta (n=26)	Valor de p
Idade - n (%)			
< 60 anos	28 (35,4)	15 (57,7)	0,04*
≥ 60 anos	51 (64,6)	11 (42,3)	
Sexo - n (%)			
Feminino	35 (44,3)	11 (42,3)	0,85*
Masculino	44 (55,7)	15 (57,7)	
Cor - n (%)			
Branco	65 (82,3)	21 (80,8)	0,86*
Não Branco	14 (17,7)	5 (19,2)	
Tipo de Tratamento - n (%)			
Clínico	36 (45,6)	10 (38,5)	0,52*
Cirúrgico	43 (54,4)	16 (61,5)	
Temperatura corporal - n (%)			
Hipotermia	2047 (32,2)	472 (19,4)	0,00**
Normotermia	3944 (62,1)	1830 (75,5)	0,00**
Febre	362 (5,7)	123 (5,1)	0,25**
Dias de Internação - média (mediana/ desvio padrão)			
UTI	12,2 (10/8,2)	12,8 (9,5/7,5)	0,55**
Enfermaria	20,8 (13/16,6)	30,4 (27,4/17,6)	0,01**
Escore - média (mediana/ desvio padrão)			
SOFA	10,2 (10,0/3,14)	7,65 (7,0/3,3)	0,00**
APACHE II	33,9 (34,0/9,7)	29,6 (27,5/9,6)	0,06**
Risco de Óbito	76,5 (84,6/21,2)	67,0 (66,6/23,0)	0,04**

Testes: *Qui-quadrado de Pearson; **Mann Whitney para amostras independentes.

Fonte: Banco de dados dos autores.

Tabela 2. Resultado da análise da variável de exposição febre, nas 24 horas prévias ao desfecho de pacientes sépticos em uma UTI, 2013

Período	Cenário	Número de episódios de febre	Desfecho óbito n (%)	Desfecho alta n (%)	Valor de p
24 horas prévias ao desfecho	a)	Ausência de febre	60 (75,9)	21 (80,7)	0,78*
		UM episódio	19 (24,6)	5 (19,2)	
	b)	≤ UM episódio	66 (83,5)	3 (11,5)	0,00**
		≥ DOIS episódios	13 (16,4)	23 (88,4)	
	c)	≤ DOIS episódios	69 (87,3)	23 (88,4)	1,00**
		≥ TRÊS episódios	10 (12,6)	3 (11,5)	
	d)	≤ TRÊS episódios	73 (92,4)	24 (92,3)	1,00**
		≥ QUATRO episódios	6 (7,5)	2 (7,6)	
	e)	≤ QUATRO episódios	74 (93,6)	24 (92,3)	1,00**
		≥ CINCO episódios	5 (6,3)	2 (7,6)	

Testes: *Qui-Quadrado de Pearson; **Teste Exato de Fisher.

Fonte: Banco de dados dos autores.

Para a análise da TC nos períodos referentes às primeiras 24 horas de internação e às 24 horas que antecederam ao desfecho, 2520 medidas foram consideradas, sendo 1260 referentes à admissão e 1260 às verificações efetuadas pré-desfecho. Na admissão não se verificou associação entre febre ou hipotermia com os desfechos alta e óbito. Os resultados referentes às medidas registradas nas 24 horas que antecederam o desfecho e a frequência de febre e hipotermia entre os grupos foram apresentados nas Tabelas 2 e 3. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos no cenário (b) para o fenômeno febre ($p = 0,00$; OR = 0,002; IC = 0,0067 - 0,0984).

Tabela 3. Resultado da análise da variável de exposição hipotermia nas 24 horas prévias ao desfecho em pacientes sépticos em uma UTI, 2013

Período	Cenário	Número de episódios de hipotermia	Desfecho óbito n (%)	Desfecho alta n (%)	Valor de p
24 horas prévias ao desfecho	a)	Ausência de hipotermia	22 (27,8)	22 (84,6)	0,51*
		UM episódio	57 (72,1)	17 (65,3)	
	b)	≤ UM episódio	34 (43,0)	10 (38,4)	0,68*
		≥ DOIS episódios	45 (56,9)	16 (61,5)	
	c)	≤ DOIS episódios	47 (59,4)	14 (53,8)	0,61*
		≥ TRÊS episódios	32 (40,5)	12 (46,1)	
	d)	≤ TRÊS episódios	49 (72,0)	14 (56,8)	0,46*
		≥ QUATRO episódios	30 (37,9)	12 (46,1)	
	e)	≤ QUATRO episódios	51 (64,5)	18 (69,2)	0,66*
		≥ CINCO episódios	28 (35,4)	8 (30,7)	

Testes: *Qui-Quadrado de Pearson para o cálculo do valor p.

Fonte: Banco de dados dos autores.

Discussão

Foram observadas 8778 verificações da TC efetuadas em 105 pacientes. Desses 105 pacientes, para 24,8 % o desfecho foi a alta e para 75,2 %, o óbito. No grupo óbito, 64,6% tinham idade maior que 60 anos enquanto no grupo alta, a maioria dos pacientes (57,7 %) era mais jovem ($p = 0,04$).

As alterações na termorregulação são eventos esperados na sepse e no choque séptico. A resposta do organismo à sepse pode induzir febre, hipotermia ou ambas. A TC é regulada pelo hipotálamo e manifestada por respostas fisiológicas como alteração do tônus vasomotor da pele, ossos e músculos, além de sudorese e tremores. Além da sepse, outras condições podem induzir a febre e a hipotermia, tais como processos cirúrgicos, transfusão sanguínea, administração de medicamentos, rejeição aguda, infarto agudo do miocárdio, acidente

vascular encefálico, hemorragia cerebral, pancreatite aguda, tumor maligno (28), ambientes com temperaturas extremas, uso de drogas vasoativas, anestésicos e também resposta a substâncias tóxicas e infecções (15).

Tendo em vista que a febre é um sinal frequente de alteração da termorregulação em pacientes com infecção (13), esta têm sido considerada um indicador importante para triagem e reconhecimento precoce da sepse e seus agravos como o choque séptico (15). A hipotermia também é um sinal que pode ocorrer na sepse e acredita-se que esta seja um indicador de agravamento do quadro clínico (29).

As diretrizes internacionais da Campanha de Sobrevivência a Sepse, bem como o ILAS, definem como critério de rastreamento/agravamento da sepse temperatura maior que 38,3 °C (febre) ou menor 36 °C (hipotermia) (10, 13).

É requerido que a equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem, esteja orientada quanto aos benefícios da monitoração dos parâmetros clínicos e fisiológicos de pacientes com sepse. A partir do reconhecimento de anormalidades nesses parâmetros, os enfermeiros, por estarem mais próximos do doente, podem sugerir e direcionar suas condutas (junto à equipe multidisciplinar) e impedir que a sepse se agrave para quadros como o choque séptico, que, por sua vez, é associado ao aumento da mortalidade (1).

Neste estudo, a frequência de hipotermia foi maior (32,2 %) no grupo cujo desfecho foi o óbito do que no grupo com desfecho alta (19,4 %); essa diferença se mostrou estatisticamente significativa. Com relação à hipotermia, a literatura relata que, além de ela estar associada à maior mortalidade, pode aumentar o risco de linfopenia na sepse e predizer clinicamente a imunossupressão induzida por essa síndrome (23). Um estudo de modelo experimental, evidenciou a correlação entre a hipotermia e o aumento da produção de óxido nítrico, uma vez que essa molécula induz a vasodilatação e o estado hipodinâmico, caracterizando o agravamento clínico na sepse: o choque séptico (30).

Em contrapartida, a hipotermia também está associada à mortalidade independentemente das alterações imunológicas durante a sepse (31). Um estudo de coorte que investigou a evolução da hipotermia espontânea em pacientes com sepse mostrou que a redução da TC foi incomum nas últimas doze horas de vida desses pacientes (24). Nesse estudo, quase metade dos episódios hipotérmicos ocorreu

na ausência de choque ou desconforto respiratório e a incidência de hipotermia não aumentou durante qualquer uma dessas condições (24). Este achado indica que a hipotermia é componente natural da resposta inflamatória à infecção (24).

No presente estudo, a frequência de febre não diferiu entre os grupos desfecho alta e óbito (considerando todo o período de internação - 8778 medidas). Contudo, sabe-se que a febre possui benefícios como a redução do crescimento bacteriano e da replicação viral e o reforço da resposta imunológica do hospedeiro pelo aumento da atividade leucocitária, ativação de células *natural killer*, ativação de células T, produção de citocinas por células mononucleares (32, 33), maior expressão de citocinas pró-inflamatórias como da interleucina-6, proteína C-reativa e procalcitonina (34).

Com respeito às TC verificadas nas 24 horas prévias ao desfecho, no cenário (b) evidenciaram-se diferenças estatisticamente significantes entre grupos. A ocorrência de pelo menos dois episódios de febre foi mais frequente no grupo que recebeu alta (88,4 %).

Acredita-se que o evento febre pode melhorar o prognóstico de pacientes críticos e associar-se a um menor tempo de permanência hospitalar (21). O estudo de Gao e colegas (34) mostrou que o tempo de permanência na UTI e os custos do tratamento foram maiores para os pacientes com temperatura menor que 38 °C.

Contradizendo os achados acima descritos, os resultados do tempo de internação neste estudo mostram que os pacientes do grupo alta permaneceram mais dias internados na enfermagem do que aqueles do grupo de pacientes que evoluíram para o óbito ($p = 0,01$).

Em relação à diferença estatística na variável idade encontrada entre grupos alta e óbito, destacamos que essa característica é relevante e a equipe de saúde deve estar orientada quanto às diferenças na termorregulação em pacientes idosos, pois a capacidade de regular a TC pode diminuir com a idade, sendo a hipotermia mais comum do que a febre nesses pacientes (35). Pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico são mais propensos a desenvolver hipotermia devido a condições diversas, como tempo de exposição no período intraoperatório, efeitos dos fármacos anestésicos e recebimento de infusões venosas frias (36).

As análises do escore SOFA e do risco de óbito se mostraram estatisticamente diferentes entre os grupos. Estes resultados indicam que na admissão da UTI, os pacientes do grupo óbito já apresentavam mais disfunções orgânicas e maior gravidade com risco elevado de óbito.

O escore SOFA é realizado por meio da avaliação de desarranjos fisiológicos dos sistemas orgânicos. O resultado do SOFA representa objetivamente a extensão da gravidade da disfunção dos órgãos, o que na prática clínica auxilia a equipe para o direcionamento e otimização de medidas visando melhores resultados para o paciente (26, 37).

Em geral, a enfermagem é responsável pela mensuração, pelo registro e, em consonância com a equipe, por determinar e dispensar cuidados individualizados aos pacientes que apresentem anormalidades da TC (38), razão pela qual deve-se estar atento ao impacto que as alterações da TC podem ter na evolução clínica e no desfecho do paciente internado.

Destaca-se, ainda, que as terapias para controle da TC em geral são individualizadas e diversas, como uso de: antipiréticos, sistemas de resfriamento ou aquecimento com fluxo de ar, aplicação de compressas mornas ou frias, banhos, entre outras (38).

Estudos mostram que os métodos de aquecimento ativo como o sistema de ar forçado e as roupas com circulação de água (39) são medidas eficazes para a prevenção da hipotermia e manutenção da temperatura estável (40). Os métodos de aquecimento passivos, como cobertores, apenas impedem que o calor produzido pelo paciente seja perdido para o ambiente (36).

Para os pacientes que apresentem febre, são indicados métodos físicos como o banho morno, aplicação de compressas mornas, bolsas de gelo e ventilação do ambiente (38). Além de monitorar a TC, a equipe deve estar atenta à monitoração das frequências cardíaca e respiratória; avaliar tremores, rubor e letargia; diluição, dosagem e administração dos antitérmicos conforme prescrição e manutenção da administração dos medicamentos de uso contínuo (38).

Adicionalmente, a enfermagem deve conhecer as medidas recomendadas para o cuidado dos pacientes sépticos, objetivando a melhoria do prognóstico. Os principais cuidados são: monitoração dos níveis de lactato; garantir que as culturas sejam

realizadas, assim como a administração de antibióticos; ressuscitação volêmica (30 ml/kg de cristaloide) para hipotensão ou lactato maior ou igual a 4 mmol/L; terapia vasopressora e manutenção da pressão arterial média maior que 65 mmHg (1).

A mensuração da TC deve ser preferencialmente realizada por métodos que refletem a temperatura central (nasofaringe, esôfago, membrana timpânica, artéria temporal, artéria pulmonar, bexiga) (41), pois estes são mais precisos e sensíveis às mudanças de temperatura. Os instrumentos de mensuração da TC central refletem a temperatura do suprimento sanguíneo da artéria carótida, responsável pelo provimento de sangue para o centro termorregulador do organismo - o hipotálamo (42). Contudo, os instrumentos de medida da TC central, por serem invasivos, estão associados a maior número de complicações (42). Além disso, especificamente no Brasil, estes dispositivos (termômetros esofágicos, arteriais, bexiga) são instalados apenas pelo médico (em geral, intensivista, cirurgião ou anestesista) (41) e não estão disponíveis em quantidade suficiente para atender a todos os pacientes que precisam deles.

Dessa maneira, a aferição da TC por um termômetro timpânico tem sido bastante recomendada por ser um método não invasivo e que reflete valores mais próximos da temperatura central, principalmente em pacientes críticos (43). Além disso, esses termômetros não requerem a instalação por um médico, permitindo a independência da equipe de enfermagem em relação à mensuração da temperatura (41).

Em relação à TC aferida por termômetros digitais (via oral, axilar, retal), embora útil, tem menor acurácia (axilar, oral, retal), pois a temperatura é captada por um sensor em contato com a pele do paciente. Assim, durante a aferição, esse instrumento pode ser afetado por diversos fatores como a temperatura ambiente, o fluxo sanguíneo local, a duração da leitura, presença de saliva e suor, nível de consciência, desnutrição/emagrecimento e hipoperfusão tecidual. Com a interferência desses fatores, o resultado da verificação pode apresentar grande variabilidade e, além disso, pode ser subestimado em relação aos instrumentos de medida da TC central (42, 43). Em unidades em que apenas o termômetro digital estiver disponível, sugere-se que a equipe conheça as suas limitações e opte pelo melhor local de aferição da TC, considerando as limitações do método, a gravidade do paciente e condições adjacentes.

Considerando esses aspectos, supõe-se que o método utilizado na mensuração da TC deve ser um aspecto valorizado na construção de estudos futuros. Algumas das limitações do presente estudo estão relacionadas com seu desenho metodológico. Trata-se de um estudo retrospectivo com informações recuperadas de prontuários de pacientes. Assim, não se tem controle se as informações registradas no prontuário representavam a condição clínica do paciente naquele momento.

Conclusão

A descrição do perfil de termorregulação em pacientes sépticos mostrou que a TC é um indicador complementar capaz de auxiliar a equipe na prática clínica com intuito de propiciar melhores desfechos. Neste estudo, a ocorrência de hipotermia foi maior nos pacientes cujo desfecho foi o óbito, além disso, o óbito foi predominante. A enfermagem, deve ser capaz de reconhecer precocemente os sinais de sepse, intervir instituindo/sugerindo medidas para controlar anormalidades da TC (como hipotermia e febre) em pacientes com sepse com o intuito de proporcionar melhores resultados.

Apoio financeiro

Este estudo não possui financiamento.

Referências

- (1) Singer M, Deutschman CS, Seymour C, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M *et al.* The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):801-10. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>
- (2) Vincent JL, Marshall JC, Namendys-Silva SA, François B, Martin-Loeches I, Lipman J *et al.* Assessment of the worldwide burden of critical illness: the intensive care over nations (ICON) audit. *Lancet Respir Med*. 2014;2(5):380-6. Disponível em: DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(14\)70061-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(14)70061-X)
- (3) Reinhart K, Daniels R, Kissoon N, Machado FR, Schachter RD, Finfer S. Recognizing sepsis as a global health priority - A WHO resolution. *N Engl J Med*. 2017;377:414-7. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1707170>
- (4) Mayr FB, Yende S, Angus DC. Epidemiology of severe sepsis. *Virulence*. 2014;5(1):4-11. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.4161/viru.27372>
- (5) Fleischmann C, Scherag A, Adhikari NK, Hartog CS, Tsaganos T, Schlattmann P *et al.* International forum of acute care trialists. Assessment of global incidence and mortality of hospital-treated sepsis. Current estimates and limitations. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016;193(3):259-72. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1164/rccm.201504-0781OC>
- (6) Torio CM, Moore BJ. National inpatient hospital costs: the most expensive conditions by payer, 2013. HCUP statistical brief no. 204. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK368492/>
- (7) Rodríguez F, Barrera L, De la Rosa G, Dennis R, Dueñas C, Granados M *et al.* The epidemiology of sepsis in Colombia: a prospective multicenter cohort study in ten university hospitals. *Crit Care Med*. 2011;39(7):1675-82. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318218a35e>
- (8) Estenssoro E, Kanoore-Edul VS, Loudet CI, Osatnik J, Ríos FG, Vázquez DN *et al.* Predictive validity of sepsis-3 definitions and sepsis outcomes in critically ill patients: a cohort study in 49 ICUs in Argentina. *Crit Care Med*. 2018;46(8):1276-83. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003208>
- (9) Machado FR, Cavalcanti AB, Bozza FA, Ferreira EM, Angotti-Carrara FS, Sousa JL *et al.* The epidemiology of sepsis in Brazilian intensive care units (the sepsis prevalence assessment database, SPREAD): an observational study. *Lancet Infect Dis*. 2017;17(11):1180-9. Disponível em: DOI: [http://doi.org/10.1016/S1473-3099\(17\)30322-5](http://doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30322-5)
- (10) Instituto Latino Americano de Sepse. Relatório nacional protocolos gerenciados de sepse 2005-2018. 2018. Disponível em: <https://ilas.org.br/assets/arquivos/relatorio-nacional/relatorio-nacional-final.pdf>
- (11) Viana RAPP, Machado FR, Souza JLA. Sepse, um problema de saúde pública: a atuação e colaboração da enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. São Paulo: COREN-SP; 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2JvyrMx>
- (12) Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, Friedrich ME, Iwashyna TJ, Phillips GS *et al.* Time to treatment and mortality during mandated emergency care for sepsis. *N Engl J Med* 2017;376(23):2235-44. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1056/NEJMoa1703058>
- (13) Instituto Latino Americano de Sepse. Implementação do protocolo gerenciado de sepse – atendimento ao adulto com sepse/choque séptico. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2PmRRqQ>
- (14) Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM *et al.* Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. *Intensive Care Med*. 2012;39(2):165-228. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1007/s00134-012-2769-8>

- (15) Annane D. Body temperature in sepsis: a hot topic. *The Lancet Resp Med.* 2018;6(3):162-3. Disponível em: DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(18\)30003-1](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(18)30003-1)
- (16) Cunha BA. With sepsis: if fever is good, then hypothermia is bad! *Crit Care Med.* 2012;40(10):2926-7. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31825f78aa>
- (17) Kushimoto S, Gando S, Saitoh D, Mayumi T, Ogura H, Fujishima S et al. The impact of body temperature abnormalities on the disease severity and outcome in patients with severe sepsis: an analysis from a multi-centre, prospective survey of severe sepsis. *Crit Care.* 2013;17:R271. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/cc13106>
- (18) Romanovsky AA, Almeida MC, Aronoff DM, Ivanov AI, Konsman JP, Steiner AA et al. Fever and hypothermia in systemic inflammation: recent discoveries and revisions. *Front Biosci.* 2005;1(10):2193-216. Disponível em: <https://www.bioscience.org/2005/v10/af/1690/fulltext.htm>
- (19) Rumbus Z, Matics R, Hegyi P, Zsiboras C, Szabo I, Illes A et al. Fever is associated with reduced, hypothermia with increased mortality in septic patients: a meta-analysis of clinical trials. *PLoS One.* 2017;12(1):e0170152. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170152>
- (20) Beverly A, Walter E, Carraretto M. Management of hyperthermia and hypothermia in sepsis: a recent survey of current practice across UK intensive care units. *J Intensive Care Soc.* 2016;17(1):88-9. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1177/1751143715601124>
- (21) Sundén-Cullberg J, Rylance R, Svefors J, Norrby-Teglund A, Björk J, Inghammar M. Fever in the emergency department predicts survival of patients with severe sepsis and septic shock admitted to the ICU. *Crit Care Med.* 2017;45(4):591-9. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002249>
- (22) Yang YL, Liu DW, Wang XT, Long Y, Zhou X, Chai WZ. Body temperature control in patients with refractory septic shock: too much may be harmful. *Chin Med J.* 2013;126(10):1809-13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23673091>
- (23) Drewry AM, Fuller BM, Bailey TC, Skrupky LP, Hotchkiss RS. The presence of hypothermia within 24 hours of sepsis diagnosis predicts persistent lymphopenia. *Crit Care Med.* 2015;43(6):1165-9. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000940>
- (24) Fonseca MT, Rodrigues AC, Cezar LC, Fujita A, Soriano FG, Steiner AA. Spontaneous hypothermia in human sepsis is a transient, self-limiting, and nonterminal response. *J Appl Physiol.* 2016;122(1):1394-1401. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00004.2016>
- (25) Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução número 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva e dá outras providências. 2010. Disponível em: <https://bit.ly/2MT3Day>
- (26) Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonça A, Bruining H et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the working group on sepsis related problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med.* 1996;22(7):707-10.
- (27) Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med.* 1985;13(10):818-29.
- (28) Egi M, Morita K. Fever in non-neurological critically ill patients: a systematic review of observational studies. *J Crit Care.* 2012;27:428-33. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2011.11.016>
- (29) Theilen H, Ragaller M. Therapy of hyperthermia and septic shock. Necessary or injurious? *Anaesthesiology.* 2007;66:949-52. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1007/s00101-007-1211-z>
- (30) Takatani Y, Ono K, Suzuki H, Inaba M, Sawada M, Matsuda N. Inducible nitric oxide synthase during the late phase of sepsis is associated with hypothermia and immune cell migration. *Lab Invest.* 2018;98(5):629-39. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1038/s41374-018-0021-z>
- (31) Wiewel MA, Harmon MB, Van Vught LA, Scicluna BP, Hoogendijk AJ, Horn J et al. Risk factors, host response and outcome of hypothermic sepsis. *Crit Care.* 2016;20(1):328. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1186/s13054-016-1510-3>
- (32) Su F, Nguyen ND, Wang Z, Cai Y, Rogiers P, Vincent JL. Fever control in septic shock: beneficial or harmful? *Shock.* 2005;23(6):516-20. Disponível em: DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15897803>
- (33) Harden LM, Kent S, Pittman QJ, Roth J. Fever and sickness behavior: friend or foe? *Brain Behav Immun.* 2015;50:322-333. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2015.07.012>
- (34) Gao Y, Zhu J, Yin C, Zhu J, Zhu T, Liu L. Effects of target temperature management on the outcome of septic patients with fever. *Biomed Res Int.* 2017;2017:1-10. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1155/2017/3906032>
- (35) Tiruvoipati R, Ong K, Gangopadhyay H, Arora S, Carney I, Botha J. Hypothermia predicts mortality in critically ill elderly patients with sepsis. *BMC Geriatr.* 2010;10(70):1-8. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-70>

(36) Poveda VB, Galvão CM, Santos CB. Factors associated to the development of hypothermia in the intraoperative period. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(2):228-33. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0104-11692009000200014>

(37) Keegan MT, Soares M. O que todo intensivista deveria saber sobre os sistemas de escore prognóstico e mortalidade ajustada ao risco. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(3):264-9. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5935/0103-507X.20160052>

(38) Salgado PO, Silva LCR, Silva PMA, Paiva IRA, Macieira TGR, Chianca TCM. Cuidados de enfermagem a pacientes com temperatura corporal elevada: revisão integrativa. *Rev Min Enferm*. 2015;19(1):212-26. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20150017>

(39) Lopes IG, Magalhães AMS, De Sousa ALA, De Araújo IMB. Prevenir a hipotermia no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Enf Ref*. 2015;IV(4):147-155. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.12707/RIV14027>

(40) Hoedemaekers CW, Ezzahti M, Gerritsen A, Van der Hoeven JG. Comparison of cooling methods to induce and maintain normo and hypothermia in intensive care unit patients: a prospective intervention study. *Crit Care*. 2007;11(4):R91. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1186/cc6104>

(41) Poveda VB, Nascimento AC. Controle da temperatura corporal no intraoperatório: termômetro esofágico versus termômetro timpânico. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(6):946-52. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/s0080-623420160000700010>

(42) Basak T, Aciksoz S, Tosun B, Akyuz A, Acikel C. Comparison of three different thermometers in evaluating the body temperature of healthy young adult individuals. *Int J Nurs Pract*. 2013;19(5):471-8. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1111/ijn.12097>

(43) Sund-Levander M, Grodzinsky E. Assessment of body temperature measurement options. *Br J Nurs*. 2013;22(16):942-50. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.16.942>

Atenção integral à comunidade: autoavaliação das equipes de saúde da família*

Atención integral de la comunidad: autoevaluación de los equipos de salud familiar

Full care for community: self-assessment of family health teams

*Artigo recorte do estudo "Acesso e qualidade da Atenção Básica: avaliação da Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil"

Cómo citar: Lima CA, Moreira KS, Barbosa BS, Junior RS, Pinto MQC, Costa SM. Atención integral da comunidade: autoavaliação de equipes de saúde da família. *Av Enferm*; 2019, 37(3):303-312. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.76998>

1 Cássio de Almeida Lima

Universidade Estadual de Montes Claros, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Montes Claros, Minas Gerais, Brasil).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4261-8226>

Correio eletrônico: cassioenf2014@gmail.com

Contribuição: concepção do estudo, planejamento e coleta de dados, interpretação dos dados, redação e revisão do artigo.

2 Kênia Souto Moreira

Centro Universitário Pitágoras de Montes Claros (Montes Claros, Minas Gerais, Brasil).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0661-616X>

Correio eletrônico: keniassoutomoreira@hotmail.com

Contribuição: concepção do estudo, planejamento e coleta de dados, elaboração do banco de dados, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

3 Brunna Cristina Silva Barbosa

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

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2240-487X>

Correio eletrônico: brunna-barbosaa@live.com

Contribuição: concepção do estudo, coleta de dados, elaboração do banco de dados e redação do artigo.

4 Raimundo Lelis de Souza Junior

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

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6394-8275>

Correio eletrônico: juniorcnn12@hotmail.com

Contribuição: concepção do estudo, coleta de dados, elaboração do banco de dados e redação do artigo.

5 Mânia de Quadros Coelho Pinto

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

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6913-8695>

Correio eletrônico: maniaquadros@gmail.com

Contribuição: concepção do estudo, planejamento e coleta de dados, análise dos dados e redação do artigo.

6 Simone de Melo Costa

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

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0266-018X>

Correio eletrônico: smelocosta@gmail.com

Contribuição: orientou todas as etapas do estudo e elaboração do artigo, concepção do estudo, planejamento da coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo.



Resumo

Objetivo: analisar a autoavaliação das equipes de saúde da família quanto à atenção integral à saúde da comunidade.

Método: pesquisa transversal analítica, em cidade polo do estado de Minas Gerais, Brasil. Todas as 75 equipes existentes na cidade, no período de coleta dos dados, estavam aderidas ao programa de avaliação. As equipes com ausência de informações nos 35 padrões de qualidade analisados foram excluídas. Analisaram-se 35 itens da subdimensão atenção integral, da *Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*, instrumento validado pelo Ministério da Saúde brasileiro. Foram processadas análises estatísticas descritivas e bivariadas pelos testes *Likelihood ratio*, Anova e correlação de Pearson, para comparar a autoavaliação segundo localização (urbana e rural) e profissionais componentes das equipes.

Resultados: entre as equipes, 38 (54,28 %) ficaram no nível satisfatório e sete (10 %) no insatisfatório. Houve melhor classificação para aquelas da área urbana ($p = 0,010$). As categorias profissionais técnico em enfermagem ($p = 0,030$), médico ($p = 0,018$), cirurgião-dentista ($p = < 0,001$) e auxiliar/técnico em odontologia ($p = 0,001$) se correlacionaram positivamente com maior pontuação.

Conclusões: evidenciou-se necessidade de aprimoramento da performance das equipes. Os achados trazem implicações para gestores e profissionais com impacto no cuidado e na atuação do enfermeiro.

Descritores: Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: analizar la autoevaluación de los equipos de salud de la familia en cuanto a la atención integral a la salud de la comunidad.

Método: investigación transversal analítica en ciudad polo del estado de Minas Gerais, Brasil. Los 75 equipos de salud existentes en la ciudad durante el periodo de recopilación de datos se adhirieron al programa de evaluación. Se excluyeron los equipos sin información sobre los 35 estándares de calidad analizadas. Se examinaron 35 ítems de la subdimensión atención integral de la *Autoevaluación para la mejora del acceso y de la calidad de la atención básica*, instrumento validado por el Ministerio de Salud brasileño. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y bivariados por las pruebas *Likelihood ratio*, Anova y correlación de Pearson. Se comparó autoevaluación por ubicación (urbana y rural) y los componentes del equipo profesional.

Resultados: entre los equipos, 38 (54,28 %) quedaron en el nivel satisfactorio y siete (10 %) en el insatisfactorio. Se observó una mejor clasificación para área urbana ($p = 0,010$). Las categorías profesionales técnicas en enfermería ($p = 0,030$), médico ($p = 0,018$), cirujano-dentista ($p = < 0,001$) y auxiliar/técnico en odontología ($p = 0,001$) se correlacionaron positivamente con mayor puntuación.

Conclusiones: se evidenció necesidad de perfeccionamiento del desempeño de los equipos. Los hallazgos traen implicaciones para gestores y profesionales, con impacto en el cuidado y en la actuación del enfermero.

Descriptoros: Atención a la Salud; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Investigación en Servicios de Salud; Enfermería en Salud Comunitaria (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to analyze the self-assessment of family health teams in terms of full care for community health.

Method: analytical cross-sectional research in a city in the state of Minas Gerais, Brazil. The 75 health teams existing in the city during the data collection period joined the evaluation program. The teams without information about the 35 quality standards analyzed were excluded. 35 items of the sub-dimension full care of the *self-assessment for the improvement of access and quality of basic care* were examined, a validated instrument of the Brazilian Ministry of Health. Descriptive and bivariate statistical analyses were performed by the Likelihood ratio, Anova and Pearson correlation tests. Self-assessment was compared by location (urban and rural) and the components of the professional team.

Results: among teams, thirty-eight (54.28 %) were at the satisfactory level and seven (10 %), in the unsatisfactory. A better classification was observed for urban area ($p = 0.010$). The nursing technical professional categories ($p = 0.030$), physician ($p = 0.018$), surgeon-dentist ($p \leq 0.001$), and odontology assistant/technician ($p = 0.001$) correlated positively with higher score.

Conclusions: there was a need to improve the performance of the teams. The findings have implications for managers and professionals, with an impact on the care and action of the nurse.

Descriptors: Health Care; Primary Health Care; Family Health Strategy; Research in Health Services; Nursing in Community Health (source: DeCS, BIREME).

Introdução

“A avaliação dos serviços constitui uma ferramenta relevante na gestão em saúde. Ela ancora o processo de decisão compartilhada, na perspectiva de repensar as práticas profissionais, reorganizar o processo de trabalho, realocar recursos, readequar ações e redefinir objetivos, mais coerentes com [...] as necessidades dos usuários dos serviços de saúde” (1, p.4414) sendo necessária a institucionalização da cultura de avaliação (1-4). No Brasil, a avaliação tem se tornado preocupação contínua dos gestores do sistema único de saúde (sus), sobretudo no âmbito da atenção básica (AB) (5).

No citado país, na década de 1990, foi criada a estratégia saúde da família (ESF) e investiu-se na composição das equipes de saúde da família (EqSFs). Estas desempenham ações mais próximas da população e são incumbidas de prestar assistência integral e longitudinal, numa concepção de corresponsabilidade entre profissional e usuário (6). Nos últimos anos, a ESF vem se mostrando como indubitável modalidade para mudança do paradigma assistencial e de implementação da AB, com base nas propostas de vigilância em saúde e no princípio da integralidade (7-10).

Ao se considerar a necessidade de avaliar a qualidade do cuidado e a relevância da ESF, emerge o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), coordenado pelo Ministério da Saúde brasileiro (5, 11). “O programa almeja incentivar gestores e EqSFs a melhorar a qualidade dos serviços e da assistência ofertados aos usuários do território. É organizado em quatro fases, as quais compõem um ciclo e se complementam: adesão e contratualização, desenvolvimento (inclui a autoavaliação das equipes), avaliação externa e recontratualização” (12, p.2-3).

Tal programa é amplo e tem como uma de suas subdimensões, autoavaliadas pelas EqSFs, a atenção integral à saúde ofertada por essas equipes à tríade usuário-família-comunidade. Essa subdimensão é assim definida no documento “Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica” (AMAQ) que envolve o acolhimento da demanda programada e espontânea em todos os ciclos do desenvolvimento humano, por meio de ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabi-

litação. Compreende uma abordagem que não se restringe aos aspectos físicos e patológicos, posto que também abarca o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais de saúde (11). Aqui é considerada a visão de qualidade determinada no AMAQ.

Destaca-se a integralidade no cuidado: princípio doutrinário do sus que permite a valorização do usuário como sujeito autônomo e livre, digno de cuidado qualificado e resolutivo. A partir da ESF, almeja-se a integralidade como eixo condutor que potencialize esforços em direção à construção da atenção ampliada ao processo saúde-doença-cuidado, com mudanças mais efetivas que atendam às necessidades de saúde da comunidade adscrita (13).

Apesar de avanços político-administrativos e na atuação das EqSFs, persistem fragilidades para adequar a assistência aos princípios da integralidade (8), o que ratifica a necessidade de ampliar o conhecimento sobre o processo de trabalho em saúde na AB (14, 15). Nessa conjuntura, tornam-se pertinentes novas evidências acerca dos constructos de avaliação das práticas das EqSFs na atenção integral (1). Justifica-se a realização desta pesquisa pois aborda a ampla subdimensão da AMAQ, instrumento com aplicabilidade prática que representa uma potencial ferramenta para a melhoria da qualidade dos serviços primários de saúde. Por meio de novo conhecimento sobre a autoavaliação pelos profissionais da ESF, podem-se sinalizar subsídios para o aprimoramento da organização da atenção integral e a contínua qualificação da prática das equipes, almejando também a melhor organização da assistência e a qualidade do cuidado. Ainda, os achados da atual investigação podem ser pertinentes no intuito de ancorar os gestores do sistema de saúde no fortalecimento da atenção ofertada na ESF (12, 16).

Este estudo teve como objetivo analisar a autoavaliação das equipes de saúde da família quanto à atenção integral à saúde da comunidade.

Método

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com desenho transversal e análise estatística inferencial. Teve como cenário a cidade de Montes Claros, de grande porte, situada na região norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. O local é polo regional, referência em setores como prestação de serviços, comércio, educação e saúde. A ESF integra a AB local desde 1992. Desde então e devido a isso, o número de equipes e a cobertura populacional têm crescido,

consolidando o modelo de saúde da família, sendo que hoje há cobertura de 100 % da população (12, 16).

Este trabalho incluiu dados de EqSFs cadastradas no município e trata dos resultados da autoavaliação dessas equipes, o que ocorreu durante o segundo ciclo do PMAQ-AB. Os dados, de cunho secundário, foram coletados a partir de formulários da AMAQ, em site do Ministério da Saúde, impressos e disponibilizados por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde para fins do estudo em 2014. Todas as 75 EqSFs existentes na cidade, no período de coleta dos dados – maio de 2014, estavam aderidas ao PMAQ-AB e, portanto, atenderam ao critério de inclusão: equipe com adesão ao PMAQ-AB. Adotou-se como critério de exclusão, ausência de informações nos 35 padrões de qualidade (itens) do instrumento AMAQ, referentes à subdimensão *Atenção integral à saúde*, da dimensão *Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde* (11). Ressalta-se que os itens do AMAQ são agrupados em dimensões e respectivas subdimensões que permitem avaliações com análise independente (11, 16). Logo, este trabalho se referiu à análise de dados de 70 EqSFs, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão.

O instrumento AMAQ foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde brasileiro (11) para aplicação na segunda fase de desenvolvimento do PMAQ-AB, após a etapa de adesão do município e das equipes ao programa. Trata-se de uma ferramenta de avaliação de serviços de saúde, gerada a partir de instrumentos validados, nacional e internacionalmente, com detalhamento no documento “AMAQ: autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade. Material de apoio à autoavaliação para as equipes de AB (Saúde da Família, AB Parametrizada e Saúde Bucal)” (11). Por meio da autoavaliação das equipes, pelo referido instrumento, identificam-se problemas o que contribuirá para propor intervenções e melhorar a qualidade da atenção (11, 12, 16).

Nesse sentido, a autoavaliação foi objetivada pelo preenchimento do instrumento AMAQ por cada equipe. Esta se reuniu, e, por meio da reflexão seguida de consenso dos profissionais, distribuiu pontos aos itens relativos ao trabalho no âmbito da saúde da família. Para o atual estudo, cada item analisado permitiu avaliar o grau de adequação da equipe quanto à atenção integral à saúde, ou seja, avaliar o padrão de qualidade das ações na ESF. Cada item foi mensurado pela equipe em escala de zero a 10 pontos. O zero correspondeu ao não cumprimento do padrão (total inadequação da equipe), e 10 à total adequação. Os pontos foram

somados para classificar a equipe em padrões de qualidade: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório, conforme recomendado pelo Ministério de Saúde (11). Quanto maior a pontuação, melhor a classificação da equipe, isto é, melhor qualidade das práticas de atenção integral à saúde (11, 16).

Reforça-se que a análise das equipes quanto a tais pontuações e classificações se deu segundo as instruções contidas no citado instrumento da AMAQ, do PMAQ-AB (11). Além disso, as EqSFs foram classificadas segundo a área de atuação: urbana ou rural.

A organização e análise estatística dos dados foram processadas no *software* IBM Statistical Package for the Social Sciences, versão 22.0®. Primeiramente, na análise estatística efetuou-se a descrição dos resultados em valores percentuais, média, desvio padrão (DP), valores mínimo e máximo. Foram realizadas análises bivariadas para comparar as proporções de equipes em cada padrão de qualidade, segundo a localização de atuação (urbana ou rural), por meio do teste *Likelihood ratio*, alternativo ao teste Qui-quadrado de Pearson. Justifica-se a escolha desse teste pelo número de equipes na zona rural ($n = 9$), apresentando na análise mais de 25 % das caselas da tabela de contingência com valores menores que cinco. As médias do número de profissionais nas EqSFs foram comparadas segundo os padrões de qualidade, aplicando-se o teste Anova. A correlação entre a pontuação auferida pela equipe e o número de profissionais nas EqSFs foi mensurada pelo teste de correlação de Pearson. Adotou-se o nível de significância estatística $p < 0,05$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Parecer Consubstanciado nº 704.718/2014. Também se obteve concordância institucional da Secretaria Municipal de Saúde.

Resultados

Entre os 35 itens avaliados sobre a atenção integral à saúde, a maior média de pontos foi observada no quesito “equipe realiza, solicita e/ou avalia os exames recomendados durante o pré-natal” (média = 9,16; DP = 1,187), enquanto o item “equipe utiliza as práticas integrativas e complementares como forma de ampliação da abordagem clínica” obteve a menor média de pontos (média = 1,51; DP = 2,612), conforme estatística descritiva apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Descrição dos pontos obtidos pelas equipes de saúde da família nos 35 padrões de qualidade da atenção integral à saúde. Montes Claros, MG, Brasil, 2014

Itens avaliados* A equipe de saúde da família:	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Acompanha o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de dois anos da sua área de abrangência.	7,66	1,512	5	10
Acompanha as crianças com idade até nove anos, com definição de prioridades a partir da avaliação e classificação de risco e análise de vulnerabilidade.	4,94	2,358	0	10
Desenvolve ações, desde o pré-natal até os dois anos de vida da criança para incentivar e orientar o aleitamento materno e a introdução de alimentação complementar saudável.	8,57	1,303	5	10
Realiza captação das gestantes no primeiro trimestre.	8,49	1,151	5	10
Acompanha todas as gestantes do território.	8,80	1,211	5	10
Realiza, solicita e/ou avalia os exames recomendados durante o pré-natal.	9,16	1,187	5	10
Realiza atendimento para a puérpera e o recém-nascido na primeira semana de vida.	7,79	2,021	1	10
Desenvolve ações regulares de planejamento familiar e oferta métodos contraceptivos.	8,87	1,474	3	10
Desenvolve ações sistemáticas de identificação precoce do câncer de colo uterino e de mama e faz busca ativa dos casos de citologia alterada.	8,91	1,139	6	10
Realiza ações de atenção integral a todas as faixas etárias e gêneros.	7,00	1,777	3	10
Identifica e mantém registro atualizado das pessoas com fatores de risco/doenças crônicas mais prevalentes do seu território, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica.	6,99	1,790	1	10
Organiza a atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.	5,49	2,658	0	10
Organiza a atenção às pessoas com asma e doença pulmonar obstrutiva crônica com base na estratificação de risco.	3,47	3,030	0	10
Realiza ações de apoio ao autocuidado e ampliação da autonomia das pessoas com doenças crônicas.	5,81	2,789	0	10
Identifica e acompanha as pessoas com convulsões e síndromes epiléticas em seu território.	5,06	2,631	0	10
Desenvolve ações de vigilância, identificação de sintomático respiratório, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose no território.	7,20	2,585	1	10
Desenvolve ações de vigilância, diagnóstico tratamento e acompanhamento dos casos de hanseníase no território.	7,26	2,862	0	10
Possui cadastro e realiza visitas periódicas às pessoas que estejam vivendo em serviço de acolhimento/abrigo.	4,43	4,067	0	10
Desenvolve ações para as pessoas com sofrimento psíquico no seu território.	6,83	4,132	0	10
Desenvolve ações para os usuários de álcool e outras drogas no seu território.	4,63	2,945	0	10
Identifica e acompanha as pessoas com deficiência no seu território.	6,50	2,483	0	10
Desenvolve ações voltadas aos usuários de tabaco no seu território.	4,40	3,355	0	10
Desenvolve ações para identificar casos de violência e desenvolve ações de incentivo à inclusão social.	4,37	3,046	0	10
Desenvolve atividades abordando conteúdos de saúde sexual.	7,10	2,415	1	10
Realiza diagnóstico e acompanhamento dos casos de HIV/Aids e demais doenças sexualmente transmissíveis.	7,74	2,448	1	10
Desenvolve ações de vigilância de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis.	6,74	2,603	0	10
Desenvolve ações de vigilância em Saúde Ambiental.	4,36	2,808	0	10
Realiza ações de atenção à saúde do trabalhador.	5,00	2,632	0	10
Realiza investigação e discussão dos óbitos infantis (< 1 ano) ocorridos no seu território.	7,24	3,043	0	10
Desenvolve ações para a redução do número de casos de dengue e sua letalidade no território.	8,46	1,639	2	10
Desenvolve ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis respeitando a cultura e as particularidades locais.	5,19	2,871	0	10
Desenvolve grupos terapêuticos na unidade de saúde e/ou no território.	5,93	3,236	0	10
Incentiva e desenvolve práticas corporais/atividade física na Unidade Básica de Saúde e/ou no território.	4,60	3,499	0	10
Desenvolve estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável respeitando as especificidades locais e as condições de indivíduos e coletividades.	6,40	2,612	0	10
Utiliza as práticas integrativas e complementares como forma de ampliação da abordagem clínica.	1,51	2,612	0	10

Fonte: os autores. Itens avaliados segundo o instrumento AMAQ (11).

Quanto à classificação por padrão de qualidade, 38 (54,28 %) das EqSFs se situaram no padrão satisfatório, enquanto sete (10 %) ficaram no patamar insatisfatório (Tabela 2).

Tabela 2. Classificação das equipes por padrão de qualidade na atenção integral à saúde. Montes Claros, MG, Brasil, 2014

Classificação das equipes quanto à atenção integral à saúde		
Classificação	n	%
Insatisfatório	7	10
Regular	15	21,42
Satisfatório	38	54,28
Muito satisfatório	10	14,30
Total	70	100

Fonte: Os autores.

Quando comparadas as EqSFs por padrão de qualidade e localização geográfica, zona urbana ou rural, foi verificada uma diferença estatisticamente significativa entre as equipes, com melhor qualidade para aquelas da área urbana do município ($p = 0,010$), conforme o teste *Likelihood ratio* (Tabela 3).

Tabela 3. Classificação das equipes de saúde da família por padrão de qualidade na atenção integral à saúde conforme área de atuação, urbana ou rural. Montes Claros, MG, Brasil, 2014

Classificação nas práticas de atenção integral à saúde	Área de atuação			Likelihood ratio p
	Zona urbana n(%)	Zona rural n(%)	Total n(%)	
Insatisfatório	3(42,9)	4(57,1)	7(100)	0,010
Regular	13(86,7)	2(13,3)	15(100)	
Satisfatório	35(92,1)	3(7,9)	38(100)	
Muito satisfatório	10(100)	0(0)	10(100)	
Total	61(87,1)	9(12,9)	70(100)	

Fonte: Os autores.

Constatou-se equipe de saúde da família incompleta, com ausência de técnicos em enfermagem, médicos, cirurgiões-dentistas e auxiliares/técnicos em odontologia. Na análise da correlação entre número de profissionais de diferentes formações acadêmicas e pontuação das equipes na subdimensão *atenção integral à saúde*, constatou-se que as categorias profissionais técnico em enfermagem ($p = 0,030$), médico ($p = 0,018$), cirurgião-dentista ($p < 0,001$) e auxiliar/técnico em odontologia ($p = 0,001$) se correlacionaram positivamente com maior pontuação pelas equipes. Portanto, a presença dessas categorias nas EqSFs melhora a avaliação da equipe quanto

à atenção integral ofertada no território de abrangência, sob sua responsabilidade (Tabela 4). Como todas as EqSFs tinham, igualmente, um profissional enfermeiro, não houve variabilidade dos dados entre as equipes, para essa categoria profissional.

Tabela 4. Correlação entre número de profissionais nas equipes de saúde da família e pontuação na subdimensão atenção integral à saúde. Montes Claros, MG, Brasil, 2014

Profissionais da equipe	Pontuação total na subdimensão atenção integral à saúde		
	R	R ²	p
Profissionais no geral (8-11)	0,046	0,002	0,215
Técnicos em enfermagem (0-1)	0,039	0,001	0,030
Médicos (0-1)	0,290	0,084	0,018
Cirurgiões-dentistas (0-1)	0,297	0,088	<0,001
Auxiliares/técnicos em odontologia (0-2)	0,316	0,099	0,001
Agentes comunitários de saúde (4-11)	-0,258	0,066	0,300

Fonte: Os autores.

Discussão

Este estudo evidenciou uma análise da autoavaliação das EqSFs no tocante às ações de atenção integral à saúde da comunidade. Embora a maioria das equipes tenha atingido boa classificação, uma parcela considerável ficou aquém do desejável, o que é digno de nota devido à necessidade de se propiciar um cuidado integral na ESF. Assim, infere-se que a integralidade encontra desafios para sua plena consolidação na AB, realidade esta similar à verificada em outras pesquisas (17-19).

Uma avaliação das equipes de AB no Brasil, a partir de dados do PMAQ-AB, evidenciou fragmentação de políticas, programas, ações e práticas. Essa fragmentação na esfera local representa uma entrave ao novo modelo assistencial (17). É necessário que os profissionais da ESF ampliem sua prática clínica e busquem um processo de trabalho centrado nos usuários (20). É igualmente imprescindível que compreendam a integralidade como pluralidade de concepções, ações e atitudes, no intuito de cuidar das pessoas conforme suas necessidades em atendimento integral (13).

Porém, é pertinente ponderar sobre o extenso rol de atribuições das EqSFs presente na subdimensão avaliada. Isso sugere que os profissionais são responsáveis por um expressivo número de atividades e ficam propensos à sobrecarga de trabalho.

A tais equipes são delegados novos papéis e responsabilidades direcionados às doenças prevalentes, aos grupos prioritários, a problemas ou situações específicas que, às vezes, ultrapassam o domínio da ESF (21).

Situação semelhante a essa é verificada no Reino Unido e na Dinamarca. Nesses países, os profissionais também desenvolvem ampla gama de tarefas incluindo, entre outras, ações de prevenção, atenção curativa aguda, tratamento para pessoas com condições crônicas e assistência nos casos de emergências (21, 22).

No que concerne aos itens analisados na subdimensão, o cuidado dos usuários com condições crônicas mostrou-se frágil, principalmente quanto à estratificação de risco e promoção da autonomia e do autocuidado. Também foram identificadas deficiências nesse cuidado em pesquisas no estado do Amazonas (23) e no Brasil (17), e em outros países: na província de Quebec, Canadá (24, 25), em Leicestershire, Inglaterra (26), no Reino Unido (27) e na China (28).

Tal situação demanda atenção, posto que, no caso das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), trata-se de perfil de morbimortalidade que requer criterioso acompanhamento clínico e atividades preventivas na comunidade para evitar complicações e novos casos. A vigilância das DCNT representa um dos principais desafios para as EqSFs e para as políticas de cuidados primários de saúde (23). Essas afecções são cada vez mais comuns na população, em virtude das transições demográfica e epidemiológica, o que realça o papel central da AB no manejo das DCNT (24, 25).

A assistência aos usuários com condições crônicas deve ocorrer de forma integral com ações que promovam a conscientização sobre fatores de risco e autocuidado, além de estratégias que propiciem maior autonomia e empoderamento das pessoas (11, 17). É preciso aprimorar a organização das práticas da equipe para o efetivo enfrentamento das doenças em pauta. As DCNT possuem longa duração e exigem cuidado longitudinal, norteados pela clínica com a perspectiva de superar o enfoque convencional centrado na patologia e nos quadros agudos (17, 23).

Evidenciaram-se, também, fragilidades na atenção à saúde mental, em consonância com outros trabalhos (17, 29, 30). Embora seja parte do escopo de ações da AB, esse componente se mostra pouco desenvolvido no contexto da ESF (30), o que sinaliza a dificuldade das EqSFs em lidar com questões rela-

tivas à saúde mental e fatores psicossociais presentes no seu território (17). Nessa tentativa de qualificar a atuação das equipes, é premente aumentar a gestão do cuidado e o acompanhamento dos casos, pelo menos os mais graves. No escopo de expandir as estratégias de cuidado, outros recursos assistenciais podem ser úteis, como atendimento em grupo, ações de prevenção e promoção da saúde mental (30), além do apoio matricial (17).

No âmbito da ESF, ainda se observa a baixa institucionalização de ações de promoção da saúde (7). Essa situação foi identificada, pois predominaram baixas pontuações das EqSFs quanto à promoção de ambientes saudáveis, grupos terapêuticos, práticas corporais/atividade física, alimentação saudável, práticas integrativas e complementares. “As referidas ações almejam melhor desenvolvimento pessoal e social dos usuários frente ao processo saúde-doença-cuidado” (17, p.63). Os achados deste estudo expressam a insuficiente capacidade para superar a assistência curativista, permanecendo o modelo tradicional focado nos próprios profissionais (7, 17, 31).

A ESF tem, na promoção da saúde, um de seus princípios basilares (7). Para a efetivação desse princípio na prática dos serviços, são fortemente recomendadas estratégias como: reorganização do processo de trabalho, capacitação profissional, apoio político-institucional e financiamento específico (7, 17). Assim, será possível que a AB possa consubstanciar seu potencial como locus privilegiado para o desenvolvimento das práticas de promoção da saúde. Essas práticas podem ser voltadas para fatores de risco ou empoderamento, informação qualificada e intersectorialidade, possibilitando ampliar o cuidado e sua efetividade (7, 9, 17).

É válido salientar o resultado registrado no item práticas integrativas e complementares, com baixa média de pontos por equipe. Em outros estudos constatou-se a baixa oferta dessas práticas para os usuários do território (17, 21, 32). Então, é notória a importância de incentivar a Política de Práticas Integrativas e Complementares no cenário da ESF, com o planejamento de meios para a difusão do uso de tais práticas. Deve-se promover a educação permanente para os profissionais, com a perspectiva da inovação no cuidado da saúde da população (32, 33).

A presente pesquisa, ao comparar os padrões de qualidade da AB segundo a localização rural e urbana, demonstrou melhores resultados para as equipes atuantes na área urbana, como demonstrado pelo teste *Likelihood ratio*. Trata-se de uma constata-

tação interessante, visto que a população rural, por sua vez, também deve ser beneficiada pelo cuidado integral de qualidade. Então, a expansão da cobertura da ESF deve considerar as diversidades presentes mesmo no interior dos municípios, a realidade e as necessidades de cada população, promovendo melhor acesso aos serviços de saúde (4, 34).

No Brasil, no setor saúde, ainda existem debilidades político-administrativas que afetam a assistência em saúde pública, inclusive em áreas rurais. A atenção à saúde das comunidades rurais no SUS requer, por parte das EqSFs e dos gestores da AB local, articulação de saberes que abarcam planejamento, monitoramento e execução de ações integradas e de qualidade (35), a partir da unidade da ESF. Recomendam-se ações de maior apoio e suporte aos serviços e equipes com essa particularidade territorial.

Ainda, houve correlação entre maior número de profissionais (técnico em enfermagem, médico, cirurgião-dentista, auxiliar/técnico em odontologia) e maior pontuação para as práticas de “atenção integral à saúde”, evidenciada pelos testes Anova e correlação de Pearson. Uma equipe multiprofissional completa também foi associada a melhores resultados em outros estudos (18, 19, 21). Acredita-se que equipes providas por mais profissionais de saúde estão melhor asseguradas para adequada atenção à saúde da comunidade adscrita (8). Estas poderão ofertar um cuidado realmente pautado na integralidade e na qualidade (18), sendo importantes para atender as promessas de consolidação da ESF (8).

Por fim, convém reforçar a relevância de envolver cada vez mais as EqSFs numa sistemática de avaliação da AB para embasar progressos nos processos, a identificação de prioridades e metas (36).

Conclusão

A partir da análise da autoavaliação de EqSFs, foi possível concluir que as suas práticas de atenção integral à saúde da comunidade foram predominantemente de qualidade insatisfatória e regular. Os componentes mais afetados foram principalmente quanto ao cuidado da saúde dos usuários com condições crônicas e no campo da saúde mental como também em ações de promoção da saúde e na utilização de práticas integrativas e complementares para ampliar a abordagem clínica. Contudo, o acompanhamento de crianças de até nove anos, as ações para identificar casos de violência e de incentivo à inclusão social, bem como vigilância em saúde

ambiental e em saúde do trabalhador também apresentaram resultados insatisfatórios na prática das equipes. Os melhores resultados foram para as equipes da zona urbana e para aquelas com maior número de profissionais.

Este trabalho apresenta implicações para EqSFs e gestores da AB, estando ligadas à performance do enfermeiro e podem auxiliar no melhor desempenho dos profissionais na construção do cuidado integral à saúde.

No tocante às limitações deste estudo, o delineamento transversal impede definir relação de causalidade para os resultados averiguados e a pesquisa foi circunscrita às unidades da ESF de uma cidade. Os dados investigados foram procedentes da autoavaliação e da percepção das EqSFs, o que os torna suscetíveis à subjetividade e ao viés de informação.

Apoio financeiro

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Processo 88887352628/2019-00 (bolsa de doutorado concedida ao autor Lima CA).

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e Unimontes, Edital PIBIC/FAPEMIG 010/2018 (bolsas de Iniciação Científica concedidas aos autores Barbosa BCS e Souza Junior RL).

Referências

- (1) Oliveira e Silva CS, Fonseca ADG, Souza e Souza LP, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4407-15. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.14122013>
- (2) Metcalfe D, Diaz AJR, Olufajo AO, Massa MS, Keteelaar NA, Flottorp AS *et al*. Impact of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;9:CD004538. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004538.pub3>
- (3) Van der Wees PJ, Nijhuis-Van der Sanden MW, Van Ginneken E, Ayanian JZ, Schneider EC, Westert GP. Governing healthcare through performance measurement in Massachusetts and the Netherlands. *Health Policy*. 2014;116(1):18-26. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.009>
- (4) Wagner EH, Flinter M, Hsu C, Cromp D, Austin BT, Etz R *et al*. Effective team based primary care: observations from innovative practices. *BMC Fam Pract*. 2017;18(13):1-9. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1186/s12875-017-0590-8>

- (5) Carvalho MF, Vasconcelos MIO, Silva ARV, Meyer APGFV. Utilização de monitoramento e análise de indicadores na atenção primária à saúde. *SANARE*. 2017;16(1):67-73. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1096/607>
- (6) Menezes ELC, Scherer MDA, Verdi MI, Pires DP. Manners of producing care and universality of access in primary health care. *Saude Soc*. 2017;26(4):888-903. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/s0104-12902017170497>
- (7) Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Silva MEO, Freire LAM. Desafios da política, da gestão e da assistência para a promoção da saúde no cotidiano dos serviços. *REME - Rev Min Enferm*. 2012;16(2):178-87. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/517>
- (8) Mattos GCM, Ferreira e Ferreira E, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):373-82. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012>
- (9) Lyngsø AM, Godtfredsen NS, Høst D, Frølich A. Instruments to assess integrated care: a systematic review. *Int J Integr Care*. 2014;14:e027. Disponível em: <https://bit.ly/2PsBuZG>
- (10) Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary health-care and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLOS Medicine*. 2017;14(5):1-19. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>
- (11) Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. AMAQ: autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade. Material de apoio a autoavaliação para as equipes de atenção básica (saúde da família, AB parametrizada e saúde bucal). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
- (12) Lima CA, Moreira KS, Abreu MHNG, Vieira DMA, Mangueira SAL, Vieira MA *et al.* Qualidade do cuidado: avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na atenção básica em município de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(41):1-12. Disponível em: DOI: [http://doi.org/10.5712/rbmf14\(41\)1900](http://doi.org/10.5712/rbmf14(41)1900)
- (13) Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da estratégia saúde da família no vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(55):1089-100. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>
- (14) Bowie P, Halley L, Blamey A, Gillies J, Houston N. Qualitative evaluation of the Safety and Improvement in Primary Care (SIPC) pilot collaborative in Scotland: perceptions and experiences of participating care teams. *BMJ Open*. 2016;6(1):e009526. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009526>
- (15) Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC *et al.* The nurse's work in primary health care. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):90-8. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20160013>
- (16) Lima CA, Moreira KS, Costa GS, Maia RS, Pinto MQC, Vieira MA *et al.* Avaliação da organização do processo de trabalho entre equipes de saúde da família de um município de Minas Gerais - Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2019;17(1):e0018710. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00187>
- (17) Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Engstrom EM, Bodstein RCA. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2014;38(n. esp.):52-68. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S005>
- (18) Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(9):1941-52. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00132114>
- (19) Moreira KS, Vieira MA, Costa SM. Qualidade da atenção básica: avaliação das equipes de saúde da família. *Saúde Debate*. 2016;40(111):117-27. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0103-1104201611109>
- (20) Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014;349:1-10. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1136/bmj.g4014>
- (21) Uchôa SAC, Arcêncio RA, Fronteira I, Coêlho AA, Martiniano CS, Brandão ICA *et al.* Potential access to primary health care: what does the National Program for Access and Quality Improvement data show? *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2672. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.1069.2672>
- (22) Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(7):1217-30. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008>
- (23) Garnelo L, Santos-Lucas AC, Parente RCP, Rocha ESC, Gonçalves MJF. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de saúde da família na Amazônia. *Saúde Debate*. 2014;38(n. esp.):158-72. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S012>
- (24) Hudon C, Chouinard MC, Diadiou F, Lambert M, Bouliane D. Case management in primary care for frequent users of health care services with chronic diseases: a qualitative study of patient and family experience. *Ann Fam Med*. 2015;13(6):523-8. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1370/afm.1867>

(25) Lamothe L, Sylvain C, Sit V. Multimorbidité et soins primaires: émergence de nouvelles formes d'organisation en réseau. *Sante Publique*. 2015;27(supl. 1):S129-135. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.3917/spub.150.0129>

(26) Tarrant C, Windridge K, Baker R, Freeman G, Boulton M. 'Falling through gaps': primary care patients' accounts of breakdowns in experienced continuity of care. *Family Practice*. 2015;32(1):82-7. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1093/fampra/cmu077>

(27) Daveson BA, Harding R, Shipman C, Mason BL, Epiphaniou E, Higginson IJ *et al*. The real-world problem of care coordination: a longitudinal qualitative study with patients living with advanced progressive illness and their unpaid caregivers. *PLoS One*. 2014;9(5):e95523. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0095523>

(28) Tang W, Sun X, Zhang Y, Ye T, Zhang L. How to build and evaluate an integrated health care system for chronic patients: study design of a clustered randomised controlled trial in rural China. *Int J Integr Care*. 2015;15:e007. Disponível em: <https://bit.ly/2PqCfCD>

(29) Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF *et al*. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da estratégia saúde da família no Brasil. *Saúde Debate*. 2014;38(n. esp.):34-51. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S004>

(30) Rocha HA, Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Cherchiglia ML. Mental health in primary care: an evaluation using the item response theory. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:1-11. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000051>

(31) González CG, Herrera YR, Pulgar GEB. Modelo de atención integral de salud vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017. *Educ Med*. 2019;20(S1):136-42. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.023>

(32) Veziani Y, Kumar S, Leach M. The development of a survey instrument to measure the barriers to the conduct and application of research in complementary and alternative medicine: a Delphi study. *BMC Complement Altern Med*. 2018;18(1):335. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1186/s12906-018-2352-0>

(33) Pires IFB, Sousa AA, Lima CA, Costa JD, Feitosa MHA, Costa SM. Plantas medicinais: cultivo e transmissão de conhecimento em comunidade cadastrada na estratégia saúde da família. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2016;18(4):37-45. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.21722/rbps.v18i4.16729>

(34) Gage AD, Leslie HH, Bitton A, Jerome JG, Thermidor R, Joseph JP *et al*. Assessing the quality of primary care in Haiti. *Bull World Health Organ*. 2017;95(3):182-90. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.179846>

(35) Silva EM, Portela RA, Medeiros ALE, Cavalcante MCW, Costa RTA. Os desafios no trabalho da enfermagem na estratégia saúde da família em área rural: revisão integrativa. *Hygeia*. 2018;14(28):1-12. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.14393/Hygeia142801>

(36) European Commission. Tools and methodologies for assessing the performance of primary care. Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018. 71 p. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.2875/459903>

Sentido de coherencia y estilo de vida promotor de salud en estudiantes del noroeste de México

Senso de coerência e estilo de vida promotor de saúde em estudantes do noroeste do México

Sense of coherence and health-promoting lifestyle in northwest Mexico students

Cómo citar: Escobar-Castellanos B, Cid-Henríquez P, Sáez Carrillo K, Buelna-Barrueta V, Contreras-Murrieta D, Godínez-Morales B, Franco-García F. Sentido de coherencia y estilo de vida promotor de salud en estudiantes del noroeste de México. *Av Enferm.* 2019; 37(3): 313-322. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.78060>

1 Blanca Escobar-Castellanos

Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora (Hermosillo, Sonora, México).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9239-0461>
Correo electrónico: blanca.escobar@unison.mx

Contribución: participación en todo el proceso.

2 Patricia Cid-Henríquez

Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción (Concepción, Chile).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2821-0558>
Correo electrónico: patcid@udec.cl

Contribución: participación en todo el proceso.

3 Katia Sáez-Carrillo

Departamento de Estadística, Universidad de Concepción (Concepción, Chile).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8580-8038>
Correo electrónico: ksaez@udec.cl

Contribución: participación en todo el proceso.

4 Valerie Raquel Buelna-Barrueta

Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora (Hermosillo, Sonora, México).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3341-6363>
Correo electrónico: valerie_1310@hotmail.com

Contribución: participación en todo el proceso.

5 Dania Judith Contreras-Murrieta

Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora (Hermosillo, Sonora, México).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5070-1428>
Correo electrónico: da_nya09@hotmail.com

Contribución: participación en todo el proceso.

6 Brian Jesús Godínez-Morales

Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora (Hermosillo, Sonora, México).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4056-8691>
Correo electrónico: brian.godinez@gmail.com

Contribución: participación en todo el proceso.

7 Francisco Franco-García

Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora (Hermosillo, Sonora, México).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7304-7588>
Correo electrónico: francogfco@gmail.com

Contribución: participación en todo el proceso.



Resumen

Objetivo: analizar el sentido de coherencia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en estudiantes de una universidad pública en Sonora, México.

Materiales y método: estudio descriptivo y correlacional, participaron 44 estudiantes de las carreras de ciencias de la computación, física y geología. Se empleó una cédula de datos sociodemográficos, la Escala Sentido de Coherencia 13 y el Cuestionario Estilo de Vida II. Se efectuó análisis de datos con medidas de tendencia central y de dispersión, se utilizó el test chi-cuadrado y coeficiente de correlación de Spearman, con un nivel de significancia de alfa 0,05.

Resultados: la edad promedio de los estudiantes fue de 20 años, 70,5% eran hombres y solteros, un 52,3% mostró sentido de coherencia global bajo predominando en hombres (54,8%). Un 56,8% obtuvo un estilo de vida promotor de salud insuficiente, mayormente en mujeres (69,2%). El sentido de coherencia tuvo correlación positiva significativa con el estilo de vida promotor de salud ($p < 0,05$).

Conclusiones: la etapa de transición a la vida universitaria es un período importante y crítico para los estudiantes. Es prioritario establecer programas de promoción y educación para la salud con enfoque salutogénico, con el propósito de fortalecer el uso de los recursos disponibles y desarrollar un sentido de coherencia más fuerte en los estudiantes, fomentando un estilo de vida promotor de salud permanente.

Descriptor: Sentido de Coherencia; Estilo de Vida Saludable; Estudiantes; Enfermería; Promoción de la Salud (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Objetivo: analisar o senso de coerência e sua relação com o estilo de vida promotor de saúde em estudantes de uma universidade pública em Sonora, México.

Materiais e método: estudo descriptivo e correlacional, 44 alunos participaram das carreiras de ciência da computação, física e geologia. Utilizou-se um cartão de dados sociodemográficos, a Escala de senso de coerência 13 e o Questionário de estilos de vida II. A análise dos dados foi realizada com medidas de tendência central e dispersão, utilizando-se o teste do qui-quadrado e o coeficiente de correlação de Spearman, utilizando um nível de significância de alfa 0,05.

Resultados: a média da idade dos estudantes foi de 20 anos, 70,5 % eram homens e solteiros, 52,3 % mostraram um senso de coerência global baixo, predominando em homens (54,8 %). 56,8 % obtiveram um estilo de vida promotor de saúde insuficiente, principalmente em mulheres (69,2 %). O senso de coerência teve uma correlação positiva significativa com o estilo de vida promotor de saúde ($p < 0,05$).

Conclusões: a fase de transição para a vida universitária é um período importante e crítico para os alunos. É prioritário estabelecer programas de promoção da saúde e educação com uma abordagem salutogênica, com o objetivo de reforçar o uso dos recursos disponíveis e desenvolver um senso de coerência mais forte nos estudantes promovendo, assim, um estilo de vida promotor de saúde permanente.

Descritores: Senso de Coerência; Estilo de Vida Saudável; Estudantes; Enfermagem, Promoção da Saúde (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to analyze the sense of coherence and its relationship with the health-promoting lifestyle in students of a public university in Sonora, Mexico.

Materials and method: descriptive and correlational study, 44 students in the careers of computer science, physics and geology participated. A sociodemographic data card, the sense of coherence scale 13 and the Lifestyle II questionnaire were used. Data analysis was performed with central trend and dispersion measurements, the chi-square test and Spearman correlation coefficient were used, using a significance level of alpha 0.05.

Results: the average age of students was 20 years, 70.5 % were male and single, 52.3 % showed a low sense of overall coherence, predominantly in men (54.8 %). 56.8 % obtained an insufficient health-promoting lifestyle, mostly in women (69.2 %). The sense of coherence had a significant positive correlation with the health-promoting lifestyle ($p < 0.05$).

Conclusions: the transition to university life is an important and critical period for students. It is a priority to establish health promotion and education programs with a salutogenic approach, with the aim of strengthening the use of the accessible resources and developing a stronger sense of coherence in students, fostering a permanent health-promoting lifestyle.

Descriptors: Sense of Coherence; Healthy Lifestyle; Students; Nursing; Health Promotion (source: DeCS, BIREME).

Introducción

La población de adolescentes y jóvenes que habitaban la región de las Américas, según reportes de la Organización Panamericana de la Salud en el año 2010, oscilaba en 232 millones de personas (24,5 %), quienes se enfrentaban a múltiples obstáculos que los excluían de la salud debido a diversos factores (1). Para el año 2017, Naciones Unidas informó que un 18 % de la población mundial eran jóvenes y se espera que para el 2025 la proporción descienda a un 15,4 % (2). Cifras emitidas por la Encuesta Intercensal realizada en México en el año 2015 mostraron que la población en edades entre los 15 y los 29 años ascendió a 30,6 millones (25,7 %), mientras que en Sonora, México, residían 721 mil individuos en ese mismo rango etario, representando un 25,3 % de la población general (3).

Actualmente los problemas de salud mundial, nacional y regional relacionados con la población juvenil (18 a 29 años) son muy parecidos al total de la población. Las principales causas de muerte en este grupo de edad son similares en ambos sexos y se asocian con la violencia por acción directa (homicidios y suicidios) o accidentes de tráfico de vehículos de motor y lesiones autoinfringidas (4). También ha habido un incremento en las enfermedades no transmisibles, desencadenadas en gran medida por la globalización, lo cual ha motivado la adopción de un estilo de vida acelerado y sedentario, generando conductas no saludables; además del riesgo genético que presenta la población mexicana, lo que amplía la probabilidad de desarrollar sobrepeso, obesidad y diabetes (5).

Se reconoce que los estudiantes universitarios enfrentan necesidades y problemas de salud que no son resueltos en su mayoría por las políticas públicas sanitarias, que prevalecen en la actualidad en México, así como en otros países de América Latina y el Caribe (6). Las Naciones Unidas indicaron que los principales problemas de los jóvenes son la falta de educación preventiva, el embarazo adolescente y el contacto con drogas ilícitas. Respecto a esta situación, el Programa de Acción Mundial para los Jóvenes detectó quince esferas prioritarias enfocadas hacia la juventud, dentro de las cuales se enlista la educación y la salud (2); acciones importantes que deben fomentarse en este grupo poblacional para disminuir la problemática sanitaria a la cual se exponen.

En el marco de la promoción de la salud se puede abordar la teoría salutogénica o salud positiva de Aaron Antonovsky, que se centra en la salud y no en la enfermedad (7). Según Lindström et al. (8) la salud es un proceso continuo en un eje entre la enfermedad total (*dis-ease*) y la salud total (*ease*). La manera de comprender este proceso es a través de la capacidad de emplear los recursos disponibles presentes en el individuo, reconocidos como recursos generales de resistencia o factores saludables, los cuales proporcionan a la persona un conjunto de experiencias de vida significativas y coherentes. Estos factores son clave para hacer posible tal movimiento, la relevancia radica en poder utilizarlos y reutilizarlos para un propósito previo; es decir, poseer un sentido de coherencia (soc), constructo esencial de su teoría (9). El soc permite a la persona desarrollar la capacidad de comprender y evaluar toda la situación en la que se encuentra, al identificar un significado para promover su salud. Este enfoque da respuesta a por qué las personas a pesar de las situaciones estresantes y las dificultades se mantienen en buen estado de salud (8).

Antonovsky (10) definió el soc como “una orientación global que expresa el grado en que uno tiene un sentimiento generalizado y estable, aunque dinámico de confianza, en que (a) los estímulos derivados de los medios interno y externo en el curso de la vida son estructurados, predecibles y explicables; (b) los recursos están disponibles con respecto a las demandas que el individuo se va a encontrar, derivadas de esos estímulos; y (c) estas demandas son retos dignos de inversión y compromiso” (9, p.441). Por otra parte, Antonovsky (10, 11) diferencia en este constructo tres dominios cognitivos estrechamente relacionados: comprensibilidad (componente cognitivo), manejabilidad (componente instrumental o de comportamiento) y significatividad (componente motivacional).

El modelo de promoción de la salud de Pender promulga la capacidad atribuida al individuo para adoptar conductas positivas para la salud, se destaca “el papel activo de la persona para gestionar las conductas de salud modificando su entorno” (12, p.390). La promoción de la salud se origina “por el deseo de incrementar el bienestar y de actualizar el potencial humano” (12, p.392), existiendo procesos complejos que estimulan a la persona a comprometerse con conductas destinadas al fomento de la salud (13).

Para Pender la conducta o estilo de vida promotor de salud (EVPS) se explica como la expresión de la

“acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva” (12, p.389). En este contexto de manera individual se pretende que las personas se hagan responsables de generar conductas positivas en salud, por lo que el EVPS implica “actitudes o conductas que desarrolla una persona con el objeto de incrementar su nivel de bienestar y que son parte regular de sus patrones de vida” (14, p. 1492).

El EVPS conlleva la adquisición de conductas que favorezcan la salud, por lo que es indispensable que las personas tomen decisiones respecto a su estilo de vida, el cual está influenciado por los conocimientos, la voluntad y las condiciones necesarias para vivir; estos factores inciden en su calidad de vida (15). Barraza menciona que cuando el estudiante inicia su proceso universitario se enfrenta a una serie de demandas o exigencias, modificando su estilo de vida en respuesta a la nueva carga de trabajo y al nuevo nivel de estrés. Existe una tendencia a volverse poco saludable, se adquieren conductas sedentarias, hay consumo de alimentos chatarra, alcohol, tabaco y algún otro tipo de droga, incluso se advierte falta de prácticas de sexo seguro (16). Las conductas no saludables “tipifican” a los estudiantes universitarios con perfiles de alto riesgo para su salud (17).

Para enfermería, la promoción de la salud y el desarrollo de la teoría salutogénica tienen un gran campo de aplicación dentro de las diversas funciones que se desempeñan en la profesión. Fomentar la adopción de un EVPS acrecienta los conocimientos, contribuye a mejorar la calidad de vida y permite interactuar como educador al promover la autonomía, el empoderamiento y la asimilación de conocimientos focalizados en los cambios de actitudes y conductas, tomando en cuenta las necesidades reales de los estudiantes universitarios (18). El presente estudio tuvo el objetivo de analizar el sentido de coherencia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en estudiantes universitarios que cursaban su carrera en el área de ciencias exactas y naturales en una universidad pública en Sonora, México.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional en 44 estudiantes con edades entre los 19 y los 29 años, inscritos en el primer semestre del 2018 pertenecientes a las carreras de ciencias exactas y naturales como: ciencias de la computación, física y geología,

de una universidad pública en Sonora, México. Muestra calculada con nivel de confianza del 95 % y error estándar del 3 %. Se empleó muestreo probabilístico estratificado proporcional según sexo y semestre. Se incluyeron estudiantes regulares inscritos y aparentemente sanos. Se excluyeron estudiantes irregulares, que tuvieran alguna enfermedad establecida y fuera del rango de edad seleccionado. Se contó con la aprobación del Comité de Bioética en Investigación del Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Sonora, además, estuvo sustentada en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud de México (19) y en los principios éticos de Ezekiel Emanuel (20). Los estudiantes respondieron presencialmente un cuestionario electrónico, previo consentimiento informado asegurando anonimato y confidencialidad.

El instrumento estuvo conformado por una cédula de datos sociodemográficos que recopilaba información sobre las variables: sexo, carrera, semestre, trabajo, servicio de salud, lugar de procedencia y con quién vive el estudiante; la Escala Sentido de Coherencia (soc-13) (21) y el cuestionario estilo de vida II (CEVII) versión en español (22). Ambos instrumentos (CEVII y soc-13) se sometieron a validación de contenido ejecutada por expertos profesionales de enfermería y psicología, con base en las opiniones y sugerencias recibidas, se procedió a efectuar correcciones de ortografía, sintaxis y gramática, adecuando el lenguaje a la cultura mexicana de Sonora. Se hicieron pruebas de fiabilidad a los instrumentos en su forma global y por dimensiones.

La soc-13 fue creada por Antonovsky en 1993 (21), consta de trece preguntas, con respuesta tipo Likert, la puntuación va de 1 a 7 puntos (más alta). Valora comprensibilidad, manejabilidad y significatividad (11). La puntuación oscila entre los 13 y los 91 puntos (23). Se ha reportado alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,92 (24). El resultado facilita calcular la puntuación media de cada dimensión y global para obtener el soc, una puntuación global igual o superior a la media indica soc alto. El análisis de fiabilidad del soc-13 global obtuvo un alfa de Cronbach de 0,702 obteniendo aceptable consistencia interna. Las dimensiones significatividad (0,56), comprensibilidad (0,44) y manejabilidad (0,40) mostraron baja fiabilidad.

El CEVII versión en español (22), creado por Walker *et al.* en 1987 (25, 26), está compuesto de 52 preguntas, con respuesta tipo Likert: nunca (1 punto) hasta rutinariamente (4 puntos). Se ha reportado

alfa de Cronbach de 0,94, validez de constructo por análisis factorial y validez de criterio con estructura de seis dimensiones: crecimiento espiritual (CE), relaciones interpersonales (RI), nutrición (NUT), actividad física (AF), responsabilidad de la salud (RS) y manejo del estrés (ME).

La puntuación oscila entre los 52 y los 208 puntos. El resultado permite calcular la puntuación media de cada dimensión y global para obtener el EVPS, una puntuación global igual o superior a la media indica EVPS suficiente (26). El análisis de fiabilidad del CEVII global mostró un alfa de Cronbach de 0,9. Las dimensiones CE (0,788), RI (0,724), AF (0,681), RS (0,862) y ME (0,651) obteniendo aceptable consistencia interna, solo NUT (0,544) mostró baja fiabilidad. Los datos se analizaron con el programa SPSS v. 20, se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión, se utilizó el test chi-cuadrado para las variables categóricas y el coeficiente de correlación de Spearman, empleando un nivel de significancia de alfa = 0,05.

Resultados

Datos sociodemográficos de los estudiantes universitarios

Los estudiantes tenían una edad promedio de 20 años (DE = 1,4), el 70,5 % eran hombres y solteros la mayoría. Un 45,5 % estudiaba geología, 29,5 % física y 25 % ciencias de la computación. La distribución por semestre académico fue proporcional, ligeramente mayor en cuarto semestre (29,5 %). Un 86,4 % de los estudiantes no trabajaba. La mayoría contaba con servicio de salud (93,2 %), provenía del área urbana (93,2 %) y vivía con su familia (93,2 %) (Tabla 1).

Sentido de coherencia en los estudiantes universitarios

Los estudiantes universitarios en un 52,3 % obtuvieron en general soc global bajo con puntuación inferior a la media (57 puntos), con mayor predominio en hombres (54,8 %). Se observó comprensibilidad alta (56,8 %) al mostrar un promedio igual o mayor a 21 puntos, con prevalencia en hombres (58,1 %). En manejabilidad el nivel fue alto (68,2 %) con media igual o mayor a 18 puntos, siendo mayor en mujeres (69,2 %). En significatividad el nivel fue alto (54,5 %) con puntaje medio igual o mayor a 19 puntos, con mayor frecuencia en hombres (54,8 %). Según el sexo de los estudiantes, el soc global y sus

dimensiones no mostraron diferencia estadísticamente significativa, con valor $p > 0,05$ (Tabla 2).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los estudiantes universitarios. Sonora, México, 2018 (n = 44)

Variable	Hombre		Mujer		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sexo	31	70,5	13	29,5	44	100
Carrera						
Ciencias de la Computación	8	25,8	3	23,1	11	25,0
Física	9	29,0	4	30,8	13	29,5
Geología	14	45,2	6	46,1	20	45,5
Semestre						
II	7	22,6	3	23,1	10	22,7
IV	10	32,3	3	23,1	13	29,5
VI	6	19,3	4	30,7	10	22,7
VIII	8	25,8	3	23,1	11	25,0
Trabaja						
Sí	4	12,9	2	15,4	6	13,6
No	27	87,1	11	84,6	38	86,4
Servicio de salud						
Sí	30	96,8	11	84,6	41	93,2
No	1	3,2	2	15,4	3	6,8
Lugar de procedencia						
Rural	3	9,7	0	0,0	3	6,8
Urbano	28	90,3	13	100	41	93,2
Con quién vive						
Amigos	2	6,5	0	0,0	2	4,5
Familia	28	90,3	13	100	41	93,2
Familiar directo	1	3,2	0	0,0	1	2,3

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Sentido de coherencia y dimensiones según sexo de los estudiantes universitarios. Sonora, México, 2018 (n = 44)

Variable	Puntuación	Media	Mujer		Hombre		Total		p
			n	%	n	%	n	%	
SOC global	Bajo	< 56	6	46,2	17	54,8	23	52,3	0,689
	Alto	> 57	7	53,8	14	45,2	21	47,7	
Comprensibilidad	Baja	< 20	6	46,2	13	41,9	19	43,2	0,491
	Alta	> 21	7	53,8	18	58,1	25	56,8	
Manejabilidad	Baja	< 17	4	30,8	10	32,3	14	31,8	0,315
	Alta	> 18	9	69,2	21	67,7	30	68,2	
Significatividad	Baja	< 18	6	46,2	14	45,2	20	45,5	0,255
	Alta	> 19	7	53,8	17	54,8	24	54,5	

Fuente: elaboración propia.

Estilo de vida promotor de salud en los estudiantes universitarios

Los estudiantes universitarios en un 56,8 % obtuvieron en general un EVPS global insuficiente con puntuación inferior a la media (128 puntos) con mayor frecuencia en mujeres (69,2 %). Mostraron CE alto (65,9 %; media ≥ 26), AF alta (50 %; media ≥ 17), RS alta (52,3 %; media ≥ 19) y ME alto (59,1 %; media ≥ 19) con mayor predominio en mujeres; sin embargo, las RI fueron altas (59,1 %; media ≥ 26) y en NUT hubo baja percepción (54,5 %; media ≥ 26), ambas fueron mayores en los hombres. Según el sexo de los estudiantes, no hubo diferencia estadísticamente significativa en EVPS global y cada una de las dimensiones, con valor $p > 0,05$ (Tabla 3).

Tabla 3. Estilo de vida promotor de salud y dimensiones según sexo de los estudiantes universitarios. Sonora, México, 2018 (n = 44)

Variable	Puntuación	Media	Mujer		Hombre		Total		p*
			n	%	n	%	n	%	
EVPS	Insuficiente	< 127	9	69,2	16	51,6	25	56,8	0,580
	Suficiente	≥ 128	4	30,8	15	48,4	19	43,2	
CE	Bajo	< 25	4	30,8	11	35,5	15	34,1	0,833
	Alto	≥ 26	9	69,2	20	64,5	29	65,9	
RI	Bajas	< 25	6	46,2	12	38,7	18	40,9	0,612
	Altas	≥ 26	7	53,8	19	61,3	26	59,1	
NUT	Baja	< 21	7	53,8	17	54,8	24	54,5	0,568
	Alta	≥ 22	6	46,2	14	45,2	20	45,5	
AF	Baja	< 16	6	46,2	16	51,6	22	50,0	0,953
	Alta	≥ 17	7	53,8	15	48,4	22	50,0	
RS	Baja	< 18	5	38,5	16	51,6	21	47,7	0,259
	Alta	≥ 19	8	61,5	15	48,4	23	52,3	
ME	Bajo	< 18	5	38,5	13	41,9	18	40,9	0,601
	Alto	≥ 19	8	61,5	18	58,1	26	59,1	

*Test chi-cuadrado de Pearson (significación $p < 0,05$).

Fuente: elaboración propia.

Sentido de coherencia y estilo de vida promotor de salud

El soc tuvo correlación positiva significativa con EVPS (Rho Spearman 0,478; $p < 0,01$). El soc correlacionó positivamente más alto con crecimiento espiritual (Rho Spearman 0,498; $p < 0,01$). El soc y sus dimensiones tuvieron correlación positiva significativa fuerte ($p < 0,01$) (Tabla 4).

Tabla 4. Correlaciones del sentido de coherencia y estilo de vida promotor de salud y dimensiones de los estudiantes universitarios. Sonora, México, 2018 (n = 44)

	SOC
EVPS	0,478**
Crecimiento espiritual	0,498**
Relaciones interpersonales	0,493**
Nutrición	0,234
Actividad física	-0,016
Responsabilidad de la salud	0,325*
Manejo del estrés	0,384*
Comprensibilidad	0,774**
Manejabilidad	0,786**
Significatividad	0,742**

* La correlación es significativa en el nivel 0,05.

** La correlación es significativa en el nivel 0,01.

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Al analizar el soc y su relación con el EVPS en estudiantes universitarios que cursaban su carrera en ciencias exactas y naturales en una universidad pública en Sonora, México, se identificó que más de la mitad eran hombres, con edad promedio de 20 años, mayormente del cuarto semestre, más de la mitad no trabajaban, casi la totalidad provenían del área urbana, vivían con su familia y contaban con protección de un servicio de salud. Estos resultados contrastan con lo reportado en universitarios mexicanos, donde casi la mitad eran hombres, con edad promedio de 21 años, cursaban los primeros semestres de la carrera y poco más de la mitad estudiaban y trabajaban (27).

Se ha reportado que hay menor ingreso de mujeres a las carreras de física, ciencias de la tierra y ciencias de la computación, quienes prefieren las áreas de ciencias biológicas y salud (28). Se reconocieron como factores protectores: vivir con la familia, contar con un servicio de salud y no tener que desplazarse del área rural a la urbana para estudiar durante su formación universitaria, brindando seguridad económica y social a los estudiantes (29).

La escala soc-13 tuvo buena confiabilidad ($\alpha = 0,702$), con puntuación media de 57 puntos; resultados similares se evidenciaron en estudiantes adultos colombianos ($\alpha = 0,793$) (30); contrastando con resultados superiores en estudiantes españoles y venezolanos ($\alpha = 0,81$ y $0,83$) con puntuación media de 63,7 puntos (31, 32).

Los estudiantes se caracterizaron por mostrar una percepción de soc global bajo, con prevalencia en hombres. Al respecto, investigaciones en estudiantes japoneses reportaron similares resultados (33) y más de la mitad de los universitarios chinos presentó soc débil (34); en estudiantes colombianos se identificó soc en rango medio a alto, mientras que las mujeres se ubicaron con soc bajo (30); en contraste, estudiantes españoles hombres tuvieron promedio mayor de soc global (31).

Estos resultados hacen posible afirmar que el nivel de soc puede variar según el país de residencia de los estudiantes, modificando los retos a los cuales se enfrentan en su vida diaria. Un nivel de soc fuerte conduce a las personas a adoptar y conservar un buen estado de salud, debido a que es un recurso psicológico que la promueve, además contribuye a mejorar la percepción del entorno al responder de forma adecuada a situaciones de demanda o de riesgo (31, 34).

Por otra parte, se observó que los estudiantes mostraron comprensibilidad y significatividad altas predominando en hombres, y las mujeres tuvieron manejabilidad alta; no hubo diferencia estadísticamente significativa en soc global y sus dimensiones según sexo de los estudiantes. En relación con los resultados, se advirtieron en estudiantes españoles niveles altos en las tres dimensiones (35); y en estudiantes de enfermería, según sexo no reportaron diferencia estadística en soc global, pero hubo diferencia estadística en el factor 2 (externo) con promedio más alto en hombres (31). Estos resultados permiten inferir que el estudiante comprende, maneja y da un significado diferente a las situaciones o expectativas que vive en su entorno; los recursos que posee le facilitarán desarrollar la capacidad de abordar situaciones de estrés a las cuales está expuesto, con el propósito de afrontarlas y darles posible solución sin afectar su salud y bienestar.

El EVPS en general de los estudiantes fue insuficiente, con mayor predominio en mujeres. En investigaciones asociadas con el estilo de vida en estudiantes universitarios (32, 36) se observó en general un nivel de EVPS moderado; otro estudio hecho en la India (37) mostró un nivel alto de EVPS principalmente en mujeres (media = 139,4) y en Colombia algunos trabajos reportaron que los estudiantes tuvieron conductas saludables con promedio global alto (media = 173,6) (38); donde las mujeres manifestaron mejor EVPS en comparación con los hombres (39). Al respecto, se ha probado que los estudiantes universitarios son una población vulnerable, en algunos aspectos tienen más

problemas que la población general, no perciben el riesgo y muestran menos conductas saludables, a pesar de contar con conocimientos para llevarlas a cabo (40). Probablemente las conductas adoptadas para promover la salud en los jóvenes varían según el contexto social y personal donde se desarrollan, por lo cual se constatan promedios desiguales en las diversas poblaciones de estudiantes. Sin embargo, contar con un EVPS permanente es un buen predictor de la conducta futura.

Los estudiantes universitarios mostraron CE, AF, RS y ME alto siendo mayor en mujeres, y RI altas y NUT baja con predominio en hombres. Según sexo de los estudiantes no hubo diferencia estadísticamente significativa en EVPS global y cada una de las dimensiones. Respecto a la puntuación media de las dimensiones del CEVII, en estudiantes universitarios chilenos, las mujeres presentaron un EVPS alto en CE y RI; en cambio los hombres tuvieron EVPS alto en AF, NUT y ME; la RS fue similar para ambos sexos (41); en estudiantes colombianos, las mujeres presentaron RI altas y AF baja (36); se reportaron promedios mayores en todas las dimensiones (media = 24,1 hasta 33,7), donde más de la mitad de los estudiantes mostró CE, RI y RS alta; en cambio poco más de la mitad reveló NUT, AF y ME bajo (37).

Durante el periodo universitario existen cambios situacionales y académicos que pueden influir de forma negativa en la salud de los estudiantes (42) al mostrar conductas no promotoras de salud, desvalorizando las dimensiones relacionadas con la salud física y mental (41), al no disponer de estrategias para realizar actividad física, llevar a cabo una adecuada nutrición y contar con un mejor manejo del estrés, predisponiéndolos a conductas de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles y vivenciar problemas como depresión y ansiedad (43), entre otras.

El soc global correlacionó positiva y significativamente con el EVPS global, lo que indica que a mayor soc mejor EVPS (y viceversa) en los estudiantes universitarios. Algunas investigaciones reportan que a medida que aumentan los puntajes del soc global, mejores resultados se observarán en los estudiantes al exhibir conductas saludables encaminadas a la actividad y ejercicio físico, bajo consumo de alcohol, tabaco y drogas, mejores hábitos en la alimentación y sueño, así como conductas en salud preventivas (27, 32).

La existencia de una fuerte asociación entre soc y comportamientos en pro de la salud en la pobla-

ción, permite establecer programas para ampliar la promoción y educación para la salud (44). Algunos autores hacen referencia a que el soc se considera una variable moderadora del estrés y la salud mental del individuo, lo cual es indispensable para la toma de decisiones asertivas sobre su propia salud, facilitando modificar las conductas no saludables (45, 46).

Conclusiones

Con base en el objetivo trazado se pudo identificar que en general, poco más de la mitad de los estudiantes universitarios que cursaban su carrera en ciencias exactas y naturales en una universidad pública en Sonora, México, mostró una percepción de soc global bajo y un EVPS global insuficiente. Se reconoce que la etapa de transición a la vida universitaria es un periodo importante y crítico para los estudiantes, por lo que es prioritario establecer programas de promoción y educación para la salud con enfoque salutogénico, con el propósito de fortalecer el uso de los recursos disponibles y desarrollar un soc más fuerte en los estudiantes, para facilitar la resolución de situaciones estresantes y de salud de forma comprensible, manejable y significativa.

Se detectó que los estudiantes contaban con algunos factores protectores que pueden ayudarle en su vida universitaria como son: no trabajar, contar con un servicio de salud, provenir del área urbana y vivir con su familia.

El desarrollo de un soc fuerte en una población vulnerable, como son los estudiantes universitarios, que están expuestos a determinantes de la salud, que pueden ser nocivos o benéficos para su desarrollo personal y profesional, favorecerá la adopción de conductas promotoras en salud permanentes, al contribuir a mejorar su calidad de vida. El soc es considerado un recurso psicológico, moderador y predictor de la salud física y mental, además mejora el bienestar de las personas.

En este estudio se demostró una correlación directa y positiva entre el soc y EVPS, lo que hace inferir que es más probable que el estudiante al obtener puntajes iguales o superiores a la media en el soc demostrará promedios iguales o superiores en su EVPS; esto permitirá replantear conductas que promuevan su salud y fortalezcan sus relaciones con el entorno educativo, social y familiar.

La teoría salutogénica plantea una orientación hacia la vida, con una disposición flexible y adap-

table que permite a las personas afrontar con éxito las experiencias adversas de la vida cotidiana. El empleo de este enfoque en la promoción de la salud aporta a la disciplina de enfermería la oportunidad de visualizar de forma integral al individuo, familia o comunidad desde la mirada de la salud positiva, no desde la enfermedad; el propósito primordial es que las personas aumenten la conciencia y responsabilidad sobre su propia salud.

En el ámbito educativo universitario es necesario establecer programas orientados al desarrollo de habilidades para la vida de los estudiantes, que conduzcan a la toma de decisiones asertivas para fortalecer su bienestar y un pleno desarrollo físico, psicológico, social y espiritual; y egresen generaciones de profesionales capaces de cuidarse y ser ejemplo para la sociedad.

Apoyo financiero

El estudio no tuvo financiación.

Referencias

- (1) Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018. Washington: OPS; 2010. 58 p. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
- (2) Centro de Información de las Naciones Unidas. ¿Qué significa jóvenes para las Naciones Unidas y cómo son diferenciados de los niños? La juventud y las Naciones Unidas. 2018. Disponible en: http://www.cinu.mx/minisitio/UNjuventud/preguntas_frecuentes/
- (3) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales resultados de la encuesta intercensal 2015. Aguascalientes, México; 2015. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825078966.pdf
- (4) Secretaría de Salud de México. Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. Diagnóstico general de la salud poblacional. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño. México, D. F.; 2015. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf
- (5) Dávila-Torres J, González-Izquierdo J, Barre-ra-Cruz A. Panorama de la obesidad en México. Revista Médica del IMSS. 2015;53(2):241-9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457744936020>

- (6) Lara FN, Saldaña BY, Fernández VN, Delgadillo GH. Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. *Hacia Promoc Salud*. 2015;20(2):102-17. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.2.8>
- (7) Rivera de los Santos F, Ramos VP, Moreno RC, Hernán GM. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85(2):129-39. Disponible en: <https://bit.ly/2C3WiyT>
- (8) Lindström B, Eriksson M. Salutogénesis. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:440-2. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1136/jech.2005.034777>
- (9) Rivera F, López A, Ramos P, Moreno C. Propiedades psicométricas de la escala sentido de coherencia (SOC-29) en adolescentes españoles. *Revista de Psicología da Criança e do Adolescente*. 2011;4:11-39. Disponible en: <https://bit.ly/336Elvj>
- (10) Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int*. 1996;11(1):11-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- (11) Virués-Ortega J, Martínez-Martín P, Del Barrio JL, Lozano LM, Grupo Español de Estudios Epidemiológicos sobre Envejecimiento. Validación transcultural de la escala de sentido de coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(13):486-92. Disponible en: <http://doi.org/10.1157/13100935>
- (12) Raile AM. Modelos y teorías en enfermería. 8.ª ed. España: Elsevier; 2015. 403 p.
- (13) Aristizábal HG, Blanco BD, Sánchez RA, Ostiguín MR. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. 2011;8(8):16-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632011000400003&script=sci_arttext
- (14) Cid HP, Merino EJ, Stieповich BJ. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Rev Méd Chile*. 2006;134(12):1491-9. Disponible en: <https://bit.ly/36rwJFO>
- (15) Giraldo OA, Toro RM, Macías LA, Valencia GC, Palacio RS. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia Promoc Salud*. 2010;15(1):128-43. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf>
- (16) Barraza MA. Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. *Rev Psicología Científica*. 2006;9(3):[cerca de 21 pantallas]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/estres-academico-modelo-conceptual/>
- (17) Varela-Arévalo M, Ochoa-Muñoz A, Tovar-Cuevas J. Tipologías de estilos de vida en jóvenes universitarios. *Rev Univ Salud*. 2016;18(2):246-56. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a06.pdf>
- (18) Firmino BS, Mesquita LA, Costa de Sousa SM, De Lima CC, Carvalho FA, Santos AM. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. *Enferm Glob*. 2013;12(32):260-9. Disponible en: <https://bit.ly/2C9owll>
- (19) Secretaría de Salud de México. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México, D. F.; 1986. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- (20) Suárez OF. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones. La propuesta de Ezekiel J. Emanuel. *Pers Bioét*. 2015;19(2):182-97. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.5294/pebi.2015.19.2.2>
- (21) Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:460-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1757043/pdf/v059p00460.pdf>
- (22) Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Cuestionario de estilos de vida II. 1995. University of Nebraska Medical Center. Disponible en: https://www.unmc.edu/nursing/faculty/Spanish_HPLPII.pdf
- (23) Fernández MM, Mayo CL, García MM, Liébana PC, Fernández GD, Vázquez CA. Sentido de coherencia y salud percibida en alumnos universitarios de ciencias de la salud. *Asociación de Enfermería en Salud Mental*. 2014:[cerca de 17 pantallas]. Disponible en: <https://www.aeesme.org/aeesme/sentido-de-coherencia-y-salud-percibida-en-alumnos-universitarios-de-ciencias-de-la-salud/>
- (24) Saravia J, Iberico AC, Yearwood TK. Validation of sense of coherence (SOC) 13-item scale in a peruvian sample. *JBHSI*. 2014;6(2):35-44. Disponible en: <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v6.2.43847>
- (25) Pender NJ. Health promotion model manual. University of Michigan. 2011. Disponible en: <https://bit.ly/34qJWwH>
- (26) Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Health promotion model - instruments to measure health promoting lifestyle: health promoting lifestyle profile (adult version). University of Michigan. 1995. Disponible en: <https://www.unmc.edu/nursing/faculty/health-promoting-lifestyle-profile-II.html>
- (27) Alonso-Castillo MM, Un-Aragón LT, Armendáriz-García NA, Navarro-Oliva EI, López-Cisneros MA. Sentido de coherencia y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*. 2018;26(75):66-72. Disponible en: <https://bit.ly/2NvLP4t>

- (28) Observatorio Laboral. Estadística de carreras profesionales por área. Estudios y publicaciones. 2018. Disponible en: https://www.observatoriolaboral.gob.mx/static/estudios-publicaciones/Ola_indice_estadisticas_area.html
- (29) Páramo M. Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Ter Psicol.* 2011;29(1):85-95. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>
- (30) Amaya ME, Gaviaría GA. Estilos de vida, bienestar psicológico y sentido de coherencia en los estudiantes adultos de la Universidad de San Buenaventura, seccional Medellín. *El Ágora USB.* 2007;7(2):283-302. Disponible en: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=407748997008>
- (31) Vega MM, Frías OA, Del Pino CR. Validez y confiabilidad de la escala de sentido de coherencia en estudiantes de grado de enfermería de una universidad española. *Gac Sanit.* 2018;33(4):310-6. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.009>
- (32) Guerrero AJ. Sentido de coherencia y estilos de vida saludable en estudiantes de una universidad pública venezolana. *SAC.* 2018;11(1):21-32. Disponible en: <https://revistas.ucla.edu.ve/index.php/sac/article/view/2067>
- (33) Mato M, Tsukasaki K. Factors promoting sense of coherence among university students in urban areas of Japan: individual-level social capital, self-efficacy, and mental health. *Glob Health Promot.* 2017;26(1):60-8. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1177/1757975917691925>
- (34) Chu JJ, Khan MH, Jahn HJ, Kraemer A. Sense of coherence and associated factors among university students in China: cross-sectional evidence. *BMC Public Health.* 2016;16(1):3-11. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3003-3>
- (35) Burguillos PA. Sentido de coherencia e inteligencia emocional: efecto en la ansiedad social de estudiantes universitarios. *Infad Psicol Infanc Adolesc.* 2014;1(4):295-302. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.615>
- (36) Arguello M, Bautista Y, Carvajal J, De Castro K, Díaz D, Escobar M *et al.* Estilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga. *Rev Psicol Univ Antioquia.* 2009;1(2):27-41. Disponible en: <https://bit.ly/36luL4h>
- (37) Suraj S, Singh A. Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students. *Indian J Med Res.* 2011;134(5):645-52. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.4103/0971-5916.90989>
- (38) Triviño-Vargas Z. Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior. *Aquichan.* 2012;12(3):275-85. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewFile/2013/2878>
- (39) Suescún-Carrero S, Sandoval-Cuellar C, Hernández-Piratoba F, Araque-Sepúlveda I, Fagua-Pacavita L, Bernal-Orduz F *et al.* Estilos de vida en estudiantes de una universidad de Boyacá, Colombia. *Rev Fac Med.* 2017;65(2):227-31. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.58640>
- (40) Bastías AE, Stieповich BJ. Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. *Cienc Enferm.* 2014;20(2):93-101. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.4067/S0717-95532014000200010>
- (41) Jara CV, Riquelme PN. Estilo de vida promotor de salud y factores de riesgo en estudiantes universitarios. *Rev Iberoam Educ Investi Enferm.* 2018;2(8):7-16. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/276/estilo-de-vida-promotor-de-salud-y-factores-de-riesgo-en-estudiantes-universitarios/>
- (42) Canova-Barrios C, Quintana-Honores M, Álvarez-Miño L. Estilos de vida y su implicación en la salud de los estudiantes universitarios de las ciencias de la salud: una revisión sistemática. *Revista Científica de UCES.* 2018;23(2):98-126. Disponible en: <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/cientifica/article/view/531>
- (43) Laguado JE, Gómez DM. Estilos de vida saludable en estudiantes de enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. *Hacia Promoc Salud.* 2014;19(1):68-83. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a06.pdf>
- (44) Binkowska-Bury M, Iwanowicz-Palus G, Kruk W, Perenc L, Mazur A, Filip R *et al.* Pro-health behaviours-a sense of coherence as the key to a healthy lifestyle in rural areas? *Ann Agric Environ Med.* 2016;23(2):345-9. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.5604/12321966.1203903>
- (45) Fernández-Martínez E, Liébana-Presa C, Morán AC. Relación entre el sentido de coherencia y el cansancio emocional en estudiantes universitarios. *Psychol Soc Educ.* 2017;9(3):393-403. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.25115/psye.v9i3.861>
- (46) Velázquez H, Cárdenas RV, Chávez FA, Montes de Oca V, Hernández SP, Pulido RM. Comparación de dos formas de una escala de sentido de coherencia. *Rev Intercon Psicol Educ.* 2014;16(2):51-70. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80231541004.pdf>

Vivências de jovens em terapia antirretroviral para o HIV: estudo fenomenológico*

Experiencias de jóvenes en terapia antirretroviral para el VIH: un estudio fenomenológico

Young people's experiences in antiretroviral therapy for HIV: a phenomenological study

* Esse artigo é produto de Dissertação de Mestrado defendida no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (2016).

Cómo citar: Santos ÉP, Ribeiro AC, Langendorf TF, Paula CC, Padoin SM. Vivências de jovens em terapia antirretroviral para o HIV: estudo fenomenológico. *Av Enferm*; 2019, 37(3): 323-332. DOI: <https://doi.org/10.15446/avenferm.v37n3.78804>

1 Érika Eberlline Pacheco dos Santos

Universidade do Oeste de Santa Catarina (São Miguel do Oeste, SC, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2130-4228>
Correio eletrônico: erikaeberlline@live.com

Contribuição: aquisição, análise de dados do estudo, aprovação da versão final.

2 Aline Cammarano Ribeiro

Universidade Federal de Santa Maria (Santa Maria, RS, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3575-2555>
Correio eletrônico: alinecammarano@gmail.com

Contribuição: aquisição, análise de dados do estudo, aprovação da versão final.

3 Tassiane Ferreira Langendorf

Universidade Federal de Santa Maria (Santa Maria, RS, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5902-7449>
Correio eletrônico: tassilang@gmail.com

Contribuição: aquisição, análise de dados do estudo, aprovação da versão final.

4 Cristiane Cardoso de Paula

Universidade Federal de Santa Maria (Santa Maria, RS, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4122-5161>
Correio eletrônico: cris_depaula@hotmail.com

Contribuição: aquisição, análise de dados do estudo, aprovação da versão final.

5 Stela Maris de Mello Padoin

Universidade Federal de Santa Maria (Santa Maria, RS, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3272-054X>
Correio eletrônico: stelamaris_padoin@hotmail.com

Contribuição: aquisição, análise de dados do estudo, aprovação da versão final.



Resumo

Objetivo: compreender as vivências de jovens quanto ao uso da terapia antirretroviral para o HIV.

Método: trata-se de uma investigação fenomenológica, fundamentada no referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger. Foram desenvolvidas entrevistas com dez jovens (16 a 23 anos), em serviço de referência na Região Sul do Brasil.

Resultados: as unidades de significado foram: 1. *Medo de contar o diagnóstico e de morrer, justificado nas experiências familiares ou sociais;* 2. *Tomar os remédios é complicado, mas tem que tomar para ficar bem e cuidar do outro e para isso, buscam estratégias;* e, de modo contraditório, 3. *Tomar os medicamentos é algo normal, tornando a vida diferente.* A hermenêutica desvela o modo de *ser-con*, nas relações que estabelecem com as pessoas que confiam. Apresentaram temor devido à possibilidade do preconceito e da morte. No modo da ambiguidade, expressam que tomar os medicamentos é complicado e também normal, tornando a vida diferente. E, no falatório em que todas as informações parecem ter sido compreendidas, quando na verdade não foram, então os jovens repetem aquilo que escutam dos profissionais e continuam curiosos.

Conclusão: é necessário um cuidado que fortaleça as estratégias e a rede de apoio para manter o tratamento.

Descritores: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Adolescente; Adulto Jovem; Antirretrovirais (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: comprender las experiencias de los jóvenes respecto al uso de la terapia antirretroviral para el VIH.

Método: investigación fenomenológica, basada en el referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger. Se llevaron a cabo entrevistas con diez jóvenes (de 16 a 23 años) en el servicio de referencia en la región sur de Brasil.

Resultados: las unidades de significado fueron: 1. *Miedo de comunicar el diagnóstico y de morir, justificado en las experiencias familiares o sociales;* 2. *Tomar medicamentos es complicado, pero hay que tomarlos para estar bien y cuidar a los demás, y para eso buscan estrategias;* y de modo contradictorio, 3. *Tomar medicamentos es normal y hace que la vida sea diferente.* La hermenéutica revela el modo de *ser-con* en las relaciones que establecen con las personas en quienes confían. Sienten temor por la posibilidad del prejuicio y de la muerte. De forma ambigua, expresaron que tomar el medicamento es complicado y también normal, lo que hace que la vida sea diferente. En la conversación toda la información parecía haber sido entendida, cuando en realidad no lo era, entonces los jóvenes repiten lo que escuchan de los profesionales y permanecen con curiosidad.

Conclusión: es necesario un cuidado que fortalezca las estrategias y la red de apoyo para mantener el tratamiento.

Descritores: VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Adolescente; Adulto Joven; Antirretroviral (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to understand young people's experiences regarding the use of antiretroviral therapy for HIV.

Method: phenomenological research, based on Martin Heidegger's theoretical-philosophical-methodological reference. Interviews with ten young people (ages 16 to 23) were conducted at the reference service in southern Brazil.

Results: the units of meaning were: 1. *Fear of communicating the diagnosis and of dying, justified in family or social experiences;* 2. *Taking medications is complicated, but they have to be taken for being well and taking care of others, and for that they look for strategies;* and contradictorily, 3. *Taking medications is normal and makes life different.* Hermeneutics reveals the way to *be-with* in the relationships they establish with the people they trust. They are afraid of the possibility of prejudice and death. Ambiguously, they expressed that taking the medication is complicated and also normal, which makes life different. In the conversation, all the information seemed to have been understood, when in fact it was not, then the young people repeat what they hear from the professionals and remain curious.

Conclusion: care is needed to strengthen the strategies and the support network to maintain the treatment.

Descriptors: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Adolescent; Young Adult; Antiretroviral (source: DeCS, BIREME).

Introdução

A *global strategy for women's, children's, and adolescents' health (2016-2030): survive, thrive, transform* abrange as diferentes necessidades da população de mulheres, crianças e adolescentes que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Destacam-se os temas prioritários como o teste para diagnóstico, o tratamento e a prestação de serviços ao adolescente com HIV (1).

Esta estratégia foi lançada em 2010 pela Organização das Nações Unidas e atualizada em 2015 quando reafirmou os adolescentes como centrais para tudo o que a estratégia pretendia alcançar e entre as metas foi incluído o objetivo de avançar a redução dos efeitos da AIDS até 2030. Além disso, ratificou a necessidade de acesso universal a serviços e tratamento, insumos e intervenções direcionados aos adolescentes e à população jovem (1).

Quanto ao tratamento, as prioridades incluíram estratégias de monitoramento para melhorar a adesão e de fatores que poderiam impactar o seu sucesso (2). Tais questões levam em consideração que, na adolescência, a supressão viral foi altamente variável (3) e depende da adesão ideal à terapia antirretroviral (TARV) (4).

Estudos destacam temas potencialmente importantes para a adesão à TARV entre adolescentes, o que inclui o impacto de fatores como o conhecimento do status sorológico (5) e a estrutura familiar (6). Além disso, os jovens submetem-se à TARV para minimizar as interferências da doença em seu cotidiano a fim de prolongar a vida e viver com qualidade para conseguir um trabalho, estudar, programar o casamento e criar os filhos (7, 8).

Outros aspectos importantes são a via de administração dos medicamentos, o número de doses, os efeitos colaterais, a ingestão de medicamentos fora do domicílio (9-11) e os cuidados da saúde. Portanto, pode-se dizer que algumas atitudes relacionadas à medicação tangenciam o âmbito individual e as relações sociais estabelecidas pelo jovem (6).

Evidências indicam que as intervenções para a promoção da adesão são necessárias devido ao fenômeno ser multifacetado, pois envolve: as biopolíticas locais e globais (12); a presença de barreiras e

facilitadores para a adesão (13); os fatores relacionados ao uso do preservativo (14); a sociabilidade e a subjetividade dos jovens e adolescentes que vivem com HIV (15-17). Mas, se mantém a indicação da necessidade de estudos que contemplem a especificidade da população em questão (18).

Assim, a atenção em saúde para esses jovens deverá considerar as especificidades da dimensão biológica da infecção, da fase do desenvolvimento humano e as dimensões social e existencial do indivíduo. Esta última indica a utilização da abordagem da fenomenologia em investigações qualitativas em que se busca a compreensão de vivências (19). Os resultados de uma investigação fenomenológica poderão subsidiar um cuidado que contemple as singularidades e as necessidades específicas dos jovens, considerando os significados atribuídos por eles na vivência do uso da TARV. Assim, tem-se como objetivo compreender as vivências dos jovens quanto ao uso da TARV para o HIV.

Método

Estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica, fundamentado no referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger. A fenomenologia enfatiza a existência humana e compreensão do objeto de estudo em si mesmo: a vivência dos jovens em TARV para o HIV. O referencial heideggeriano atende à necessidade de desvelar os significados do ser, compreendendo-o como um ser que existe e que se relaciona e se manifesta no mundo da vida.

O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário na região sul do Brasil, que é referência na assistência a pessoas que vivem com HIV. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de infecção pelo HIV, idade entre 15 e 24 anos e em uso de TARV. O critério de exclusão foi o jovem não saber do seu diagnóstico, sendo esta informação colhida junto ao familiar que o estivesse acompanhando na consulta. Aos menores de 18 anos, foi solicitado o consentimento do responsável e, posteriormente, o seu assentimento. Àqueles entre 18 e 24 anos foi solicitado seu consentimento diretamente. A pesquisa atendeu à resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Brasil com aprovação do Comitê de Ética da Instituição.

Os participantes foram convidados enquanto aguardavam a consulta, recebiam esclarecimento acerca da pesquisa e era garantindo o sigilo do diagnóstico. A produção dos dados foi realizada

por meio da entrevista fenomenológica (20, 21), no período de março a junho de 2015. A técnica permitiu desenvolver um encontro individualmente estabelecido com cada jovem. O início da entrevista ocorria com uma conversa informal (aspectos do cotidiano) e quando o jovem se mostrava mais à vontade, era perguntado acerca dos cuidados com a sua saúde e, depois: como é para você tomar os medicamentos para o HIV (ou AIDS, doença, problema, vírus - conforme nomeada pelo jovem)? E, qual o significado de tomar esses medicamentos?

As entrevistas foram gravadas (mediante concordância), transcritas conforme a fala original e codificadas com a letra J (jovem) seguida de números (ex.: J1). Participaram dez jovens e esse número foi determinado pela suficiência de significados, a partir da análise concomitante com a etapa de campo, que indicou o quantitativo de entrevistas necessário para responder ao objetivo da pesquisa. Para a análise, pautada no referencial de Martin Heidegger, foram desenvolvidos dois momentos metódicos: compreensão vaga e mediana e hermenêutica (22).

O primeiro iniciou com a leitura exaustiva do texto das entrevistas, quando os pressupostos foram mantidos em suspensão, de modo a compreender aquilo que estava sendo significado e não por categorias predeterminadas pelo conhecimento prévio. A compreensão dos significados expressos pelos participantes descreve o fenômeno como este se mostra (22). Então, por meio da leitura atenciosa, foram identificadas as estruturas essenciais que foram agrupadas e constituíram as unidades de significação (us). A partir das três us, desenvolveu-se o segundo momento metódico, a hermenêutica (análise e discussão dos dados), com a interpretação dos significados à luz dos conceitos (sentidos) heideggerianos, sendo mantida a suspensão de pressupostos.

Resultados

Entre os dez jovens participantes do estudo, sete eram do sexo feminino e três do sexo masculino (entre 16 e 23 anos); todos residiam com seus familiares e estudavam ou trabalhavam; dois eram casados, dois namoravam e os demais estavam solteiros; três tinham filhos. Quanto à categoria de exposição ao HIV, quatro foram por transmissão horizontal e os demais por transmissão vertical. As us foram:

us 1. Medo de contar o diagnóstico e de morrer, justificado nas experiências familiares ou sociais

A possibilidade de reações negativas, tais como abandono, desprezo ou preconceito, é a causa do medo de revelar o diagnóstico. Por isso, compreendem ser importante revelar para as pessoas certas, em que confiam e os apoiam. A lembrança da perda dos pais (pela AIDS), dos hábitos dos pais de não tomarem os medicamentos, faz com que sintam medo de morrer.

Ninguém sabia [na escola]! [...] Ele [namorado] não acreditou [...]. Deu medo, achei que ele não ia aceitar. Ela [cunhada] era a única que tinha [AIDS] na família e ela cuidava de mim, ela já faleceu. [...] Meu irmão também faleceu [de AIDS] (J1). Eu cheguei e contei [para o namorado]; [...] E ele aceitou (J2).

A perda dos meus pais por causa dessa doença. Aí sempre me bate isso [tristeza] porque eu tenho medo de morrer (J3).

Ninguém sabe, só a minha família e as professoras do colégio [...] os namoros não duram até a ponto de tu falar [que vive com HIV]. [...] Tem que usar [os antirretrovirais]. [...] Porque a minha irmã morreu, porque ela não tomava (J4).

Ele [namorado] se sentiu assim premiado, ele disse assim: “Que confiança que tu tem em mim?!” [...] Minha mãe biológica tem [AIDS]. [...] Só que ela não se trata, tá sempre doente e eu não... não acho legal (J6).

us 2. Tomar os remédios é “complicado”, mas “tem que tomar para ficar bem e cuidar do outro” e para isso, buscam estratégias

Os jovens relataram que tomar os medicamentos é ruim e complicado, além dos efeitos colaterais como enjoo (náusea), tem os horários controlados para lembrar. Mas, eles se empenham para seguir o tratamento, tendo como motivação o outro (filho, namorada). Para não esquecerem, contam com auxílio de outras pessoas (mãe, cônjuge, ex-marido, avós, irmãos, padrasto e amigos), e utilizam o despertador do celular ou estar com os medicamentos próximos de si.

[...] [A médica disse] que eu ia ter que tomar remédio, que eu tinha que fazer o tratamento todo [...] é ruim, porque dá enjoo [...] eu esqueço às vezes, ela [mãe] me lembra, meu namorado também [...]. Botar o celular para despertar (J1).

No início [...] foi um sacrifício [...]. Tem que ter horário controlado [...]. Me deu reação, enjoo, náusea e tudo [...]. Tenho que tomar para ficar forte para cuidar do meu filho [...]. Deixo o remédio do lado da cama [para lembrar] (J2).

É complicado! Tu tem que estar se lembrando toda hora [...] os efeitos colaterais deles são muito fortes [...]. Eu tomava o remédio e o meu estômago ficava todo embrulhado [...]. Quando eu comecei a namorar eu comecei a pensar mais nela, eu falava para ela “eu tomo mais os remédios por tua causa” (J3).

Tudo pro meu bebê nascer sem o vírus dependia de mim (J5).

Mas eu preciso sempre tomar esses remédios [...] eu boto pra despertar [o celular] (J6).

Descobrir que tinha que tomar remédio foi outro choque [...]. Era ruim, porque dá ânsia de vômito, dá dor de barriga [...]. E, se tu não tomar, a tua imunidade vai baixando [...]. Se eu não quero por mim, pelo menos pelos meus filhos, minha família (J8).

us 3. Tomar os medicamentos é algo normal, tornando a vida diferente

Os jovens tentam se instruir quanto ao tratamento, procurando informações, acompanhando os resultados dos exames e tirando dúvidas com o serviço de saúde. A fala acerca de tomar os medicamentos é contraditória à anterior (us 2), uma vez que os jovens relataram que é complicado devido aos efeitos colaterais, mas com o tempo tomar os remédios é normal, é algo que incorporaram no dia a dia, estão acostumados. Utilizando os medicamentos, eles sentem-se como se não tivessem o HIV, mas lembram disso quando vão ao médico, fazem exames ou tomam os remédios. Percebem os medicamentos como uma oportunidade de se tornarem saudáveis. Entretanto, quando comparam a sua vida com a vida de outras pessoas, relatam que têm limitações para alguns comportamentos/attitudes nessa fase (ex.: sexo com camisinha, responsabilidade com horários e rotinas de cuidado) e mostram que, apesar de parecer normal tomar os medicamentos, a vida deles é diferente.

Eu sempre quero ver como que está a minha carga viral [...] se está boa ou não está boa, se abaixou ou aumentou [...]. Normal [tomar os antirretrovirais] (J2).

Todo dia ter que tomar, tem que lembrar toda hora certinho (J3).

Para mim é tranquilo [tomar os antirretrovirais] [...]. A diferença de uma pessoa que não tem é que

a gente tem que fazer o controle a cada 6 meses [...]. Uma pessoa normal, é que não tem uma doença igual à minha que é crônica, diferente (J5).

É bom, normal, tranquilo [tomar os antirretrovirais]. [...] Porque eu não sinto nada [...] até esqueço [que vive com HIV], só me lembro que tenho, quando venho aqui [no serviço] e tomo remédios [...]. Ainda bem que tomo esses remédios, porque posso ser uma pessoa saudável [...] saber a importância dos remédios, e que foi ali [no hospital] onde eu aprendi (J6).

Normal, como se fosse tomar um remédio para dor de cabeça (J8).

Às vezes eu apago isso [que vive com HIV] pra tentar levar uma vida normal [...] uma vida normal sem doença, sem pensar que tem doença [...] tu viver, ter amigos [...], ter um trabalho bom, ter uma família (J9).

Pra mim já é normal [tomar os antirretrovirais], mas a minha vida é meio diferente [...] porque te limita pra fazer várias coisas, que nem transar, não pode transar sem camisinha. Diferente só por ter que tá todo dia tomando remédio (J10).

Discussão

A hermenêutica heideggeriana possibilitou desvelar o sentido do ser do jovem com HIV a partir da compreensão de suas vivências e significados do uso da TARV para o HIV, que apontaram seus modos

de ser no cotidiano. Os jovens se mostraram no modo de ser, de *ser-com* nas relações que estabelecem com as pessoas a quem confiam o diagnóstico; o sentido heideggeriano do temor, devido à possibilidade do preconceito e ameaça da morte, e o da ocupação com os afazeres e obrigações inerentes à terapia. Outro sentido é do falatório quando repetem aquilo que escutam dos profissionais e da curiosidade quando permanecem em busca de saber mais quando tudo parece ter sido compreendido.

A hermenêutica também possibilitou desvelar o sentido da ambiguidade observada entre as us 2 e us 3. Isso porque na fala dos jovens há um discurso contraditório: ato de tomar os remédios é complicado (no início), mas também é normal (acostuma). O complicado se refere aos desafios de seu cotidiano e o normal está estabelecido em sua vida pela facticidade da condição crônica da infecção pelo HIV.

Esses sentidos constituíram o foco da análise hermenêutica, em que o modo de ser desses jovens foi descrito por meio dos seus afazeres com relação à vivência tendo HIV e fazendo TARV. Os jovens se mantêm ocupados com os afazeres e as obrigações relacionadas a essa vivência e buscam estratégias para manter a rotina de tomar os remédios corretamente, o que está expresso nos depoimentos quando relatam que têm que tomar nas horas certas, independente dos efeitos colaterais. Tais estratégias também são apontadas em estudo realizado na África do Sul o qual mostra que o uso de alarmes de telefones celulares e o apoio de familiares e amigos foram facilitadores da adesão à terapia (23).

O envolvimento com o tratamento mantém o jovem ocupado para poder lidar com o que lhe vem pela frente. A ocupação designa hábitos, um modo de ser predominante e prescritivo, em que o ser faz sempre as mesmas coisas, ou seja, repete suas ações no cotidiano, cumprindo tarefas (22). No cotidiano, o humano se manifesta por meio do modo de ser habitual, de tal forma que quase sempre, e na maioria das vezes, o ser do humano se mantém o que mostra que todos nós estamos lançados no mundo da vida (22). A expressão estar-lançado indica a facticidade de ser entregue à responsabilidade, ou seja, àquilo que não temos escolha e do qual não podemos escapar, indicado pelo jovem como a obrigação do tratamento, que tem a dificuldade de tomar os medicamentos, mas tem de fazer para manter sua saúde.

Mesmo sentindo-se na obrigação de realizar o tratamento, os jovens devem ter a oportunidade

de considerar os riscos e benefícios com relação ao mesmo e tomar decisões à luz da sua realidade (individual e coletiva). Para isso, é dever dos profissionais de saúde assegurar que essa escolha seja significativa e informada (24).

Apesar de considerarem complicado ter que controlar os horários, além dos efeitos colaterais, os jovens tomam os remédios por um motivo maior, para manter a saúde e, inclusive, cuidar dos filhos. A TARV independente dos efeitos colaterais, muda o modo de vida das pessoas, proporcionando-lhes maior força de vontade para seguirem adiante após sentirem melhora da sua condição de saúde (25). Ter filhos também é um motivo para utilizá-la o que possibilita o cuidar do outro (26).

Dessa maneira, os jovens apontam a importância das relações estabelecidas, o *ser-com* que é um modo de *ser-no-mundo-com-os-outros*. O *ser-com* indica a natureza relacional do humano demonstrando que todo ser é sempre relacional em um mundo que é compartilhado (22). No modo de *ser-com* o jovem se comporta, essencialmente, em função dos outros. O ser se lança para fora do seu lugar, de ser cuidado, e assume uma posição de responsável pelo outro, tomando conta e realizando as atividades por ele. Assim, o envolvimento no mundo de cuidados possibilitou seu bem-estar no cotidiano. Nesse processo relacional, destaca-se o apoio da família e dos pares, bem como a questão da espiritualidade, que contribuem para a aceitação do diagnóstico mediado pelo apoio emocional (25).

Outro sentido desvelado foi o temor que carrega a dimensão de ameaça de algo, aqui representada pelo preconceito. Então, nesse mundo compartilhado, o jovem tem medo de contar o diagnóstico, teme a possibilidade do abandono por parceiro, amigos e colegas da escola. Para Heidegger, a dimensão do temor é uma ameaça de algo que subitamente pode acontecer (22). Assim, o preconceito ainda não aconteceu, mas é algo conhecido pelo jovem. Sabe-se dos avanços do tratamento para o HIV, porém as crenças e atitudes que resultam em preconceito ainda são desafios, podendo ter consequências psicológicas e físicas para os jovens e suas famílias (27).

Os jovens preferem revelar o diagnóstico aos companheiros por conta própria, pois a proximidade da ameaça pode chegar ou não, e visto que os parceiros participam ativamente de seu cotidiano, fica difícil esconder a situação. Contudo, eles contam somente àqueles em quem podem confiar.

Assim, a ameaça traz consigo a possibilidade de não acontecer, o que não diminui nem resolve o medo, ao contrário, o constitui (22).

Além do temor de revelar o diagnóstico, os jovens também temem morrer. Diante do fato de que a AIDS é uma condição crônica, o risco de morte é uma possibilidade e configura-se como uma ameaça, o que também constitui um temor (22). Os jovens manifestam em seus relatos que eles têm medo de morrer por causa do HIV e que, se pararem de usar os medicamentos, isso pode vir a acontecer. Outro estudo também aponta o medo da morte em pessoas que vivem com HIV, ocasionado pela progressão da doença, o que gera sofrimento (28).

Assim, como ameaça, o risco de morte não se encontra em uma proximidade dominável, sendo percebida pelo jovem somente como próxima (22). Apesar da disponibilidade de tratamento e acesso a serviços de saúde públicos para atenção especializada para pessoas com HIV, a AIDS continua sendo responsável pela maioria das mortes em pessoas que vivem com o vírus (29). Este fato também justifica a percepção dos jovens em considerá-la como próxima de si.

O temor também é percebido pelos jovens nesse cotidiano e acontece quando identificam o preconceito, quando ocorre a morte dos pais, irmãos, cunhada, amigos próximos, ou quando ouvem falar da morte de artistas conhecidos. Estes relatos denotam a familiaridade com algo conhecido que em algum momento fez parte do cotidiano deles, seja em experiências anteriores ou por meio daquilo que eles ouviram falar. Assim, a infecção pelo HIV e tais experiências constituem a percepção da possibilidade de morrer, mas eles compreendem que o uso da TARV os afasta de tal possibilidade.

Para utilizar a TARV corretamente, os jovens relatam que tomar os medicamentos é normal, mas que eles não têm uma vida normal. A interpretação quanto a este referencial mostrou que os participantes estão no modo de ser da ambiguidade; quando aparece a contradição, então, tudo parece ter sido compreendido, quando na realidade não foi, o que é identificado na fala e nas atitudes no mundo, com os outros e consigo (22). Os jovens relatam que tomar os medicamentos é normal, fazendo parte do seu cotidiano, mas que não têm uma vida normal. No pensamento heideggeriano, essa ambiguidade mostra a pretensão ou uma ilusão, um caráter de superficialidade.

A este sentido soma-se o fato de mostrar na reprodução o que ouviram dos familiares e da equipe de saúde (falatório) e por serem curiosos (curiosidade) com o tratamento. No modo de ser do falatório, os jovens assumem um discurso que é a repetição daquilo que ouvem acerca da terapia, repetem aquilo que escutam de discursos advindos das pessoas que os ajudam no tratamento e que repetem para si mesmos, lembrando e se esforçando para realizarem com seriedade a tarefa de tomar os medicamentos. Repetem o discurso biomédico que contém expressões indicativas da doença e do tratamento, as quais eles escutam no serviço de saúde ou leem e escutam na mídia ou recursos em que buscam outras informações acerca de sua condição sorológica e do tratamento. O falatório constitui o modo da compreensão cotidiana em que o ser cai na repetição daquilo que ouviu e passa adiante a notícia, não com o objetivo em si de falar, mas apenas de manter a comunicação (22). Assim, o jovem se apropria das palavras do outro e as utiliza em um discurso herdado para atender suas necessidades e explicar atitudes.

É por meio do falatório que os jovens aprendem aquilo que foi repassado pela equipe de saúde e seus familiares e, ao pronunciarem, compreendem e interpretam com certa visão a importância de tomar os medicamentos de maneira correta, independente do que aconteça durante o tratamento. Assim, essa fala comum faz com que estes jovens se ocupem com o falado, transparecendo sua compreensão com relação ao que foi repassado pelas pessoas. Porém, tais informações (o falado) assumem um caráter autoritário e, com isso, o falatório parece assumir uma posição de verdade. Os jovens reproduzem e passam adiante o que ouvem, mesmo sem compreender a informação em sua totalidade. Na maioria das vezes, eles se contentam apenas em repetir e passar adiante, em uma atitude de quem entende que as coisas são como são porque assim se fala delas (22). Então, os jovens se restringem em saber sobre a doença somente aquilo que lhes dizem e acreditam que, repetindo as informações, já compreenderam tudo.

A importância do uso da TARV irá se constituir como algo familiar para os jovens, mas somente quando eles buscam compreender o seu tratamento, eles ficam sabendo do mesmo. Para Heidegger, essa procura de informações é o modo de ser da curiosidade (22). Os jovens se mostram curiosos com relação ao seu tratamento e, desse modo, eles se ocupam, buscam informações, explicações e conselhos com relação à TARV, informando-se sobre o mesmo. Uma das possibilidades de busca

por informações é o uso da internet, a qual tem o potencial de formar opiniões, auxiliando nas decisões acerca do tratamento das pessoas vivendo com HIV (30).

Diante dos significados das vivências expressas pelos participantes quanto ao uso da TARV para o HIV, considera-se que a atenção à saúde deve preservar as múltiplas dimensões desse fenômeno, tendo em vista realizar uma atenção à saúde humanizada e integral, considerando a efetivação da adesão ao tratamento.

Conclusão

Ao considerar a dimensão existencial, ficou evidente que os participantes desta investigação mostraram o medo da revelação do diagnóstico e o de morrer. Também que, a partir do uso correto dos medicamentos, decorre a possibilidade da manutenção de sua saúde e com isso poderão cuidar dos outros e dos filhos. Indicaram que tomar os medicamentos é complicado devido aos efeitos e que também é normal, mas consideraram que eles têm uma vida diferente.

Foi possível compreender que esses jovens, em sua condição crônica de viver com o HIV, falaram de seu mundo da vida, e nos remetem para a necessidade de uma reflexão ampliada acerca da adesão ao tratamento para além de cumprir com as prescrições. Cabe destacar a necessidade de atividades que minimizem o medo da revelação do diagnóstico para outras pessoas, a ampliação das estratégias para a adesão à TARV considerando o fortalecimento das pessoas que apoiam os jovens no seguimento do tratamento. Para tanto, será necessário uma atenção à saúde que contemple as facetas desse fenômeno, reveladas nas vivências desses jovens, considerando não só a dimensão física e biológica, mas também a social, as singularidades, a subjetiva e a existencial. Cabe à enfermagem em equipe interdisciplinar desenvolver ações de cuidado dos jovens e suas famílias como consultas de enfermagem, sala de espera e grupos de discussão a partir dos significados que atribuíram as suas vivências, para reconhecer e valorizar suas demandas e necessidades de cuidado.

Como limite para a interpretação, tem-se que este estudo está circunscrito à realidade vivenciada por jovens em um serviço público vinculado ao Sistema Único de Saúde e de referência em HIV na Região Sul do Brasil, o que restringe a inclusão de

juvems que acessam serviços particulares, uma vez que essas vivências podem ser distintas.

Apoio financeiro:

Agência de fomento à pesquisa, Bolsa de Mestrado, FAPERGS/CNPq.

Referências

- (1) Every Woman, Every Child. Global strategy for women's, children's, and adolescents' health (2016-2030): survive, thrive, transform. Nova York: UN; 2015. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/events/2015/ga_2016_30.pdf
- (2) Ferrand RA, Briggs D, Ferguson J, Penazzato M, Armstrong A, MacPherson P *et al.* Viral suppression in adolescents on antiretroviral treatment: review of the literature and critical appraisal of methodological challenges. *Trop Med Int Health.* 2015;21(3):325-33. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/tmi.12656>
- (3) Abreu JC, Vaz SN, Netto EM, Brites C. Virological suppression in children and adolescents is not influenced by genotyping, but depends on optimal adherence to antiretroviral therapy. *Braz J Infect Dis.* 2017;21(3):219-25. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2017.02.001>
- (4) Armstrong A, Nagata JM, Vicari M, Irvine C, Cluver L, Sohn AH *et al.* A global research agenda for adolescents living with HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2018;78(s1):16-21. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001744>
- (5) Brum CN, Paula CC, Padoin SMM, Souza IEO, Neves ET, Zuge SS. Experience of diagnosis disclosure for teenagers with HIV. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(4):e17610015. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001760015>
- (6) Hudelson C, Cluver L. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among adolescents living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries: a systematic review. *AIDS Care.* 2015;27(7):805-16. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1011073>
- (7) Eid AP, Almeida-Weber JL, Pizzinato A. Maternity and life plans among young people infected with HIV by vertical transmission. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv.* 2015;13(2):937-50. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.11600/1692715x.13227100214>
- (8) Agostini R, Maksud I, Franco T. "Essa doença para mim é a mesma coisa que nada": reflexões socioantropológicas sobre o descobrir-se soropositivo. *Saude Soc.* 2017;26(2):496-509. Disponível em DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170072>
- (9) Balasundaram A, Sarkar S, Hamide A, Lakshminarayanan S. Socioepidemiologic profile and treatment-seeking behaviour of HIV/AIDS patients in a tertiary-care hospital in south India. *J Health Popul Nutr.* 2014;32(4):587-94. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4438688/>
- (10) Cruz MLS, Cardoso CAA, Darmont MQ, Dickstein P, Bastos FI, Souza E *et al.* Children and adolescents with perinatal HIV-1 infection: factors associated with adherence to treatment in the Brazilian context. *Int J Environ Res Public Health.* 2016;13(6):1-12. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph13060615>
- (11) Kahana SY, Rohan J, Allison S, Frazier TW, Drotar D. A meta-analysis of adherence to antiretroviral therapy and virologic responses in HIV-infected children, adolescents, and young adults. *AIDS Behav.* 2013;17(1):41-60. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0159-4>
- (12) Bain-Brickley D, Butler LM, Kenned GE, Rutherford GW. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy in children with HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011;12(CD009513). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009513>
- (13) Galea JT, Wong M, Muñoz M, Valle E, León SR, Díaz-Pérez D *et al.* Barriers and facilitators to antiretroviral therapy adherence among Peruvian adolescents living with HIV: a qualitative study. *PLoS One.* 2018;13(2):e0192791. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192791>
- (14) Fonte VR, Pinheiro CO, Barcelos NS, Costa CM, Ribeiro FM, Spindola T. Factores asociados con el uso del preservativo entre hombres jóvenes que tienen sexo con hombres. *Enferm Glob.* 2017;16(46):50-93. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.245451>
- (15) Mutumba M, Bauermeister JA, Musiime V, Byaruhanga J, Francis K, Snow RC *et al.* Psychosocial challenges and strategies for coping with HIV among adolescents in Uganda: a qualitative study. *Aids Patient Care STDS.* 2015;29(2):86-94. Disponível em: <http://doi.org/10.1089/apc.2014.0222>
- (16) Lima R, Almeida C, Vieira L. A pessoa medicada e o HIV/AIDS: subjetividade, adesão ao tratamento e biopolíticas. *Rev Subj.* 2015;15(3):375-88. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5020/23590777.15.3.375-388>
- (17) Silva LA, Duarte FM, Rios Alves-Netto G. Sociabilidades "positivas" em rede: narrativas de jovens em torno do HIV/Aids e suas tensões cotidianas. *Physis.* 2017;27(2):335-55. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/s0103-73312017000200009>
- (18) Ridgeway K, Dulli LS, Murray KR, Silverstein H, Santo LD, Olsen P, Mora DD *et al.* Interventions to improve antiretroviral therapy adherence among adolescents in low- and middle income countries: a systematic review of the literature. *PLoS One.* 2018;13(1):e0189770. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189770>

(19) Rocha GS, Angelim RC, Andrade AR, Aquino JM, Abrão FM, Costa AM. Cuidados de enfermagem aos indivíduos soropositivos: reflexão à luz da fenomenologia. *Rev Min Enferm.* 2015;19(2):258-61. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20150040>

(20) Paula CC, Padoin SM, Terra MG, Souza IE, Cabral IE. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(3):468-72. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5935/0034-7167.20140063>

(21) Guerrero-Castaneda RF, Menezes TM, Ojeda-Vargas MG. Characteristics of the phenomenological interview in nursing research. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(2):e67458. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67458>

(22) Heidegger M. *Ser e tempo*. 9ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2014.

(23) Axelsson JM, Hallager S, Barfod TS. Antiretroviral therapy adherence strategies used by patients of a large HIV clinic in Lesotho. *J Health Popul Nutr.* 2015;33(10):1-10. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1186/s41043-015-0026-9>

(24) Kavanagh M, Cohn J, Mabote L, Meier BM, Williams B, Russell A *et al.* Evolving human rights and the science of antiretroviral medicine. *Health Hum Rights.* 2015;17(1):76-90. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26204587>

(25) Bastidas-Eraza AM, Canaval-Eraza GE. Más allá de los síntomas: vivir con VIH es motor de cambio. *Av Enferm.* 2018;36(3):338-47. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.71588>

(26) Hornschuh S, Dietrich JJ, Tshabalala C, Laher F. Antiretroviral treatment adherence: knowledge and experiences among adolescents and young adults in Soweto, South Africa. *AIDS Research and Treatment.* 2017; Article ID 5192516, 8 pages. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1155/2017/5192516>

(27) Sowell RL. Stigma and discrimination: threats to living positively with human immunodeficiency virus. *Nurs Clin N Am.* 2018;53(1):111-21. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.cnur.2017.10.006>

(28) Montalvo-Prieto A, Herrera-Lián A. SIDA: sufrimiento de las personas con la enfermedad, Cartagena. *Av Enferm.* 2015;33(1):85-93. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.48117>

(29) Croxford S, Kitching A, Desai S, Kall M, Edelstein M, Skingsley A *et al.* Mortality and causes of death in people diagnosed with HIV in the era of highly active antiretroviral therapy compared with the general population: an analysis of a national observational cohort. *Lancet Public Health.* 2017;2(1):35-46. Disponível em: DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(16\)30020-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30020-2)

(30) Perazzo J, Haas S, Webel A, Voss J. The Internet and care initiation by people living with HIV. *Res Nurs Health.* 2017;40(1):43-50. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1002/nur.21769>

Itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de colo de útero na Bahia, Brasil*

Itinerarios terapêuticos de mujeres con neoplasias del cuello uterino en Bahía, Brasil

Therapeutic itineraries of women with cervical neoplasms in Bahia, Brazil

* Este estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada "Itinerários terapêuticos de pessoas com câncer".

Cómo citar: Soares DA, Batista JA, Santos MC, Oliveira SB, Santos DJS, Cavalcante GLF. Itinerários terapêuticos de mulheres com câncer do colo do útero na Bahia, Brasil. Av Enferm. 2019; 37(3): 333-342. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.78149>

1 Daniela Arruda Soares

Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira (Vitória da Conquista, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4801-1011>
Correio eletrônico: dandani23@yahoo.com.br

Contribuição: concepção, coleta de dados, discussão e análise dos dados, revisão crítica e normalização do artigo para submissão à revista.

2 Jamille Aurea Batista

Prefeitura Municipal de Planalto (Vitória da Conquista, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4155-3894>
Correio eletrônico: jamilleaureaufba@gmail.com

Contribuição: concepção, coleta de dados, discussão e análise dos dados, revisão crítica e normalização do artigo para submissão à revista.

3 Danielle Judite Silva Santos

Universidade Federal da Bahia (Vitória da Conquista, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7055-869X>
Correio eletrônico: sisandanielle@gmail.com

Contribuição: discussão e análise dos dados e revisão crítica do mesmo.

4 Shirley Batista Oliveira

Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista (Vitória da Conquista, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-00029219-9517>
Correio eletrônico: enf_shirley@hotmail.com

Contribuição: discussão e análise dos dados e revisão crítica do mesmo.

5 Glória Luiza Ferreira Cavalcante

Universidade Federal da Bahia (Vitória da Conquista, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0260-6589>
Correio eletrônico: glorinhacavalcantiufba@gmail.com

Contribuição: discussão e análise dos dados e revisão crítica do mesmo.

6 Margarete Costa Santos

Universidade Federal da Bahia (Vitória da Conquista, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5067-5263>
Correio eletrônico: mt.ufba@gmail.com

Contribuição: discussão e análise dos dados e revisão crítica do mesmo.



Resumo

Objetivo: analisar os itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de colo de útero (CCU) a partir do tratamento, na região Sudoeste da Bahia, Brasil.

Materiais e métodos: estudo qualitativo descritivo e exploratório realizado em uma unidade de alta complexidade em oncologia que é referência para a região sudoeste da Bahia. Cinco mulheres em tratamento para o CCU foram entrevistadas, sendo a coleta de dados realizada a partir de entrevistas semiestruturadas e registros em diário de campo, no período de julho a agosto de 2017. Adotou-se a análise categorial temática.

Resultados: emergiram duas categorias empíricas: *Aspectos simbólicos e experiências de mulheres em tratamento para o CCU e a busca por tratamentos para o CCU*. As racionalidades e práticas acionadas no curso dos itinerários revelaram a externalização de signos e significados da doença a partir de elementos biomédicos e sobrenaturais, experiências de adoecimento caracterizadas por sentimentos de dor e sofrimento, superação e enfrentamento como também o acionamento de estratégias terapêuticas de caráter empírico, popular e biomédico.

Conclusão: os itinerários tecidos a partir de conexões com familiares, profissionais de saúde, membros da comunidade e com a religiosidade, denotam que não existem padrões únicos e definidos nas trajetórias em busca de cuidado e que os mesmos podem permitir uma maior aproximação dos sentidos, modos de lidar com a doença e estratégias terapêuticas valorizadas e acionadas por estas mulheres.

Descritores: Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde; Neoplasias do Colo do Útero; Acesso aos Serviços de Saúde; Teste de Papanicolaou (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: analizar los itinerarios terapéuticos de las mujeres con neoplasias del cuello uterino (NCU) desde el tratamiento, en la región suroeste de Bahía, Brasil.

Materiales y métodos: estudio cualitativo descriptivo y exploratorio realizado en una unidad de alta complejidad en oncología, que es referencia para la región suroeste de Bahía. Se entrevistó a cinco mujeres sometidas a tratamiento para NCU y se recopilaron datos de entrevistas semiestructuradas y registros de diario de campo de julio a agosto de 2017. Se adoptó un análisis categórico temático.

Resultados: surgieron dos categorías empíricas: *Aspectos simbólicos y experiencias de mujeres sometidas a tratamiento para NCU y Búsqueda de tratamientos para NCU*. Las racionalidades y prácticas accionadas en el curso de los itinerarios revelaron la externalización de signos y significados de la enfermedad a partir de elementos biomédicos y sobrenaturales, experiencias de enfermedad caracterizadas por sentimientos de dolor y sufrimiento, superación y afrontamiento, como también la activación de estrategias terapéuticas de carácter empírico, popular y biomédico.

Conclusión: los itinerarios basados en conexiones con familiares, profesionales de la salud, miembros de la comunidad y con la religiosidad, denotan que no existen patrones únicos y definidos en las trayectorias de búsqueda de atención, y que pueden permitir una mayor aproximación de los sentidos, formas de tratar la enfermedad y estrategias terapéuticas valoradas y desencadenadas por estas mujeres.

Descriptor: Aceptación de la Atención de Salud; Neoplasias del Cuello Uterino; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Prueba de Papanicolaou (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to analyze the therapeutic itineraries of women with cervical neoplasms (NCU) from treatment, in the southwest region of Bahia, Brazil.

Materials and methods: qualitative descriptive and exploratory study carried out in a unit of high complexity in oncology, which is a reference for the southwest region of Bahia. Five women undergoing treatment for NCU were interviewed and data from semi-structured interviews and field diary records were collected from July to August 2017. A categorical thematic analysis was adopted.

Results: two empirical categories emerged: *Symbolic aspects and experiences of women undergoing NCU treatment and Search for NCU treatments*. Outsourcing of signs and meanings of the disease from biomedical and supernatural elements, experiences of illness characterized by feelings of pain and suffering, overcoming and coping, and activation of therapeutic strategies of empirical, popular and biomedical character, were results of the study.

Conclusion: itineraries based on connections with family members, health professionals, community members, and religiosity, denote that there are no unique and defined patterns in the paths of care search, and that they can allow a nearest sense, ways to treat the disease and therapeutic strategies valued and triggered by these women.

Descriptors: Patient Acceptance of Health Care; Uterin Cervical Neoplasms; Health Services Accessibility; Papanicolaou Test (source: DeCS, BIREME).

Introdução

O itinerário terapêutico (IT) compreende as trajetórias percorridas por pessoas, famílias e comunidades em busca da solução de uma aflição/enfermidade, ou manutenção e recuperação da saúde (1). Tais trajetórias em diferentes subsistemas de cuidado em saúde, tanto institucionalizados quanto informais, partem de experiências e modos de significar e produzir cuidados, sendo estes influenciados por contextos subjetivos, sócio-culturais e pela oferta de serviços de saúde (2-4).

Contudo, o processo articulado e singular das escolhas, ações e reavaliações dos percursos terapêuticos nem sempre é conscientemente processado e linear, por vezes divergindo do fluxo que os serviços traçaram em suas linhas de cuidado, tendo, portanto, seus enredos, personagens e desfechos próprios.

Sob este prisma, o câncer de colo de útero (ccu), enquanto uma doença crônica que está atrelada a uma longitudinalidade de fatores de risco, sinais, sintomas e necessidades que inspiram cuidados específicos, invoca a utilização de abordagens multidimensionais que sejam capazes de retratar peculiaridades das dimensões simbólicas. Estas são resultantes do conhecimento, significado e da experiência de adoecimento na vida de mulheres que o possuem. Sobretudo, é importante compreender como tais significações e experiências orientam o acionamento de racionalidades terapêuticas e sistemas de cuidados, capazes de dar conta da condição de enfermidade que ora apresentam. O modelo holístico para a compreensão do IT (1) coaduna com o exposto, tendendo a superar a lógica determinista, rígida e utilitarista das escolhas e utilização de arenas de cuidado em saúde.

Do ponto de vista epidemiológico, o ccu é de grande magnitude nacional e internacional, notadamente em países em desenvolvimento decorrente da infecção pelo papiloma vírus humano e da cobertura ainda insatisfatória de exames de rastreamento (5, 6) que acontecem, preponderantemente, de forma oportunística nos serviços públicos e sem informação real da sua cobertura, considerando os que são realizados nos serviços suplementares (7, 8). Apesar de possuir alto potencial de prevenção e lento desenvolvimento, hoje consiste no tumor mais frequente no público feminino,

perdendo apenas para o câncer de mama e o colorretal, sendo a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (9). Neste país, cerca de 70 % dos casos de ccu são diagnosticados em fase avançada, sendo mais incidentes nas mulheres de nível sócio-econômico baixo e em fase reprodutiva de suas vidas (10).

Além dos contundentes aspectos supramencionados, a experiência de mulheres com esta neoplasia gera grandes impactos em suas vidas como rupturas biográficas (11), resultando em sofrimento e interrupções em suas trajetórias de vida, cujas repercussões são de ordem tanto psicobiológica quanto econômica e social (12).

Ante a consideração do potencial avaliativo do IT para uma compreensão ampliada das visões de mundo de mulheres com ccu, do processo saúde-doença-cuidado empreendido pelas mesmas e da potencialidade destes itinerários contribuir para resignificar processos de trabalho e cuidado, tem-se como objetivo analisar os itinerários terapêuticos de mulheres com câncer do colo do útero a partir do tratamento, na região Sudoeste da Bahia, Brasil.

Método

Estudo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, realizada com mulheres com ccu provenientes de uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Esta Unidade situa-se no município de Vitória da Conquista que é polo da região Sudoeste da Bahia, sendo formado por um complexo entre o Hospital Geral e prestadores privados para realização de quimioterapia e radioterapia.

Foram consideradas elegíveis as mulheres que possuíam 25 anos ou mais de idade, com diagnóstico confirmado de ccu, e residentes na região Sudoeste da Bahia, que abrange 39 municípios. O recorte etário considerou a população que deve ser rastreada pelo exame Papanicolau para identificação precoce de lesões precursoras para o ccu. Estabeleceu-se como critério de exclusão, mulheres que não desejassem participar da pesquisa ou que não estivessem em tratamento no momento da mesma.

A identificação das mulheres ocorreu a partir da revisão dos registros da Unidade de Referência, sendo as mesmas posteriormente abordadas para marcação de entrevista semi-estruturada. Das 25

identificadas, apenas dez mulheres concordaram em agendar a entrevista. O recrutamento ocorreu entre os meses de junho a agosto de 2017, na UNACON, conforme a agenda da semana da Unidade Oncológica, no período diurno, em sala privativa desta mesma unidade.

Ao longo do processo, mesmo após a marcação das dez entrevistas, cinco mulheres corresponderam ao total de participantes. Dentre as dez, as perdas relacionaram-se com a não apresentação de condições físicas para participar da entrevista decorrente dos efeitos do tratamento (n = 2) e o não comparecimento à unidade para realização do tratamento nos dias propostos (n = 3). Contudo, devido ao caráter de não generalização e de maior validade interna da abordagem qualitativa, a partir do aprofundamento dos dados, observou-se que os significados relativos ao objeto investigado foram compreendidos satisfatoriamente.

Os recursos utilizados para a recolha dos dados foram o diário de pesquisa e a entrevista semi-estruturada. A entrevista se baseou em um roteiro que continha informações relacionadas a dados sócio-demográficos e questões abertas para explorar o núcleo de significados acerca do objeto investigado. Elas aconteceram individualmente na unidade, com duração média de 35 minutos. Foram gravadas em meio digital e posteriormente transcritas. As mulheres foram identificadas no estudo com a letra “M” representando o termo Mulher, seguida do número de ordem da realização da entrevista.

Para análise dos dados, recorreu-se à análise do conteúdo temático, a qual é composta pelas etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento/interpretação dos resultados (13). Deste modo, a leitura flutuante, a codificação e a categorização sumarizam as etapas que buscaram reunir os temas centrais expressos em idéias e estruturas de relevância. Posteriormente foram agrupados analogicamente em categorias, tendo em vista o embasamento no marco referencial do IT e da saúde coletiva.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética Universidade Federal da Bahia, campus Anísio Teixeira, com CAAE: 54535916.5.0000.5556, conforme a resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, de modo que todos os princípios éticos foram assegurados.

Resultados

As características das entrevistas encontram-se no Quadro 1. Observa-se que a faixa etária das cinco usuárias que participaram da pesquisa variou entre 25 e 73 anos. A maior parte era de outros municípios, autodeclararam-se pardas, cursaram o ensino fundamental incompleto, eram divorciadas, separadas ou viúvas, da religião católica, sem ocupação no momento, sendo a renda familiar de um salário mínimo. Quanto aos fatores de risco, a maioria iniciou a vida sexual antes dos vinte anos de idade, tiveram um único parceiro no último ano e antecedentes familiares para o câncer. Nenhuma era etilista ou tabagista.

Quadro 1. Características gerais das mulheres entrevistadas

Mulher	Idade	Procedência	Raça/Cor	Escolaridade	Estado conjugal	Religião	Ocupação	Renda familiar
M1	73	Aracatu	Parda	Analfabeta	Viúva	Católica	Nenhuma	1 salário mínimo
M2	56	Nova Canãa	Preta	Fundamental incompleto	Vive com companheiro	Católica	Do lar	2 salários mínimos
M3	25	Vitória da Conquista	Parda	Médio incompleto	Nunca foi casada	Evangélica	Nenhuma	1 salário mínimo
M4	31	Ibicoara	Branca	Fundamental incompleto	Nunca foi casada	Evangélica	Nenhuma	Menos de 1 salário mínimo
M5	39	Barra do Choça	Parda	Fundamental incompleto	Separada	Católica	Nenhuma	1 salário mínimo

Fonte: dados extraídos do estudo. Elaboração própria.

A partir dos procedimentos analíticos instituídos, seguem as duas categorias que emergiram.

Aspectos simbólicos e experiências de mulheres em tratamento para o CCU

Símbolos da cultura popular e biomédica foram associados ao ccu por mulheres em tratamento para esta doença. Observa-se na linguagem metafórica utilizada por uma das entrevistadas, o retrato de como ela percebe a presença do ccu, como o mesmo recai e se aloja sobre seu corpo, o remodela e como ela será resolvida.

Mas aí eu não sei o que foi, se foi o de comer ou de beber que eles não me deram, não me explicaram o que tinha que seguir pra esse trem não aparecer, o que era certo, ou que era errado, ninguém nunca me explicou nada! Porque coisa de errado eu não fiz nada! Beber, graças a Deus e cigarro eu não fiz isso mais, nunca mais, muito antes de eu descobrir eu já tinha parado e depois disso pior ainda e aí esse câncer veio assim do nada, queria saber por quê? [...] “Em nome de Jesus vai tornar ir embora! Mandar pra longe, sair voando assim e não pegar em ninguém!” [M4].

Em contrapartida, para outras mulheres, os signos atribuídos ao conhecimento do ccu estiveram relacionados às alterações orgânicas, insculpadas à luz de um saber formalmente instituído pelos profissionais de saúde, inicialmente percebidos como de menor gravidade.

Adoeceu começou a sangrar né? Uma sangria! Aí depois foi aumentando, aumentando e aí começou a dor no pé da barriga. Começou a dor, começou a dor e até hoje [M1].

Depois de um corrimento que eu vi que estava fora do normal e eu comecei a sentir umas cólicas que eu nunca senti, aí depois dessas cólicas eu marquei um preventivo pra fazer [M3].

Foi assim eu não sabia o que era isso mesmo, né? Eu comecei a sentir dor nas costas fiquei assim uns seis meses achando que era coluna, só que aí depois surgiu o sangramento, sentindo dores quando ia ter relação e sangrava muito, só isso [...] [M5].

Quanto às experiências diante da doença, os relatos das mulheres também foram marcados por uma miríade de sentimentos, ora positivos ora negativos, os quais deslizaram entre os quadros de ruptura biográfica e tentativas de normalização da vida.

O que eu sinto é tristeza por ela tá dentro de mim e não vejo a hora dela sair pra eu retomar minha vida [...] [M4].

Na hora o chão caiu sabe? [...] Antes eu saía, mesmo sentindo dor, né? Antes de descobrir eu tava frequentando a escola e saía normal. Mesmo que eu não sou de ter uma boa alimentação, mas eu comia, aí depois que eu vim descobrir que começou o sangramento aí foi ficando mais difícil, né? Eu sei que eu tenho câncer mas, pra mim assim eu não tenho no coração que eu tenho câncer, porque graças a Deus, mesmo com essa situação eu tenho vida, eu tenho saúde, mesmo com as dificuldades, né? E é isso aí seguir a vida, né? Cuidar direitinho [M3].

Mudou muita coisa, né? Antes eu cozinhava no fogão a lenha, mas depois por causa da quentura eu não cozinho mais, né? Não faço mais esforço como fazia antes. Mudou a rotina mesmo, por conta dos efeitos da quimio e rádio [M5].

A busca por tratamentos para o CCU: racionalidades e práticas acionadas no curso dos itinerários

A partir da percepção da gravidade dos sintomas, as entrevistadas narraram a saga na busca de tratamento para o ccu. Deste modo, a falta de cuidados preventivos, a pouca utilização da atenção primária, assim como o retardo no diagnóstico médico e a peregrinação até o serviço especializado de oncologia, foram apontados por algumas mulheres como justificativa, inclusive para estarem em estágio mais avançado da doença.

Então esse foi um dos meus erros, eu não fazia exame de rotina, em 2007 eu tava com uma lesão né, no colo do útero, aí fiz uma cauterização, né? Aí também foi uma falta de importância minha [...], todo ano eu deveria tá fazendo o preventivo, né? Foi isso que o médico me falou que pode ter sido um rastro que ficou dessa cauterização [M5].

[...] cheguei lá o médico disse que era mioma, ele falou que dava pra tomar remédio pra sumir. Tomei o remédio e fui no outro médico, ele disse que era cisto, aí foi avançando mais ainda. Eu fui e falei assim: oh doutor é um cisto ou um câncer? Aí ele falou assim: oh M4 porque você está falando que é um câncer? Aí ele foi e falou pra mim que eu adian-

tasse então, pra frente e deixasse o exame dele pra trás [...], e assim eu descobri, porque se fosse por alguns médicos eu tava até hoje sem saber! [M4].

Você não consegue fazer um exame rapidamente, fica um tempão na espera [...]. Então fica difícil, né? [M1].

Falhas de informação acerca do tratamento especializado também despontaram nas falas.

O médico não explicou como era, eu fiz o que era pra fazer, né? [...] Ninguém me falou nada não. Sei lá [M1].

Eu acho assim, que pelo meu entendimento de nunca ter feito era melhor ter uma explicação né? [...] Não sabia se era enfiado na cabeça, se era enfiado nos pés, se era enfiado aonde? [M4].

Quando eu comecei fazer a rádio, eu tinha que fazer as duas juntas: a rádio e a quimio, nem que uma acabasse primeiro pra o meu tratamento dar certo. O que aconteceu? O pessoal [...] não “marcaram”. Eu fiz 28 sessões de radio sem quimio. Aí comprometeu meu tratamento [M5].

Percebeu-se também que, embora notável a busca pela rede formal de serviços de saúde situados na esfera pública, a religiosidade, as rezas, os chás, as garrafadas, bem como a constituição de redes de suporte social, notadamente da família nuclear, também orbitavam em torno dos itinerários terapêuticos de todas as mulheres com ccu. Esta pluralidade de sistemas de cuidados não eram antagonicamente utilizados, senão considerados de forma concomitante e complementar.

Comecei tomar chá, né? Chá caseiro, aí depois eu parei com o chá caseiro e hoje apego mais em Deus, né? Eu sei que tudo vai dá certo. Depois, eu fui pra o posto e lá me passaram muitos exames. Ah! Me mandaram pra o ambulatório pra fazer uma biópsia, só que lá tava sem material e me mandaram para o posto de saúde, foi quando tive a certeza mesmo. E de lá fui para o Hospital, fiquei na clínica médica [...]. Fiz todos os exames de rotina pra detalhar, para poder começar a fazer a quimioterapia [...] comecei fazer o tratamento na UNACON. Hoje apego mais em Deus né? Eu sei que tudo vai dá certo. Tenho minha mãe e minha filha comigo, tenho que pensar nelas e lutar contra isso [M3].

Primeiro fui ao posto [...]. Depois foi no posto, que fui diagnosticada pelo ginecologista. Fui pra o Hospital, depois fiquei 2 meses no Hospital [...] e depois UNACON [...]. E hoje, eu estou em tratamento aqui, eles marcam e eu venho. Ah! Também tomei muita garrafada. Eu fui até na casa de um rezador que eles falam, lá bem longe, que eu não sei nem o nome da cidade, aí eu não queria fazer o tratamento aqui, eu queria primeiro tomar as garrafadas deles [M4].

Discussão

Desde as primeiras abordagens acerca dos IT atreladas à ideia mais utilitarista de um cardápio de cuidados biomédicos a serem orientados pela lógica do consumo, até as contribuições que a sociologia e a antropologia vêm ofertando na delimitação de que o meio social e cultural interferem nas ações, escolhas e trajetórias de cuidado, observa-se um crescimento nas produções nesta última vertente, sendo que as doenças crônicas tem recebido foco privilegiado (1-4). É na segunda perspectiva de abordagem dos estudos do IT que este trabalho procura se sustentar.

Nesta direção, compreender aspectos simbólicos acerca da doença, como noções de gravidade, incertezas, expectativa de cura e a sua interligação com as experiências dos sujeitos acometidos, possibilita estabelecer um nexo causal com as trajetórias de cuidado engendradas. Observa-se que os conceitos e interpretações acerca dos problemas de saúde e de vida influenciam na escolha dos percursos e processos terapêuticos que atendam às suas necessidades (14, 15).

Por isso mesmo, a interpretação dos símbolos e experiências de mulheres com ccu trazem consigo um feixe de elementos que forjam uma multideterminação dos discursos e práticas. Desta forma, observou-se no discurso de uma das entrevistadas que a causa do ccu foi permeada por uma miscelânea de elementos que se ancoram em um contexto e história de vida que refletem o repertório linguístico, crenças e representações sobre o corpo, a doença e suas experiências em relação ao câncer (16). O poder sobrenatural para extirpar a doença, quase que de forma mágica, também mereceu destaque nesta fala, anunciando significados que escapam às racionalidades tradicionais (17).

Em contrapartida, outras mulheres utilizaram termos biomédicos e de sua experiência prática para classificar a doença, a sua gravidade e a necessidade de busca do tratamento. Para elas, o ccu se materializa quando irrompe sinais de alerta não contornáveis, culminando com a transformação de uma pequena 'perturbação ordinária' como o corrimento, as cólicas, o sangramento e a dor nas costas, em um fato extraordinário que carece mais atenção.

Deve-se destacar, também, que alguns estudos desenvolvidos acerca do ccu no âmbito da saúde coletiva têm demonstrado que o conhecimento

escasso por parte das mulheres acerca da doença tem retardado a busca por medidas preventivas e curativas (18, 19). O fato de muitas mulheres não reconhecerem medidas de prevenção, como a realização do exame papanicolau, sua finalidade, periodicidade e público-alvo tem gerado consequências práticas importantes como a falta de percepção de risco e detecção precoce de doenças (20).

No entanto, para além de aspectos subjetivos, tal situação também parece guardar relação com uma baixa resolutividade dos serviços, quando da realização do rastreamento oportunístico, incluindo apenas as mulheres que os procuram que lidam melhor com os pudores relativos à avaliação de suas genitálias e que conseguem ter acesso aos serviços.

Quanto às experiências das entrevistadas com o ccu, vê-se o quanto estas interferem nos IT. Isso porque, ter uma doença crônica figura um tipo particular de evento que promove uma ruptura na vida cotidiana da pessoa tanto em termos de relações sociais quanto da habilidade de mobilizar e acionar recursos de cuidado (11).

Tomando por base esta definição, observa-se as trajetórias das mulheres M3 e M5 interrompidas pelo advento do câncer e a necessidade de reorganização das mesmas, dos projetos e dos papéis sociais em vista de uma relativa normalização, para que encontrem, novamente, sentido frente aos eventos disruptivos experimentados. Tais mulheres foram impelidas a reconstruir interpretações acerca das suas histórias de vida, redimensionar ações e atividades quotidianas, especialmente aquelas vinculadas à realização do trabalho doméstico, da rotina, dos hábitos alimentares e da frequência ao ambiente escolar. Outro estudo apontou resultados que caminham na mesma direção, inclusive apontando a rede de suporte social como uma arena de cuidado que consegue apoiar e contribuir para a superação da doença (21).

Na tentativa de materializar formas de lidar com a dor e o sofrimento provenientes da experiência com a doença e da significação tecida em torno da mesma, as pessoas recorrem a práticas e comportamentos pautados em racionalidades, ora fundamentadas no saber biomédico, outrora no saber sobrenatural e/ou popular (22). Estes vão compondo e recompondo percursos, não necessariamente unidirecionais e teleológicos, nem racionalizados e premeditados, mas sim viabilizados pelo contexto sócio-cultural.

Nesta busca por arenas de cuidado em saúde, pode-se captar como o campo biomédico detém uma resposta social importante e culturalmente organizada frente às desordens orgânicas e ao tratamento dispensado pelos serviços (23, 24), sobretudo quando se trata de câncer, o qual é temido e apresenta associação com a morte para muitas pessoas (12). Todas as mulheres entrevistadas, a despeito de terem transitado por múltiplos sistemas de cuidado em saúde, aderiram e apostaram no cuidado formal instituído pelos serviços de saúde, notadamente pelos atendimentos nos serviços de alta complexidade, onde a maior parte do tratamento ocorre.

Outro fato que merece destaque é que, com exceção de uma entrevistada, todas as demais procuram o serviço mediante a apresentação de sintomas como sangramentos e cólicas, denotando que os mesmos podem estar associados a estágios mais avançados da doença, cujos tratamentos se tornam mais difíceis e, por vezes, menos efetivos. Possíveis justificativas para esta realidade podem se relacionar tanto com o acesso tardio ao sistema de saúde e a culpa auto-infligida das mulheres por não tê-lo acionado quanto pela baixa resolutividade dos serviços na realização de atividades preventivas organizadas, controle da doença e tratamento oportuno (25).

A demora no diagnóstico, a fragmentação do cuidado e a falta de informação acerca do tratamento biomédico, também foram identificados nos itinerários das mulheres entrevistadas. Em outros estudos, situação semelhante foi retratada, comprometendo assim, a integralidade do cuidado de mulheres já fragilizadas pelo diagnóstico da doença (25, 26).

Em vista disso, ao se movimentarem pelos sistemas de cuidado em saúde, as mulheres estruturaram fluxos que as fizeram transitar por arenas informais de cuidado antes e depois da busca pelas arenas formais. Vê-se, portanto, que coexiste um sistema plural de cuidados à saúde implementados pelas mulheres com ccu, situação que condiz com os achados de outros trabalhos quando outros eventos são investigados (27, 28).

O acionamento integrado de diferentes arenas de cuidado e práticas terapêuticas se dão quando ocorre a percepção do quão capazes são de dar conta de solucionar o problema, adiar complicações ou amenizar o sofrimento, aludindo à limitação da abordagem biomédica baseada exclusiva-

mente na nosologia clínica homogeneizante e nos tratamentos estritamente prescritos, protocolizados e cientificamente comprovados (29).

Contudo, vale ressaltar que o sincretismo das escolhas pelas arenas de cuidado informais e formais, também pode resultar de deficiências desta última, impelindo famílias, sobretudo de classes populares, a deterem maior flexibilidade de interação com as redes assistenciais (1), fato que é ilustrativo das mulheres que foram entrevistadas neste estudo.

Considerações finais

O adoecimento pelo ccu compreende um processo complexo, o qual envolve múltipla determinação. Deste modo, a reconstrução de itinerários terapêuticos de mulheres com ccu despontou como uma necessidade, haja vista que a sua incidência e mortalidade mantém-se em crescimento no país a despeito das medidas governamentais empreendidas.

Pôr o discurso das mulheres adoecidas no centro concorreu para desvelar significados e experiências não registrados nas estatísticas vitais e que, por isso mesmo, podem permitir uma maior aproximação dos sentidos, modos de lidar com a doença e estratégias terapêuticas valorizadas e acionadas por estas mulheres.

A análise dos itinerários terapêuticos de mulheres com ccu revelaram distintas lógicas interagindo: externalização de signos e significados da doença a partir de elementos biomédicos e sobrenaturais, experiências de adoecimento caracterizadas por sentimentos de dor e sofrimento, superação e enfrentamento, quanto o acionamento de estratégias terapêuticas de caráter empírico, popular e biomédico. Esta última modalidade de estratégias se revelou limitadora dos itinerários face às fragilidades caracterizadas pelo diagnóstico tardio, acesso a múltiplos serviços e falta de informação entre eles.

Estes itinerários tecidos a partir de conexões com familiares, profissionais de saúde, membros da comunidade e com a religiosidade, denotam que não existem padrões únicos e definidos nas trajetórias empreendidas em busca do cuidado em saúde, e o quanto a abordagem profissional pode encontrar limites ante a não consideração dos aspectos sócio-culturais e subjetivos.

Referências

- (1) Trad LAB. Itinerários terapêuticos: questões e enfoques presentes na literatura e um modelo holístico de análise com foco na cronicidade. Em: Castellanos MEP, Trad LAB, Jorge MSB, Leitão IMTA, organizadores. Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. Fortaleza: Editora da Universidade Estadual do Ceará; 2015. p 61-91.
- (2) Pinheiro R, Gerhardt TE, Ruiz ENF, Silva-Júnior AG. O "estado do conhecimento" sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na saúde coletiva e integralidade do cuidado. Em: Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CPES/IMS/UERJ-ABRASCO; 2016. p. 13-26.
- (3) Alves PCB, Rabelo MCM. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. Em: Rabelo MCM, Alves PCB, organizadores. Experiência de doença e narrativa. 1.ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 171-185.
- (4) Alves PC. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. Rev Ciências Sociais. 2015;42:29-43. Disponível em: <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2017/05/ALVES-2015-Itinerarios-Terapeuticos.pdf>
- (5) Fitzmaurice C, Dicker D, Pain A, Hamavid H, Moradi-Lakeh M, MacIntyre MF et al. The global burden of cancer 2013. JAMA Oncol. 2015;1(4):505-27. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1001/jamaoncol.2015.0735>
- (6) Couto MSA, Guerra MR, Firme VAC, Bustamante-Teixeira MT. Comportamento da mortalidade por câncer de mama nos municípios brasileiros e fatores associados. Rev Panam Salud Pública. 2017;41:e168. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.26633/RPSP.2017.168>
- (7) Costa RFA, Longantto-Filho A, Vazquez FL, Pinheiro C, Zeferino LC, Fregna JHTG. Trend analysis of the quality indicators for the Brazilian cervical cancer screening programme by region and state from 2006 to 2013. BMC Cancer. 2018;18(1):1-9. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1186/s12885-018-4047-9>
- (8) Rocha TA, Silva NC, Thomaz EB, Queiroz RC, Souza MR, Lein A et al. Primary health care and cervical cancer mortality rates in Brazil: a longitudinal ecological study. J Ambul Care Manage. 2017;40(Suppl 2):S24-S34. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000185>
- (9) Instituto Nacional de Câncer. Atlas on-line de mortalidade. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Coordenação de Prevenção e Vigilância, INCA; 2017. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>
- (10) Brito-Silva K, Bezerra AFB, Chaves LDP, Tanaka OY. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. Rev Saúde Pública. 2014;48(2):240-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004852>

- (11) Bury M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health and Illness*. 1991;13:451-68. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1991.tb00522.x>
- (12) Binka C, Doku DT, Awusabo-Asare K. Experiences of cervical cancer patients in rural Ghana: an exploratory study. *PLoS One*. 2017;12(10):e0185829. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185829>
- (13) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
- (14) Younes S, Rizzotto MLF, Araújo ACF. Itinerário terapêutico de pacientes com obesidade atendidos em serviço de alta complexidade de um hospital universitário. *Saúde Debate*. 2017;41(115):1046-60. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711505>
- (15) Xuan Z, Ong MS, Jegadeesan T, Deng S, Yap CT. Breast cancer: exploring the facts and holistic needs during and beyond treatment. *Healthcare*. 2017;5(2):1-11. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare5020026>
- (16) Ndejjo R, Mukama T, Kiguli J. Knowledge, facilitators and barriers to cervical cancer screening among women in Uganda: a qualitative study. *BMJ Open*. 2017;7:e016282. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016282>
- (17) Ussher JM, Perz J. Threat of biographical disruption: the gendered construction and experience of infertility following cancer for women and men. *BMC Cancer*. 2018;22(1):40-67. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00191>
- (18) Naz MSG, Kariman N, Ebadi A, Ozgoli G, Ghasemi V, Fakari FR. Educational interventions for cervical cancer screening behavior of women: a systematic review. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(4):875-84. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.4.875>
- (19) Modibbo FI, Dareng E, Bamisaye P, Jedy-Agba E, Adewole A, Oyeneyin L *et al*. Qualitative study of barriers to cervical cancer screening among Nigerian women. *BMJ Open*. 2016;6:e008533. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008533>
- (20) Gatumo M, Gacheri S, Sayed AR, Scheibe A. Women's knowledge and attitudes related to cervical cancer and cervical cancer screening in Isiolo and Tharaka Nithi countries, Kenya: a cross-sectional study. *BMC Cancer*. 2018;18:1-9. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4642-9>
- (21) Campos EA, Castro LM, Cavalieri FES. "Uma doença da mulher": experiência e significado do câncer cervical para mulheres que realizaram o Papanicolau. *Interface*. 2017;21(61):385-96. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1807-57622016.0159>
- (22) Nunes MO. Da aplicação à implicação na antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2014;21(2):403-20. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0104-59702014000200003>
- (23) Meneses CS, Cecílio LCO, Andrezza R, Carapinheiro G, Andrade MGG, Santiago S. O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(6):2013-24. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14822016>
- (24) Amorim ACCLA, Assis MMA, Santos AM, Jorge MSB, Servo MLS. Practices of the family health team: advisors of the access to the health services. *Texto Context Enferm*. 2014;23(4):1077-86. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0104-07072014000610013>
- (25) Carvalho PG, O'Dwer G, Rodrigues NCP. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. *Saúde Debate*. 2018;42(118):687-701. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0103-1104201811812>
- (26) Finocchiaro-Kessler S, Wexler C, Maloba M, Mabachi N, Ndikum-Moffor F, Bukusi E. Cervical cancer prevention and treatment research in Africa: a systematic review from a public health perspective. *BMC Womens Health*. 2016;16:1-25. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0306-6>
- (27) Carranza RMO. El significado del diagnóstico en la trayectoria del enfermo reumático: de la incertidumbre a la disrupción biográfica. *Salud Col*. 2017;13(2):211-23. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1144>
- (28) Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;15(1):161-70. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20472014>
- (29) Sobreira FAG, Abilio ES, Ortiz CCL. Os pontos de aglutinação entre a psicologia e a política nacional de humanização. *Saúde em Redes*. 2016;2(2):227-33. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p227-233>

Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: percepções dos profissionais em enfermagem

Salud sexual y reproductiva de adolescentes: percepciones de los profesionales en enfermería

Sexual and reproductive health of adolescents: perceptions of nursing professionals

Cómo citar: Sehnm DG, Crespo TTB, Lipinski MJ, Ribeiro CA, Wilhelm AL, Arboit J. Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: percepções dos profissionais em enfermagem. *Av Enferm.* 2019; 37(3): 343-352. Disponível em: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.78933>

1 Graciela Dutra Sehnm

Universidade Federal de Santa Maria - Campus Santa Maria (Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil).
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4536-824X>
Correio eletrônico: graci_dutra@yahoo.com.br

Contribuição: concepção do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada.

2 Bruna Tarasuk Trein Crespo

Universidade Federal do Pampa Uruguiana, Rio Grande do Sul, Brasil.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4050-5076>
Correio eletrônico: brunatarasuk@hotmail.com.br

Contribuição: concepção do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada.

3 Jussara Mendes Lipinski

Universidade Federal do Pampa (Uruguiana, Rio Grande do Sul, Brasil).
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3907-0722>
Correio eletrônico: jussaralipinski@gmail.com

Contribuição: concepção do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada.

4 Aline Cammarano Ribeiro

Universidade Federal de Santa Maria - Campus Santa Maria (Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil).
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3575-2555>
Correio eletrônico: alinecammarano@gmail.com

Contribuição: análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

5 Laís Antunes Wilhelm

Universidade Federal de Santa Maria - Campus Santa Maria (Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil).
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6708-821X>
Correio eletrônico: laiswilhelm@gmail.com

Contribuição: análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

6 Jaqueline Arboit

Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Maria - Campus Santa Maria (Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil).
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6610-5900>
Correio eletrônico: jaqueline.arboit@hotmail.com

Contribuição: análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.



Resumo

Objetivo: conhecer como é percebida e abordada a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes pelos enfermeiros na atenção primária à saúde.

Materiais e métodos: estudo qualitativo do tipo descritivo, realizado no primeiro semestre de 2018. Participaram nove enfermeiros vinculados às Estratégias Saúde da Família de um município do sul do Brasil. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e os dados foram estudados segundo a análise de conteúdo temática.

Resultados: evidenciou-se que persiste uma visão reducionista sobre a saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde. As estratégias para abordar tal tema abarcam a compreensão das experiências dos adolescentes acerca da sexualidade por meio do estímulo à autonomia, do acolhimento da demanda espontânea, das consultas de enfermagem, dos grupos educativos e da abordagem no contexto escolar.

Conclusão: os profissionais necessitam atuar na promoção da saúde sexual e reprodutiva e identificar os problemas dessa população, conferindo-lhe visibilidade no serviço de saúde. É importante repensar as práticas junto ao adolescente, sendo necessário criar espaços apropriados e relacionar a família e a escola.

Descritores: Saúde do Adolescente; Saúde Sexual; Saúde Reprodutiva; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: conocer cómo perciben y abordan la salud sexual y reproductiva de adolescentes los profesionales de enfermería en la atención primaria en salud.

Materiales y métodos: estudio cualitativo de tipo descriptivo, realizado en el primer semestre de 2018. Participaron nueve enfermeros relacionados con las Estrategias Salud de la Familia de un municipio del sur de Brasil. Se efectuaron entrevistas semiestructuradas y los datos se examinaron según el análisis de contenido temático.

Resultados: se evidenció que persiste una visión reduccionista sobre salud sexual y reproductiva en la atención primaria en salud. Las estrategias para abordar este tema abarcan la comprensión de las experiencias de los adolescentes acerca de la sexualidad, por medio del estímulo a la autonomía, de la acogida de la demanda espontánea, de las consultas de enfermería, de los grupos educativos y del enfoque en el contexto escolar.

Conclusión: los profesionales necesitan actuar en la promoción de la salud sexual y reproductiva e identificar los problemas de los adolescentes, dándoles visibilidad en el servicio de salud. Es importante repensar las prácticas junto al adolescente, siendo menester crear espacios apropiados y relacionar a la familia y la escuela.

Descritores: Salud del Adolescente; Salud Sexual; Salud Reproductiva; Atención Primaria de Salud; Enfermería (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to learn how nursing professionals perceive and approach the sexual and reproductive health of adolescents in primary health care.

Materials and methods: qualitative study of descriptive type, carried out in the first semester of 2018. Nine nurses related to the Family Health Strategies of a municipality in southern Brazil participated. Semi-structured interviews were conducted and the data were examined according to the thematic content analysis.

Results: it was revealed that a reductionist vision on sexual and reproductive health persists in primary health care. Strategies to address this issue cover an understanding of adolescent experiences about sexuality, through encouragement to autonomy, acceptance of spontaneous demand, nursing consultations, educational groups and focus on the school context.

Conclusion: health professionals need to act in the promotion of sexual and reproductive health, and identify adolescent problems, giving them visibility in the health service. It is important to rethink practices with the adolescent, being necessary to create appropriate spaces and connect family and school.

Descriptors: Adolescent Health; Sexual Health; Reproductive Health; Primary Health Care; Nursing (source: DeCS, BIREME).

Introdução

A adolescência é delimitada por um marco etário e biológico, sendo construída conforme relações entre gerações e concepções sociais. Nesta etapa, evidenciam-se impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e seus esforços para corresponder às expectativas culturais (1).

Em 2017, o Ministério da Saúde, no Brasil, lançou um documento visando ampliar a inserção dos adolescentes na Atenção Primária à Saúde (APS), propondo a atuação dos profissionais no cuidado à saúde, hábitos saudáveis e aspectos clínicos. Quanto a estes últimos, objetivava implementar ações direcionadas à sexualidade, consulta ginecológica, planejamento reprodutivo, anticoncepção de emergência, gravidez e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) (2).

A sexualidade é um aspecto fundamental no desenvolvimento humano, envolve práticas e experiências relacionadas à satisfação, afetividade, prazer, sentimentos e saúde (1). Tais experiências variam segundo contextos temporais, sociais e geracionais, construindo a identidade adolescente. No entanto, em muitas sociedades, suas experiências são censuradas e limitadas por tabus, preconceitos e relações de poder (3).

O campo da saúde sexual e reprodutiva na adolescência precisa associar-se a noções ampliadas de saúde. No que se refere à saúde sexual, esta se trata do bem-estar físico, emocional e social em relação à sexualidade e não apenas à ausência de doenças/disfunções (4). Já a saúde reprodutiva é compreendida como o bem-estar das funções reprodutivas. Sua assistência inclui métodos, técnicas e serviços para escolhas reprodutivas, prevenção e resolução de problemas (4).

Com base nestas conceituações, compreende-se que a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes constitui uma das ações prioritárias da APS (5), sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) um modelo de atenção para a promoção da saúde deles (6). Porém, evidencia-se a falta de ações específicas para esta população nos serviços de saúde, o que impõe uma barreira para o seu acesso (6). Ainda, percebe-se que não há acompanhamento do desenvolvimento dos adolescentes, mas aten-

dimentos pontuais no adoecimento ou gravidez, apontando o seu distanciamento dos profissionais e dos serviços (6).

Um estudo evidenciou que a APS, como estratégia para a efetivação da saúde sexual e reprodutiva, é incipiente e insuficiente (7). Destaca-se que os adolescentes são vulneráveis a agravos na saúde devido a seus hábitos e comportamentos. No que se refere às IST, no contexto brasileiro, na faixa etária dos 10 aos 19 anos foram notificados, no período de 1980 a 2018, um total de 22.416 casos de adolescentes vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana, reiterando a juvenização da epidemia (8). Quanto às demais IST, uma pesquisa sinalizou que clamídia, gonorréia e sífilis são as mais comuns nos jovens (9).

No que tange à gravidez na adolescência, nos países de baixa e média renda, estima-se que cerca de 21 milhões de meninas adolescentes entre 15 e 19 anos engravidem e cerca de 16 milhões tem partos anualmente (10). Um estudo da Turquia evidenciou que a gravidez na adolescência pode acarretar aborto, parto prematuro, baixo peso ao nascer e maior taxa de cesariana (11).

Assim, no cenário APS, conhecer as experiências do adolescente acerca da sexualidade a partir dele mesmo, implica, para os enfermeiros, desafios para compreender tais aspectos e, a partir disso, aplicar as políticas existentes. Nessa perspectiva, um estudo realizado na Ásia sugere que os profissionais da saúde devem realizar programas de educação em saúde sexual e reprodutiva junto às escolas e famílias dos adolescentes, ampliando a rede de comunicação e os conhecimentos acerca de temas que perpassam as experiências dessa população (12).

Com o intento de identificar a produção científica acerca da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, realizou-se uma busca na literatura nacional e internacional. As produções tratavam, especialmente, da prevenção de IST e de gravidez indesejada (5, 9, 13-16), dos comportamentos sexuais (3, 17, 18), da sexualidade no contexto escolar e familiar (12), da promoção da educação em saúde (19) e do uso de tecnologias para a abordagem do tema (20). Diante disso, evidencia-se que estudos voltados à temática são incipientes nas ciências da saúde e, especialmente, na enfermagem, justificando maiores investimentos em pesquisas na temática.

Este estudo buscará responder ao questionamento: de que forma os enfermeiros na APS percebem

e abordam a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes? Para tanto, objetivou conhecer como é percebida e abordada, a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes pelos enfermeiros na APS.

Materiais e métodos

Pesquisa qualitativa, descritiva, realizada em unidades de ESF de um município do Rio Grande do Sul, Brasil, no primeiro semestre de 2018. Justifica-se a escolha pelo método qualitativo, pois este possibilita desvelar as significações que os indivíduos atribuem às suas experiências e a forma como compreendem o mundo (21). O cenário é justificado pelo fato de que essas unidades são a porta de entrada para os adolescentes que necessitam de atendimento pelo Sistema Único de Saúde.

Os participantes foram nove enfermeiros. A definição do número de participantes seguiu a orientação de que quando a amostra é ideal, esta reflete as múltiplas dimensões de determinado fenômeno (22). Como critério de inclusão foi considerado: estar alocado na ESF há mais de seis meses, o que proporcionaria tempo para o conhecimento da população da área adstrita. Foram excluídos enfermeiros alocados em ESF da área rural, pela dificuldade de acesso.

Os participantes foram oito mulheres e um homem, com idade entre 32 e 54 anos. O tempo de experiência profissional foi de dois a 19 anos. Já o tempo de atuação em unidades de saúde foi de um e meio a 17 anos. Quanto à pós-graduação *latu sensu*, a maioria referiu ter e/ou estar em andamento, sendo a especialização em saúde da família a mais citada (quatro).

A fase de aproximação dos participantes teve duração de três meses e ocorreu por meio de um encontro prévio para a apresentação do projeto de pesquisa, seus objetivos e metodologia. Nesse encontro, os profissionais interessados em participar esclareceram suas dúvidas e foi agendada uma data para a realização da entrevista, conforme a disponibilidade de cada um.

Para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas. Foi elaborado um roteiro semiestruturado com dados sociodemográficos e questões norteadoras. As entrevistas tiveram uma duração de aproximadamente 30 minutos, foram gravadas (áudio) e realizadas nas próprias ESF em que os enfermeiros trabalhavam. A coleta

das informações foi conduzida pelo pesquisador responsável e desenvolvida em uma sala apropriada em termos de privacidade e confidencialidade.

Para a análise dos dados, adotou-se a proposta operativa de Minayo (22), composta por três fases (Quadro 1).

Quadro 1. Processo de análise de dados

Pré-análise	Transcrição dos dados de modo literal. Escuta das gravações e leitura flutuante, emergindo as impressões iniciais. Sequência de leituras exaustivas, destaque dos trechos das falas dos participantes com cores diferentes, a partir das ideias semelhantes. Constituição do material para análise mais aprofundada.
Exploração do material	Recorte de informações comuns presentes no conteúdo e enumeração dos núcleos de sentido (palavras, frases e expressões que deram significado ao conteúdo das falas). Agrupamento dos núcleos de sentido para a constituição das categorias.
Tratamento dos resultados obtidos e interpretação	Proposição de inferências e interpretações com cotejamento da literatura nacional e internacional.

Fonte: (21).

A pesquisa seguiu os preceitos da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo nº. 72631317.1.0000.5323. Para preservar o anonimato, os participantes foram identificados pelo código E, de enfermeiro, seguido por numeração conforme ordem das entrevistas.

Resultados

Da análise dos dados, emergiram duas categorias: *Percepções acerca da saúde sexual e reprodutiva na adolescência* e a *Abordagem da saúde sexual e reprodutiva com adolescentes na atenção primária à saúde*. A primeira categoria diz respeito a como os enfermeiros entendem a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes em duas perspectivas, sendo uma mais voltada para as questões biológicas e a outra para a promoção da saúde. Já a segunda refere-se à forma e os espaços em que essas duas perspectivas podem ser abordadas. Neste sentido, os participantes destacaram a importância de proporcionar autonomia aos adolescentes nas consultas de enfermagem, nos grupos de educação em saúde e nas escolas.

Percepções acerca da saúde sexual e reprodutiva na adolescência

Os depoimentos apontaram questões biológicas sobre a saúde sexual e reprodutiva na adolescên-

cia, como o uso de preservativo e da pílula anticoncepcional e a prevenção de IST e da gravidez.

Penso em educação em saúde para prevenção, uma vez que está cada dia mais precoce o início da vida sexual, gravidez e doenças sexuais [E1].

Me remeto a planejamento familiar, unindo contracepção e orientação para prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis [E5].

Na minha concepção, na adolescência, estes conceitos partem da transformação dos caracteres secundários sexuais [E4].

Nesta fase, os adolescentes precisam ser alertados sobre a prevenção da gravidez [E6].

Visualizam-se limitações de entendimento dos informantes quanto à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Isso se deve ao fato de que não citam o exercício da sexualidade humana, o autocuidado, as questões psicológicas e socioculturais, ou seja, não há uma abordagem holística do cuidado e da educação sexual e reprodutiva.

O enfermeiro, como profissional da APS, precisa desempenhar um papel de facilitador para os adolescentes. Nesse sentido, deve buscar compreender o contexto em que eles estão inseridos, pensando em estratégias que os aproximem do serviço para que percebam a necessidade do autoconhecimento e autocuidado de modo a expressarem os seus potenciais quanto à saúde sexual e reprodutiva.

Outros participantes, por sua vez, apresentaram percepções que superam as questões biológicas, contemplando a necessidade de informações e esclarecimentos de dúvidas relacionadas a essa fase e ao cuidado de si, na direção da promoção da saúde.

Durante a consulta, devemos orientar aspectos relacionados

ao autocuidado, sexualidade e prevenção de doenças [E2].

Estes conceitos estão relacionados com a necessidade de informar e esclarecer os adolescentes, reforçar a promoção da saúde [E8].

Tem a ver com atenção com seu corpo, sua saúde e prevenção de doenças. Cuidados e amor consigo mesmo [E7].

Se relaciona com o início da sexualidade; nesta fase surgem as dúvidas sobre questões familiares, religião, primeira relação sexual [E9].

Percebe-se que esses participantes consideram as questões psicossomáticas, religiosas e familiares, em busca da integralidade da atenção e promoção da saúde. Por meio delas, o enfermeiro da APS, poderá estabelecer vínculos com os adolescentes, entendendo a saúde sexual e reprodutiva para além dos aspectos biológicos, mas como uma construção sociocultural.

Abordagem da saúde sexual e reprodutiva com adolescentes na atenção primária à saúde

Segundo os enfermeiros, a sexualidade é um dos domínios que incitam os adolescentes à autonomia individual, devendo as orientações voltar-se a estimular tal aprendizado.

Considero necessário o adolescente compreender que precisa ter responsabilidade e consciência sobre suas ações, nosso trabalho deve ser nesse sentido [E1].

O adolescente precisa ter autonomia de decisão para determinar quando acha que está preparado para viver as questões da sexua-

lidade [...]. Ele precisa se sentir seguro com suas escolhas [E2].

Acredito que seja de suma importância conhecer as mudanças do corpo e entender sobre sexualidade, para ter autonomia e responsabilidade sobre as suas escolhas e as consequências delas [E4].

Reforça-se que o aconselhamento é um dos componentes da atividade educativa na APS, devendo ancorar-se em abordagens problematizadoras. Estas precisam contemplar o contexto em que os adolescentes vivem, de maneira que eles sejam participantes de todo o processo de promoção à sua saúde sexual e reprodutiva. No entanto, é necessário atentar para que os adolescentes não sejam responsabilizados ou culpabilizados sobre suas escolhas. O papel do enfermeiro é auxiliar o adolescente a tomar decisões conscientes, baseadas em informações claras, levando em consideração a situação que está vivenciando, seus sentimentos e necessidades, de modo que possa desfrutar com autonomia e segurança a sua sexualidade.

Dentre as abordagens para tratar da saúde sexual e reprodutiva, os participantes ressaltaram como significativa a realização de grupos de educação em saúde. A consulta de enfermagem também foi percebida como espaço oportuno para tratar deste tema.

Acredito que a melhor forma de abordar este tema seria de maneira explicativa, com uso de grupos de educação em saúde [...]. Nos grupos podemos estimular que os adolescentes compartilhem experiências sobre a sexualidade [E1].

A utilização de dinâmicas em grupos proporcionaria um ambiente confortável, estabelecendo vínculos e diminuindo a vergonha sobre o assunto [E7].

Jogos didáticos, grupos, conversas e dinâmicas envolvendo o

tema farão com que este adolescente confie no profissional, facilitando a formação de vínculos [E9].

Poderiam ser realizados grupos, mas, também, consultas de enfermagem para haver a continuidade do cuidado e mais esclarecimentos sobre as necessidades de cada um [E5].

Para que a educação em saúde aconteça no cuidado ao adolescente, o enfermeiro precisa ampliar suas intervenções na realidade de saúde, alicerçando sua prática não apenas no conhecimento instrumental, mas, fundamentalmente, no relacional, o que pode se dar por meio dos grupos de educação em saúde. Ainda, a consulta de enfermagem, como um espaço individual na relação enfermeiro-adolescente, constitui um espaço potente para o esclarecimento de dúvidas, especialmente, para aqueles que se sentem envergonhados na abordagem grupal.

Alguns profissionais citaram que a abordagem do tema na escola é uma estratégia que pode influenciar o aprendizado e as experiências no campo da sexualidade, dependendo do modo como a temática for tratada.

Acho importante ter uma conversa clara e direta dentro da unidade de saúde, mas temos atendimentos nas escolas, onde esta temática pode ser abordada de maneira explicativa, utilizando rodas de conversa [E3].

Na escola se cria um ambiente mais dinâmico, onde os adolescentes podem se sentir à vontade para trazer suas dúvidas. Então, eu acho que os profissionais de saúde, precisam trabalhar junto com as escolas [E2].

Em relação aos caminhos para abordar a saúde do adolescente,

vejo as ações educativas na escola como uma das melhores estratégias para estabelecer o vínculo [E6].

A enfermagem tem como objetivo assistir os adolescentes de forma global e, para tal, torna-se necessário ter outros espaços além da APS, como as escolas. Nestas, o enfermeiro poderá abordar, individual ou coletivamente, conhecimentos específicos sobre a saúde sexual e reprodutiva, utilizando estratégias criativas para o esclarecimento de dúvidas e anseios dos adolescentes.

Discussão

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano que apresenta mudanças e particularidades intensas, que influenciam a vida do adolescente e sua família tanto nos âmbitos físico, emocional quanto social (23). Cabe destacar que diante dessas mudanças, ocorre uma profunda transformação corporal, alinhando-se com a percepção dos enfermeiros quando se referem ao uso do contraceptivo, cuidados com IST e gestação precoce. Um estudo iraniano sinaliza que adolescentes, famílias e professores necessitam de maior apoio educacional sobre a puberdade (15).

Os adolescentes experienciam muitas barreiras relacionadas às questões reprodutivas e sexuais, isso foi identificado em um estudo realizado em Chicago, que revelou que eles possuem interesse em aprender sobre o assunto (13). Apesar disso, pouco se fala das experiências positivas relacionadas à sexualidade, como a possibilidade de estímulo à autonomia do adolescente, de sua dimensão amorosa e de aprendizado nas relações (1). Ademais, a ausência dos adolescentes nas unidades de saúde pode estar associada à compreensão deles de que a presença no serviço é necessária apenas em situações de adoecimento (14).

Um estudo que buscou conhecer as percepções de profissionais de enfermagem acerca do aconselhamento reprodutivo apontou que estes deram relevância à contracepção, atenuando outros aspectos que compõem a temática (24). Contudo, cabe ao enfermeiro e aos demais profissionais da saúde observarem as necessidades ampliadas da saúde dos adolescentes. A enfermagem precisa desenvolver um referencial para abordar as questões da sexualidade com essa população de modo que sua atuação esteja baseada em evidências e que

a saúde sexual e reprodutiva sejam percebidas como uma questão de saúde e, também, de direitos humanos fundamentais (25-27).

A abordagem do tema, tanto na consulta clínica quanto nos grupos de educação em saúde, limita-se, geralmente, à dimensão do fisiológico, perpassando as questões corporais e as funções reprodutivas, sem espaço para questões complexas como direitos sexuais e reprodutivos, gênero e sexualidade (7, 24). Na direção desses direitos, a Organização Mundial da Saúde elaborou recomendações aos adolescentes acerca deles, responsabilizando famílias, professores, trabalhadores da saúde e líderes comunitários para sua garantia (28). Para tanto, as intervenções na APS precisam voltar-se para questões psicológicas, familiares, religiosas e culturais, o que é necessário para um cuidado holístico do adolescente (29).

Um estudo realizado na África, visando explorar as percepções dos enfermeiros sobre as barreiras e necessidades das meninas adolescentes de utilizar os serviços de saúde sexual e reprodutiva, concluiu que estes profissionais estão dispostos a oferecer tais serviços (30). No entanto, entendem certos comportamentos das adolescentes como irresponsáveis. Destaca-se que tal entendimento pode comprometer, ainda mais, o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelo público jovem.

No que tange ao Brasil, por meio dos programas e políticas públicas, tem-se buscado reconhecer os adolescentes como sujeitos de direitos e autônomos, protegendo-os de julgamentos ou discriminação. Dentre estes programas, cita-se o Programa Saúde do Adolescente (1989), no qual uma das áreas prioritárias era a saúde sexual e reprodutiva, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) que assegura o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção e recuperação da saúde das crianças e dos adolescentes (2). Já em 2007, criou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (2) a qual reconhece que adolescentes e jovens exigem atenção especial do conjunto integrado de suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, cognitivas, espirituais e sociais.

Além dos serviços de saúde, a escola constitui um locus privilegiado para a circulação das informações acerca da saúde sexual e reprodutiva, sendo um espaço importante para a sua reflexão e discussão. Neste espaço podem ser desenvolvidos projetos educativo-preventivos que diminuam

as situações de vulnerabilidade dos adolescentes. Uma pesquisa realizada na Índia, acerca do conhecimento de estudantes sobre educação sexual, sugere que esta necessita ser introduzida no currículo escolar (31).

Os adolescentes precisam se empoderar do cuidado com a sua saúde sexual e reprodutiva, para tanto é necessário o auxílio dos serviços de saúde, das instituições educacionais e da interação entre adolescente e família (32). Embora nos primeiros contatos dos adolescentes com os serviços de saúde eles possam encontrar-se envergonhados e preocupados, isso pode ser superado com o estabelecimento de vínculo, confiança e relações respeitadas e acolhedoras.

Este estudo apresenta como implicações para a prática, a possibilidade de fortalecimento das abordagens de cuidado e da promoção à saúde para o adolescente ter suas demandas acolhidas efetivamente na APS. Assim, recomendam-se pesquisas que envolvam escolas, serviços de saúde, famílias e adolescentes. Tem-se como limitação do estudo a peculiaridade da temática permeada por mitos e tabus socialmente construídos, o que se intensifica com os adolescentes que estão experienciando mudanças em suas vidas geradoras de vergonhas e ansiedade sobre a sexualidade.

Conclusões

O estudo permitiu conhecer as percepções dos enfermeiros atuantes na APS acerca da saúde sexual e reprodutiva na adolescência, assim como propor possíveis estratégias para a abordagem deste tema no referido contexto de atuação.

Observa-se que persiste uma visão reducionista acerca da saúde sexual e reprodutiva nesta fase da vida, relacionada com o fator de risco para a vivência da sexualidade, direcionada para a prevenção de doenças e de gravidez indesejada. Contudo, para alguns participantes, este tema precisa ser tratado em um patamar que vai além da genitalidade, envolvendo questões com o corpo, cuidado de si, relações familiares e religiosidade.

A abordagem do tema apresenta ainda muitos desafios, no entanto essa pesquisa mostra algumas possibilidades para minimizá-los e potencializar estratégias, como o desenvolvimento de grupos. Também, sinaliza o desenvolvimento de consultas de enfermagem para atender às demandas individuais do

adolescente. Ademais, os profissionais assinalaram que é preciso valorizar a articulação entre os serviços de APS, escola e família. Diante do exposto, os enfermeiros precisam estabelecer canais de comunicação sobre as questões que perpassam a saúde sexual e reprodutiva com as demais instâncias envolvidas no cuidado e educação dos adolescentes.

Apoio Financeiro

Este estudo não recebeu apoio financeiro

Referências

- (1) Nothhaft SCS, Zanatta EA, Brumm MLB, Galli KSB, Erdtmann BK, Buss E *et al.* Educators' perspective on adolescent sexuality: possible education practices. *Rev Min Enferm.* 2014;18(2):290-4. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140022>
- (2) Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2rrrHJC>
- (3) Brêtas JRS, Moraes SP, Zanatta LF. Sexuality and youth: experiences and repercussions. *Alteridad.* 2018;2(13):192-203. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.17163/alt.v13n2.2018.03>
- (4) Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2XPGWbb>
- (5) Luiz MS, Nakano AR, Bonan C. Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência. *Saúde Debate.* 2015;39(106):671-82. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151060003009>
- (6) Vieira RP, Gomes SHP, Machado MFAS, Bezerra IMP, Machado CA. Participation of adolescents in the Family Health Strategy from the theoretical-methodological structure of an enabler to participation. *Rev Latinoam Enferm.* 2014;22(2):309-16. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3182.2417>
- (7) Nasser MA, Nemes MIB, Andrade MC, Prado RR, Castanheira ERL. Assessment in the primary care of the State of São Paulo, Brazil: incipient actions in sexual and reproductive health. *Rev Saúde Pública.* 2017;51(12):51-77. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051006711>

- (8) Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. Prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/Aids e das hepatites virais. Boletim Epidemiológico: HIV Aids 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaida-2018>
- (9) Tingey L, Chambers R, Rosenstock S, Lee A, Goklish N, Larzelere F. The impact of a sexual and reproductive health intervention for American indian adolescents on predictors of condom use intention. *J Adolesc Health*. 2017;60(3):284-91. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.025>
- (10) World Health Organization. Adolescent pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>
- (11) Karataşlı V, Kanmaz AG, İnan AH, Budak A, Beyan E. Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2019;48(5):347-50. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2019.02.011>
- (12) Noe MTN, Saw YM, Soe PP, Khaing M, Saw TN, Hamajima N et al. Barriers between mothers and their adolescent daughters with regards to sexual and reproductive health communication in Taunggyi township, Myanmar: what factors play important roles? *PLoS ONE*. 2018;13(12):e0208849. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208849>
- (13) Stefansson LS, Webb ME, Hebert LE, Masinter L, Gilliam ML. MOBILE-izing adolescent sexual and reproductive health care: a pilot study using a mobile health unit in Chicago. *J Sch Health*. 2018;88(3):208-16. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/josh.12598>
- (14) Aguiar FAR, Dourado JVL, Paula PHA, Menezes RSP, Lima TC. Experience of pregnancy among pregnant teenagers. *J Nurs UFPE On Line*. 2018;12(7):1986-96. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a236243p1986-1996-2018>
- (15) Shakour M, Salehi K, Yamani N. Reproductive health need assessment of adolescent boys and girls during puberty: a qualitative study. *Int J Pediatr*. 2018;6(9):8195-205. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.22038/ijp.2018.29648.2602>
- (16) Charlton BM, Hatzenbuehler ML, Jun HJ, Sarda V, Gordona AR, Raifmang JRG et al. Structural stigma and sexual orientation-related reproductive health disparities in a longitudinal cohort study of female adolescents. *J Adolesc*. 2019;74:183-7. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.06.008>
- (17) O'Connor M, Rawstorne P, Iniakwala D, Razee H. Fijian adolescent emotional well-being and sexual and reproductive health-seeking behaviours. *Sex Res Social Policy*. 2019;16:373-84. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1007/s13178-018-0360-y>
- (18) Asrese K, Mekonnen A. Social network correlates of risky sexual behavior among adolescents in Bahir Dar and Mecha districts, North West Ethiopia: an institution-based study. *Reprod Health*. 2018;15(1):61-8. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0505-8>
- (19) Chandra-Mouli V, Plesons M, Hadi S, Baig Q, Lang I. Building support for adolescent sexuality and reproductive health education and responding to resistance in conservative contexts: cases from Pakistan. *Glob Health Sci Pract*. 2018;6(1):128-36. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00285>
- (20) L'Engle KL, Mangone ER, Parcesepe AM, Agarwal S, Ippoliti NB. Mobile phone interventions for adolescent sexual and reproductive health: a systematic review. *Pediatrics*. 2016;138(3):e20160884. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0884>
- (21) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14.ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- (22) Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2017;5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
- (23) Szabo MK. Representations of the family system in childhood and adolescent. *European Psychiatry*. 2015;30(Suppl1):1215. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30955-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30955-X)
- (24) Strefling ISS, Lunardi Filho WD, Kerber NPC, Soares MC, Ribeiro JP. Nursing perceptions about abortion management and care: a qualitative study. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(3):784-91. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000940014>
- (25) Martins CBG, Souza SPS. Adolescente e sexualidade: as possibilidades de um projeto de extensão na busca de uma adolescência saudável. *Av Enferm*. 2013;31(1):170-6. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a16.pdf>
- (26) Maria DS, Guilamo-Ramos V, Jemmott LS, Derouin A, Villarruel A. Nurses on the front lines: improving adolescent sexual and reproductive health across health care settings. *Am J Nurs*. 2017;117(1):42-51. Disponível em: DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5513155/>
- (27) Chandra-Mouli V, Svanemyr J, Amin A, Fogstad H, Say L, Girard F, Temmerman M. Twenty years after International Conference on Population and Development: where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights? *J Adolesc Health*. 2015;56(1):S1-S6. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.015>
- (28) World Health Organization. WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights. Department of Reproductive Health and Research. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/340qJfK>

(29) Kar SK, Choudhury A, Singh AP. Understanding normal development of adolescent sexuality: a bumpy ride. *J Hum Reprod Sci.* 2015;8(2):70-4. Disponível em: <http://doi.org/10.4103/0974-1208.158594>

(30) Jonas K, Roman N, Reddy P, Krumeichf A, Borne BVD, Crutzen R. Nurses' perceptions of adolescents accessing and utilizing sexual and reproductive health-care services in Cape Town, South Africa: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2019;97:84-93. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.05.008>

(31) Kumar R, Goyal A, Singh P, Bhardwaj A, Mittal A, Yadav SS. Knowledge attitude and perception of sex education among school going adolescents in Ambala district, Haryana, India: a cross-sectional study. *J Clin Diagn Res.* 2017;11(3):Lc01-Lc04. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.7860/JCDR/2017/19290.9338>

(32) Alimoradi Z, Kariman N, Simbar M, Ahmadi F. Empowerment of adolescent girls for sexual and reproductive health care: a qualitative study. *Afr. J. Reprod. Health.* 2017;21(4):80-92. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.29063/ajrh2017/v21i4.9>

Medidas de protección respiratoria de tuberculosis en personal de salud: revisión integrativa

Medidas de proteção respiratória de tuberculose no pessoal de saúde: revisão integrativa

Respiratory protection measures anti-tuberculosis in health personnel: integrative review

Cómo citar: Muñoz-Sánchez AI, Antolínez-Figueroa C. Medidas de protección respiratoria de tuberculosis en personal de salud: revisión integrativa. *Av Enferm.* 2019; 37(3):353-363. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.77318>

1 Alba Idaly Muñoz-Sánchez

Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Departamento de Salud de Colectivos, Grupo de Investigación Salud y Cuidado de los Colectivos.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0504-8316>

Correo electrónico: aimunozs@unal.edu.co

Contribución: participó en todas las etapas de elaboración del artículo.

2 Carolina Antolínez-Figueroa

Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Grupo de Investigación Salud y Cuidado de los Colectivos.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1981-988X>

Correo electrónico: cantolinezf@unal.edu.co

Contribución: participó en todas las etapas de elaboración del artículo.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.77318>

Recibido: 18/1/2019 Aprobado: 15/7/2019



Resumen

Introducción: los trabajadores de la salud (TS) son vulnerables a la infección por tuberculosis. Se suma el desconocimiento de los TS de las medidas de protección respiratoria que puede aumentar el riesgo individual de adquirir tuberculosis en instituciones de salud.

Objetivo: describir la producción de literatura científica en las bases de datos científicas sobre las medidas de protección respiratoria de la infección tuberculosa durante el periodo 2012-2018.

Síntesis de contenido: revisión integrativa a través de: formulación de la pregunta de investigación, recolección de datos, evaluación, análisis e interpretación de datos y presentación de los resultados. 45 artículos cumplieron con los criterios de inclusión. Las características predominantes de los estudios fueron: año 2017 con mayor número de publicaciones, en el continente de África, la metodología de estudio cuantitativo cuasiexperimental. En los estudios se identificaron las características del respirador N95 y la mascarilla quirúrgica, los conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas de protección respiratoria y programas educativos.

Conclusiones: se evidenció que el respirador N95 es la medida de protección individual más eficiente para el control de la infección tuberculosa en los TS. También se identificó la necesidad del diseño de programas educativos sobre las medidas de protección de la infección tuberculosa.

Descriptor: Personal de Salud; Tuberculosis; Protección Personal; Control de Enfermedades Transmisibles; Control de Infecciones (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Introdução: os trabalhadores de saúde (TS) são vulneráveis à infecção por tuberculose. Além disso, há uma falta de conhecimento dos TS sobre medidas de proteção respiratória que podem aumentar o risco individual de adquirir tuberculose em instituições de saúde.

Objetivo: descrever a produção de literatura científica em bases de dados sobre medidas de proteção respiratória para infecção por tuberculose no período de 2012 e 2018.

Síntese do conteúdo: revisão integrativa através de: formulação da questão da pesquisa, coleta de dados, avaliação, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. 45 artigos preencheram os critérios de inclusão. As características gerais dos estudos foram predominantes: ano de publicação em 2017, no continente africano, metodologia de estudo quantitativo quase experimental. Nos estudos, encontramos as características do respirador N95 e da máscara cirúrgica, conhecimentos, atitudes e práticas de medidas de proteção respiratória e programas educacionais.

Conclusões: o presente estudo mostrou que o respirador N95 é a medida de proteção individual mais eficiente para o controle da infecção tuberculosa em TS. A necessidade de elaborar programas educacionais sobre medidas de proteção contra a infecção tuberculosa também foi identificada.

Descritores: Pessoal de Saúde; Tuberculose; Proteção Pessoal; Controle de Doenças Transmissíveis; Controle de Infecções (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Introduction: health workers (TS) are vulnerable to tuberculosis infection. To this it is added the lack of knowledge of respiratory protection measures among TS, which can increase the individual risk of acquiring tuberculosis in health institutions.

Objective: to describe the production of scientific literature in scientific databases about respiratory protection measures for tuberculosis infection during the period 2012 - 2018.

Content synthesis: integrative review through: formulation of the research question, data collection, evaluation, analysis and interpretation of data, and presentation of results. 45 articles fulfilled the inclusion criteria. The predominant characteristics of the studies were: year 2017 with the largest number of publications, in the continent of Africa, the methodology of quasi-experimental quantitative study. The characteristics of the N95 respirator and surgical mask, the knowledge, attitudes and practice of respiratory protection measures and educational programs were identified in the studies.

Conclusions: it was shown that the N95 respirator is the most efficient individual protection measure for the control of tuberculosis infection among TS. The need for the design of educational programs on protection measures for tuberculosis infection was also identified.

Descriptors: Health Personnel; Tuberculosis; Personal Protection; Communicable Disease Control; Infection Control (source: DeCS, BIREME).

Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa, de fácil transmisión y de gran interés para la salud pública y laboral. La TB se transmite por gotas (microgotas < 5 micras) suspendidas en el aire cuando una persona enferma de TB pulmonar o laríngea que no se encuentra en tratamiento tose, estornuda o habla (1). El *Global Tuberculosis Report 2018* destaca que la TB es la novena causa de muerte en el mundo y la principal causa de muerte por un agente infeccioso. Se estimó que para el año 2017, hubo diez millones de casos nuevos de TB, de los cuales el 90 % fueron adultos (2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) mencionó que para 2017 se reportó un total de 9 299 trabajadores de la salud (TS) con TB en 65 países, de los cuales China reportó el 35 % de los casos y en seis países (Brunéi, Colombia, República Dominicana, Honduras, Paraguay y Zimbabue) el número de casos reportados por cien mil TS fue el doble de la tasa de notificación de la población general (2).

En Colombia, durante el año 2017 se notificaron 14 409 casos de TB al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, de estos, 12 996 eran casos nuevos. Para el 2015 se notificaron 193 casos de TB en TS, lo que representó un aumento del 30 % en comparación con el año 2014 de forma predominante en mujeres, el 67 % de los casos de tipo pulmonar (3). En Bogotá para 2016 se notificaron 1 150 casos de TB (8,2 %) siendo los grupos más afectados: los habitantes de calle, población privada de la libertad, indígenas y TS (4). Para 2017, 35 fueron los casos en TS, lo que representó para este año 3,1 % más casos de TB en población trabajadora de la salud que en otras poblaciones (5).

El Centro de Control de Enfermedades (CDC) establece que los TS presentan un riesgo elevado de contagio de TB por su alto contacto con pacientes infectados, sumado a las deficiencias en la implementación de las medidas de protección de la infección, aspectos que incrementan la susceptibilidad de los TS. Otros estudios reportan que los TS tienen hasta tres veces más riesgo de contagio que la población general, probabilidad de infección que no puede eliminarse, pero sí reducirse (6).

La OMS y el CDC recomiendan un conjunto de medidas de protección para reducir la transmisión de la

infección por TB en los TS, que incluye tres niveles de protección: medidas de control administrativo, ambiental y protección respiratoria (6). Algunos estudios han corroborado que, la implementación de las medidas de control de la infección tuberculosa realmente genera algún grado de efectividad (35 al 100 %) para la disminución de la transmisibilidad de la infección tuberculosa en las instituciones de salud (6).

Las medidas de protección personal respiratoria incluyen el uso del respirador de alta eficacia que protege al TS de la inhalación de aire contaminado con *Mycobacterium tuberculosis*; sin embargo, la eficacia de esta medida de protección dependerá entre otros, del conocimiento sobre el elemento de protección personal (EPP), disponibilidad, estructura, sus indicaciones y su adecuado uso (5). En la literatura científica se verifica que el desconocimiento de los TS sobre la transmisión, patogénesis y el adecuado uso de las medidas de protección respiratoria de la TB favorece el desarrollo de esta enfermedad en las instituciones de salud, teniendo en cuenta que los TS son un grupo poblacional con alto riesgo de padecer TB por su exposición ocupacional (7).

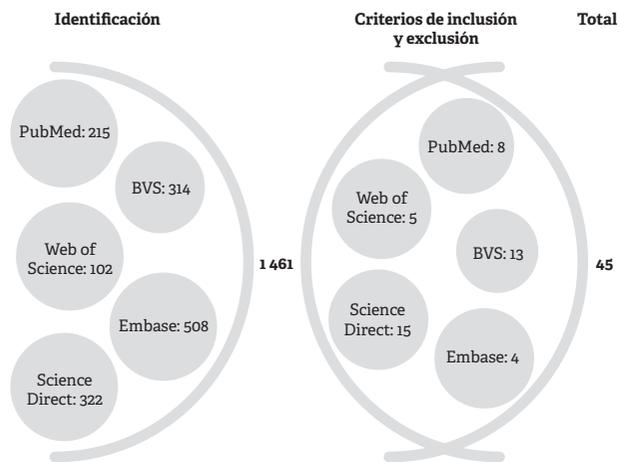
El déficit de conocimientos sobre la infección tuberculosa por parte de los TS, especialmente sobre el diagnóstico, tratamiento y medidas de control de la infección (8), limita la adecuada educación a los pacientes con TB, su familia y a las comunidades, lo que afecta los procesos de diagnóstico precoz e inicio de tratamiento oportuno de la TB, favoreciendo a su vez las prácticas erróneas y la estigmatización frente a la enfermedad (9, 10). El uso de las medidas de protección respiratoria es esencial para el control de la infección tuberculosa en las instituciones de salud y la protección de los TS. Así entonces, se hace necesario describir la producción de literatura científica sobre las medidas de protección respiratoria de la infección por TB en el periodo 2012-2018.

Metodología

Se realizó una revisión integral de la literatura sobre medidas de protección respiratoria de la infección tuberculosa, mediante las siguientes etapas: formulación de la pregunta de investigación; recolección de datos; evaluación, análisis e interpretación de datos y presentación de los resultados (11). Se inició con la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál ha sido la producción científica sobre medidas de protección respiratoria de la infección tuberculosa desde el año 2012 hasta 2018?

Como criterios de inclusión se establecieron: textos en inglés, español y portugués, textos completos, artículos publicados entre enero de 2012 y diciembre de 2018 y textos que describieran resultados específicos sobre las medidas de protección respiratoria de la infección tuberculosa en ts; para ello se revisaron las bases de datos de: Biblioteca Virtual en Salud, Web of Science, Embase, PubMed y ScienceDirect. Para dar cumplimiento al objetivo del estudio, se diseñó una matriz en Excel para identificar la información relevante de cada artículo con las siguientes variables: título, año de publicación, país, método del estudio y principales temas del estudio sobre las medidas de protección respiratoria de la infección tuberculosa. Una vez se determinaron los criterios de inclusión y exclusión de los artículos, se realizó una lectura exhaustiva de los documentos encontrados tal como se representa en la Figura 1.

Figura 1. Selección de artículos



Fuente: elaboración propia.

Se identificaron 1 461 artículos posibles, con los términos y estrategias de búsqueda: *Tuberculosis and health workers; infection control measures and tuberculosis*; sin embargo, al aplicar los criterios de exclusión, 45 artículos cumplieron con los criterios de inclusión para este estudio.

Resultados

Como resultados de la revisión integral de literatura científica realizada en cinco bases de datos, en la Tabla 1 se presentan las características generales de los estudios identificados.

Tabla 1. Descripción general de la producción científica identificada

Año	N.º artículos	Porcentaje (%)
2012	4	9
2013	5	11
2014	6	13
2015	7	16
2016	7	16
2017	10	22
2018	6	13
Total	45	100
Continente	N.º artículos	Porcentaje (%)
Asia	16	35
África	17	38
Norteamérica	6	13
Suramérica	3	7
Europa	3	7
Total	45	100
Tipo	N.º artículos	Porcentaje (%)
Cuantitativo-cuasi experimental	16	36
Cuantitativo-ensayo clínico aleatorizado	14	31
Cualitativo	10	22
Mixto	5	11
Total	45	100
Nivel SIGN (11)	N.º artículos	Porcentaje (%)
Rango (1++ a 1-)	15	33
Rango (2++ a 2-)	22	49
3	8	18
Total	45	100

Fuente: elaboración propia.

Con la descripción de las características generales se evidenció que la mayoría de estudios se realizaron en: el año 2017 (10 estudios), en el continente de África (17 estudios), con la metodología de estudio cuantitativo cuasiexperimental (16 estudios) y con rango en el nivel de evidencia de 2++ a 2- (22 estudios) según la escala SIGN (niveles de evidencia Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (12). Posterior a la descripción de las características generales, se hizo la clasificación de las categorías, las cuales se seleccionaron por ser las temáticas que más se reiteraron durante la lectura de los estudios encontrados. Los artículos fueron incluidos en el programa Atlas.ti para la estructuración de categorías y subcategorías, que a su vez permitieron el reconocimiento de aspectos importantes para identificar las medidas de protección respiratoria de la infección tuberculosa (véase Figura 2).

Figura 2. Categorías identificadas en los artículos incluidos en el estudio



1. Características de la mascarilla N95 y de la mascarilla quirúrgica
2. Conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas de protección respiratoria
3. Programas educativos en las medidas de protección respiratoria

Fuente: elaboración propia.

Como se evidencia en la Figura 2, en la literatura científica se detectaron tres categorías que permiten detallar los aspectos que más se describieron en los estudios encontrados acerca de las medidas de protección respiratoria de la infección tuberculosa en ts (véase Figura 3).

Figura 3. Temas identificados en cada categoría

Características de la mascarilla N95 y de la mascarilla quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia de la mascarilla quirúrgica y el respirador N95: características físicas. • Características de filtración: reutilización del respirador N95, medición de partículas dentro y fuera del respirador, condiciones para la mayor efectividad del respirador • Pruebas de ajuste del respirador N95: tipos de prueba de ajuste, evaluación de las pruebas, factor de ajuste, influencias en el ajuste seguro, hermeticidad del respirador, postura adecuada para el ajuste
Conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas de protección respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos: importancia del uso del respirador N95 • Actitudes: barreras para el uso del respirador: disponibilidad limitada, baja percepción del riesgo, conocimiento insuficiente • Prácticas: uso de protección personal (factores que afectan el cumplimiento, características de las prácticas después de recibir capacitación)
Programas educativos en las medidas de protección respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación y formación sobre medidas de control • Barreras para realizar capacitación y formación • Desconocimiento conlleva diagnóstico tardío de la tuberculosis y propagación de la infección tuberculosa

Fuente: elaboración propia.

Discusión

La revisión integral de la literatura evidenció que las medidas de protección respiratoria son un tema con poca producción investigativa, puesto que los artículos encontrados fueron limitados y generalizados para las medidas de protección de infección. Sin embargo, se halló que desde el año 2015 hay una tendencia creciente de producción científica sobre el tema, predominantemente en el continente de África (13). A continuación, se realizará la discusión de acuerdo con los resultados obtenidos por cada una de las categorías y temas identificados:

Características de la mascarilla N95 y de la mascarilla quirúrgica

Eficacia de la mascarilla quirúrgica y el respirador N95

El respirador N95 es el *gold standard* para la protección contra la infección tuberculosa; es el EPP más eficaz por sus características físicas. Su efectividad protectora se debe a la filtración del 95 % de las partículas con diámetro mayor a 0,5 micras (14, 15). La efectividad a su vez depende de la capacidad de filtración de partículas que proveen las fibras eléctricas que se encuentra entre el 0,6 % (16) y el 5,6 % (17, 18), también obedece a la distribución en el aire y el tamaño de las partículas dispersas en el ambiente que son retenidas por el respirador, la presencia de sudor o polvo en la cara, el movimiento de los músculos faciales y el aumento de la frecuencia respiratoria (19, 20). Además de las características y condiciones favorables de uso del respirador, se constató que los ts que usan el respirador N95 presentaron bajas tasas de infección y colonización por bacterias y virus (21).

En algunos estudios se compara el respirador N95 y la mascarilla quirúrgica, y se verifica que la mascarilla quirúrgica no posee fibras eléctricas y protege únicamente de gotas de gran diámetro, por lo cual no protege al ts de adquirir TB (22, 23). Existen recomendaciones para el uso de respiradores N95 o mascarillas quirúrgicas según el agente infeccioso al cual se encuentre expuesto el ts (22). La transmisión del *Mycobacterium tuberculosis* es aérea, a través de la generación de partículas de aerosol del tracto respiratorio de un individuo infectado y que transporta partículas o núcleos de gotitas (AGP); esto exige de una protección contra aerosoles con la filtración de aire contaminado inhalado, protección que brindan los respiradores N95, ya que cubren boca, nariz y tracto respiratorio inferior contra salpicaduras, gotitas y aerosoles (22).

Por ello, es conveniente emplear el respirador N95 en los procedimientos que generan aerosoles como son: intubación, extubación, ventilación manual y aspiración abierta, reanimación cardiopulmonar, broncoscopia, cirugía y procedimientos *post mortem*, algunos procedimientos dentales, ventilación no invasiva, ventilación oscilante, inducción de espanto, entre otros (22).

Características de filtración

La efectividad del respirador N95 se afecta por su reutilización; por ello, el National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) indica algunas condiciones específicas para que los respiradores N95 reutilizados aún sean efectivos, estas son: correcta higiene (ausencia de polvo o secreciones corporales), estar en adecuadas condiciones (sin pliegues, deformidades o marcas) y correcto almacenamiento y mantenimiento (24). Por otro lado, a pesar de que en la literatura científica identificada no se menciona con mucha frecuencia el tiempo específico de uso de la mascarilla, un estudio recomienda que no sea mayor a doce horas de trabajo continuo (22) y otras investigaciones refieren que se limite la reutilización a cinco veces por dispositivo. Algunos estudios indican desecharse cuando el respirador sea utilizado durante ocho horas de uso continuo o intermitente (15, 25). Se encontró que algunos trabajadores reportaron en estudios incomodidades asociadas al uso del respirador N95 como son: presión sobre la estructura facial, la nariz (52,2 %), dificultad para respirar (19,4 %) y cefalea (13,4 %), además de aumento de la temperatura facial (26).

Finalmente, pese a que las medidas de protección respiratoria no sustituyen las medidas de control administrativas y ambientales, es importante destacar que los EPP son un factor de protección adicional y constituyen la última línea de defensa individual de los TS, con el fin de mitigar el riesgo de transmisión y contagio de la infección tuberculosa a los TS en las instituciones de salud (27, 28). Por tanto, el respirador N95 es un elemento que proporciona protección respiratoria eficaz sobre todo en países y en organismos de salud con bajos recursos (29); también es una barrera que reduce la propagación de la TB, siempre y cuando se emplee correctamente y se realicen las pruebas de ajuste necesarias (30).

Pruebas de ajuste del respirador N95

La prueba de ajuste es una de las estrategias que permite evaluar la capacidad de hermeticidad entre los bordes del respirador N95 y la superficie facial del TS para identificar fugas; se mide a través del factor de ajuste expresado como la relación entre la concentración de partículas en el ambiente y las encontradas al interior del respirador; un valor mayor o igual a cien significa que el respirador tiene un adecuado ajuste a la cara del trabajador, por ende, este valor se constituye en un factor protector que disminuye el riesgo de penetración de partícu-

las patógenas que puedan ser inhaladas (31, 32). Por tanto, la prueba de ajuste proporciona un medio para determinar el modelo y el tamaño del respirador que se ajusta mejor al TS así como para comprobar y evaluar la postura correcta del respirador (33).

Existen dos tipos de pruebas de ajuste: (i) cualitativas, las cuales se apoyan en el sentido del gusto o del olfato, o la respuesta a un irritante para identificar fugas en el respirador; esta prueba indica si se filtra o no la sustancia, no revela la cantidad de la misma. Consiste en un procedimiento con algunos ejercicios de inhalación y exhalación profundas, mientras las manos forman un cuenco sobre la totalidad del respirador para que el trabajador pueda identificar la fuga de aire y acomodar el equipo para realizar nuevamente la prueba (24, 34). (ii) Cuantitativas, miden la concentración de partículas dentro y fuera del respirador en la realización de diferentes ejercicios respiratorios y el valor exacto de factor de ajuste, en el tiempo real durante la jornada de trabajo (31); no obstante, para un adecuado ajuste se deberá tener en cuenta medidas como la longitud y el ancho de la cara y se utiliza el panel bivariado de NIOSH (metodología para obtener valores representativos de las medidas antropométricas faciales para la población trabajadora) para establecer las dimensiones y certificar equipos de protección respiratoria.

La literatura científica reportó que al efectuar las pruebas de ajuste se presentaron más fugas en el área de la nariz, barbilla y mejillas; el respirador tipo "pico de pato" presenta un 18,3 % mayor factor de ajuste que el respirador tipo "concha" (3,3 %) (31). Con todo, uno de los estudios demuestra que no hubo diferencias significativas en el valor de factor de ajuste entre uso de N95 con o sin prueba de ajuste (21). Por último, un estudio señala que no existe suficiente evidencia científica sobre la periodicidad de realizar estas pruebas; aunque se recomienda ejecutarlas en las siguientes circunstancias: al cambiar a otro tipo de respirador, si hay pérdida o ganancia de peso del TS, presencia de cicatrices, lunares alrededor del área del sello facial del respirador N95, entre otras (23).

Conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas de protección respiratoria

Conocimientos

Con relación a los conocimientos se identificó en la literatura que los TS saben que los respiradores

se utilizan en situaciones, procedimientos y áreas de alto riesgo (35, 36); sin embargo, a pesar de que es una población con una probabilidad de entre 8 % y 4 % más que la población general de adquirir TB (37), hay variabilidad de los conocimientos sobre la existencia de la prueba de ajuste y en qué momento se debe realizar (34, 32), así como sobre su reutilización. En uno de los estudios se encontró que el 34 % de los participantes cree que el respirador N95 ofrece la misma protección que la mascarilla quirúrgica (32), dado que se ignora el uso de cada tipo de EPP y las características del agente infeccioso del cual protege cada uno (22).

Por tanto, el nivel apropiado de conocimientos en los TS puede orientar o no comportamientos adecuados. No obstante, otros estudios revelan que estos EPP no se usan de forma correcta, aumentando así el riesgo de exposición ocupacional al *Mycobacterium tuberculosis* (38, 40); lo anterior se identificó al observar que: (i) los TS no implementan la prueba de verificación del sellado y en dado caso que existan fugas se deberá reajustar la lámina metálica (41, 42); (ii) los TS no tocan únicamente las bandas elásticas para retirarse la mascarilla de alta eficiencia N95 y (iii) no desechan en la caneca roja el respirador (43).

Actitudes

Con respecto a las actitudes de los TS frente al uso de la protección respiratoria, se observó que se sienten más seguros y protegidos al usar el respirador N95 que la mascarilla quirúrgica, el respirador es referido como más incómodo que la mascarilla (36) y algunos señalan sensación de asfixia durante su uso (44). También se evidenció, que los TS prefieren respiradores desechables y sugieren que sean más cómodos, debido a que la adherencia es directamente proporcional con el confort del trabajador (30). Por otro lado, la literatura científica describe que hay aspectos importantes que influyen en el uso de protección respiratoria: la alteración de la apariencia física (34) y el temor que se genera en los niños (45) por su uso y en adultos por la estigmatización de compañeros en el lugar de trabajo por un diagnóstico de TB ocupacional (46).

Prácticas

Se comprobó que no hay uso rutinario de los elementos de protección respiratoria, ni ejecución de pruebas de ajuste, puesto que la adherencia al uso del respirador dependerá de la percepción y susceptibilidad a las amenazas de enfermedades infecciosas por los TS (13). Los estudios también

evidenciaron que existen barreras para la utilización del respirador N95, como es su limitada disponibilidad en las instituciones de salud y la restringida realización de las pruebas de ajuste (47). Frente a ello, un estudio halló que de 592 TS, solo 182 refirieron haber tenido acceso a los respiradores N95 (25) y que se suministró exclusivamente a personal en áreas de alto riesgo como urgencias y unidades de cuidado intensivo (48, 50); en otro estudio se mostró que de diez hospitales en ninguno se proveyó respiradores N95 a los TS y en solo tres se proporcionaron a los pacientes que presentaban tos (51), lo que conlleva que el mismo personal sanitario deba comprar sus elementos de protección (52); esto es para algunos autores un punto crítico (53).

En otras investigaciones se encontró que los TS usan dos o tres respiradores N95: uno sobre el otro cuando creen que el paciente está infectado (27, 47), y otras evidencian la reutilización de los respiradores por más de un turno cuando se realizan métodos de descontaminación como lavado manual en casa, lavado en la lavandería, esterilización por autoclave, uso de microondas por vapor, calor húmedo, radiación ultravioleta germicida y toallitas antimicrobianas (40, 54).

Programas educativos en las medidas de protección respiratoria

La literatura científica probó que los TS desconocen las medidas de protección respiratoria como es el uso adecuado del respirador N95, elemento que suministra protección contra la inhalación de aerosoles infecciosos de TB (55), por ello el respirador debe ser utilizado por el TS y no por el paciente (56). En otro estudio se identificó que los trabajadores consideraban que la mascarilla N95 solamente se debía utilizar en la atención de casos de TB farmacorresistente (57) o con coinfección VIH/TB (58), otros TS desconocen la eficiencia del filtrado de la mascarilla N95 y su adecuado uso (23).

De igual manera, los TS ignoran las pruebas de ajuste cualitativas y cuantitativas del respirador de alta eficiencia N95 y confunden el respirador N95 con la mascarilla quirúrgica (36, 59). Cabe mencionar que algunos estudios indican que el limitado uso de elementos de protección respiratoria favorece el diagnóstico tardío de casos de TB, en tanto que en muchas ocasiones, el inicio del uso de estos elementos se da cuando el paciente ya había sido diagnosticado y previamente trabajadores y pacientes se habían expuesto a pacientes infecciosos

con TB, sin ninguna protección, especialmente, en los servicios de urgencias (43, 50).

Por esto, se advierte sobre la necesidad de desarrollar programas de inducción dirigidos a los TS, que incluyan procesos de intervención y sensibilización con los respiradores (31, 60) y con todos los EPP que se adecúen a la necesidad en el entorno de trabajo (61), así mismo, es necesaria la evaluación médica de cada TS y la selección del respirador que más se ajuste, una vez que la adherencia al uso de los EPP dependerá de factores como: condiciones de trabajo y salud, confort, entre otros (62). Por último, la literatura recomienda que la formación de los TS sobre las medidas de control de la infección tuberculosa debe ser inherente a la carga de infección que exista en las instituciones de salud (37, 63).

Conclusiones

El presente estudio evidenció que el respirador N95 es más eficiente que las mascarillas quirúrgicas para la protección de la infección tuberculosa; sin embargo, la disponibilidad de este respirador en las instituciones de salud es muchas veces limitada. El desconocimiento acerca de las medidas de protección respiratoria y el uso inadecuado del respirador N95 por parte de los TS pueden aumentar la exposición a la infección.

Se identificó la necesidad de diseñar programas educativos sobre las medidas de control de la infección tuberculosa con el fin de contribuir al reconocimiento de la importancia y uso correcto del respirador N95 y otros EPP de acuerdo con el agente patógeno al cual se encuentren expuestos los TS en sus entornos laborales. La baja producción científica en Latinoamérica sobre estudios relacionados con las medidas de protección respiratoria para el control de la infección por TB advierte la conveniencia de abordar la temática y trascender en el alcance y nivel de evidencia en relación con las investigaciones sobre este asunto.

Apoyo financiero

Estudio sin financiación.

Referencias

- (1) Ministerio de Salud de Argentina. Guía para el equipo de salud. Enfermedades infecciosas: tuberculosis. 2009. 54 p. Disponible en: <https://bit.ly/2qykndy>
- (2) Organización Mundial de la Salud. Global Tuberculosis Report 2018. Ginebra: OMS; 2018. 277 p. Disponible en: <https://bit.ly/2K2FgWg>
- (3) Ministerio de Salud y la Protección Social. Plan estratégico "Hacia el fin de la tuberculosis" Colombia 2016-2025. Bogotá: Ministerio de Salud y la Protección Social; 2016. Disponible en: <https://bit.ly/2CwM3DF>
- (4) Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal. Las enfermedades transmitidas por alimentos-ETA. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2018. 31 p. Disponible en: <https://bit.ly/2Q3BeRd>
- (5) Secretaría de Salud de Bogotá. Vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en todas sus formas. Bogotá: Secretaría de Salud de Bogotá; 2017.
- (6) Schmidt BM, Engel ME, Abdullahi L, Ehrlich R. Effectiveness of control measures to prevent occupational tuberculosis infection in health care workers: a systematic review. BMC Public Health. 2018;18(661):1-15. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5518-2>
- (7) Centers for Disease Control and Prevention. Tuberculosis (TB) disease: symptoms and risk factors. 2015. Atlanta: CDC. Disponible en: <https://www.cdc.gov/features/tbsymptoms/index.html>
- (8) Cruz OA, Flórez EL, Muñoz AI. Conocimientos sobre tuberculosis en trabajadores de la salud en una localidad de Bogotá D. C. Av Enferm. 2011;29(1):143-51. Disponible en: <https://bit.ly/2pKJV8x>
- (9) Bojovic O, Medenica M, Zivkovic D, Rakocevic B, Trajkovic G, Kusic-Tepavcevic AG. Factors associated with patient and health system delays in diagnosis and treatment of tuberculosis in Montenegro, 2015-2016. PLoS One. 2018;13(3):1-13. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193997>
- (10) Ministerio de Salud y la Protección Social. Lineamientos 2014, para la prevención, vigilancia y control en salud pública. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2014.
- (11) Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4):758-64. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

- (12) Mazo M, Viana C. Calidad de la evidencia y grado de recomendación. *Guías Clínicas*. 2007;7(1):1-6.
- (13) Mukerji S, MacIntyre R, Newall A. Review of economic evaluations of mask and respirator use for protection against respiratory infection transmission. *BMC Infect Dis*. 2015;15(413):1-8. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-015-1167-6>
- (14) Cho JK, Turkevich L, Miller M, McKay R, Grinshpun SA, Ha KC, Reponen T. Penetration of fiber versus spherical particles through filter media and face seal leakage of N95 filtering facepiece respirators with cyclic flow. *J Occup Environ Hyg*. 2013;10(3):109-15. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1080/15459624.2012.752321>
- (15) Castañeda JL, Hernández HG. Mascarilla N95: una medida útil en la prevención de la tuberculosis pulmonar. *Acta Pediatr Mex*. 2017;38(2):128-33. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.18233/APM38No2pp128-1331365>
- (16) Bergman M, Zhuang Z, Brochu E, Palmiero A. Fit assessment of N95 filtering-facepiece respirators in the U.S. centers for disease control and prevention strategic national stockpile. *J Int Soc Respir Prot*. 2015;32(2):50-64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752193/>
- (17) Chughtai, Ahmad A, Seale H, MacIntyre CR. Availability, consistency and evidence-base of policies and guidelines on the use of mask and respirator to protect hospital health care workers: a global analysis. *BMC Research Notes*. 2013;6(1):1-9. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1186/1756-0500-6-216>
- (18) Kim H, Baek JE, Seo HK, Lee JE, Myong JP, Lee SJ *et al.* Assessing real-time performances of N95 respirators for health care workers by simulated workplace protection factors. *Industrial Health*. 2015;53(1):553-61. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.2486/indhealth.2014-0259>
- (19) MacIntyre CR, Wang Q, Rahman B, Seale H, Ridda I, Gao Z *et al.* Efficacy of face masks and respirators in preventing upper respiratory tract bacterial colonization and co-infection in hospital healthcare workers. *Prev Med (Baltim)*. 2014;62:1-7. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.01.015>
- (20) MacIntyre CR, Wang Q, Seale H, Yang P, Shi W, Gao Z *et al.* A randomized clinical trial of three options for N95 respirators and medical masks in health workers. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;187(9):960-6. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1164/rccm.201207-1164OC>
- (21) Duarte PL, Miola CE, Cavalcante FN, Bammann RH. Estado de conservação de respiradores PFF-2 após uso na rotina hospitalar. *Rev Esc Enferm*. 2010;44(4):1011-6. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400022>
- (22) Coia JE, Ritchie L, Adisesh A, Makison C, Bradley C, Bunyan D *et al.* Guidance on the use of respiratory and facial protection equipment. *J Hosp Infect*. 2013;85(3):170-82. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2013.06.020>
- (23) Bunyan D, Ritchie L, Jenkins D, Coia JE. Respiratory and facial protection: a critical review of recent literature. *J Hosp Infect*. 2013;85:165-9. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jhin.2013.07.011>
- (24) Baig AS, Knapp C, Eagan AE, Radonovich LJ. Health care workers' views about respirator use and features that should be included in the next generation of respirators. *Am J Infect Control*. 2010;38(1):18-25. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ajic.2009.09.005>
- (25) Zinatsa F, Michelle E, Van Rensburg A, Kigozi G. Voices from the frontline: barriers and strategies to improve tuberculosis infection control in primary health care facilities in South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(269):1-12. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3083-0>
- (26) Radonovich LJ, Bessesen MT, Cummings DA, Eagan A, Gaydos C, Gibert C *et al.* The Respiratory Protection Effectiveness Clinical Trial (ResPECT): a cluster-randomized comparison of respiratory and medical mask effectiveness against respiratory infections in healthcare personnel. *BMC Infect Dis*. 2016;16:1-10. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/s12879-016-1494-2>
- (27) Flick RJ, Munthali A, Simon K, Hosseini M, Kim MH, Mlauzi L *et al.* Assessing infection control practices to protect health care workers and patients in Malawi from nosocomial transmission of *Mycobacterium tuberculosis*. *PLoS One*. 2017;12(2):e0189140. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189140>
- (28) Katankwa SN, Dahlback E. Prevention of tuberculosis cross infection; in the process of nursing care. *AJMS*. 2016;7(3):1-7. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.3126/ajms.v7i3.13499>
- (29) Alele FO, Franklin RC, Emeto TI, Leggat P. Occupational tuberculosis in healthcare workers in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Arch Environ Occup H*. 2018;74(3):1-15. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1080/19338244.2018.1461600>
- (30) Verkuijl S, Middelkoop K. Protecting our front-liners: occupational tuberculosis prevention through infection control strategies. *Clin Infect Dis*. 2016;62(3):231-7. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1093/cid/civ1184>
- (31) Ciotti C, Pellissier G, Rabaud C, Lucet JC, Abiteboul D, Bouvet E. Effectiveness of respirator masks for healthcare workers, in France. *Med Mal Infect*. 2012;42(6):264-9. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.medmal.2012.05.001>

- (32) Dokubo EK, Odume B, Lipke V, Muianga C, Onu E, Olutola A *et al.* Building and strengthening infection control strategies to prevent tuberculosis - Nigeria, 2015. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65(10):263-6. Disponible en: <https://bit.ly/2rrilNX>
- (33) Lee JY. Tuberculosis infection control in health-care facilities: environmental control and personal protection. *Tuberc Respir Dis.* 2016;79(1):234-40. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.4046/trd.2016.79.4.234>
- (34) Kanjee Z, Amico KR, Li F, Mbolekwa K, Moll AP, Friedland GH. Tuberculosis infection control in a high drug-resistance setting in rural South Africa: information, motivation, and behavioral skills. *J Infect Public Health.* 2012;5(1):67-81. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jiph.2011.10.008>
- (35) Chughtai AA, Seale H, Dung TC, Maher L, Nga PT, MacIntyre CR. Current practices and barriers to the use of face masks and respirators among hospital-based health care workers in Vietnam. *Am J Infect Control.* 2015;43(1):72-7. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ajic.2014.10.009>
- (36) Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH). Atlanta: CDC; 2012. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/niosh/ab-sp.html>
- (37) O'Hara LM, Yassi A, Zungu M, Malotle M, Bryce EA, Barker SJ *et al.* The neglected burden of tuberculosis disease among health workers: a decadelong cohort study in South Africa. *BMC Infect Dis.* 2017 [citado 2018 nov. 10];17(547):1-11. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1186/s12879-017-2659-3>
- (38) Cabezas C. Tuberculosis en personal y estudiantes de la salud: un tema pendiente para los servicios de salud y la universidad. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2012;29(2):179-80.
- (39) Morton R. Barriers to managing TB in emergency departments. *Nursing Times.* 2014; 111(13): 15-17. Disponible en: <https://bit.ly/34KCgWt>
- (40) Malangu N, Mngomezulu M. Evaluation of tuberculosis infection control measures implemented at primary health care facilities in Kwazulu-Natal province of South Africa. *BMC Infect Dis.* 2015;15(117):1-8. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1186/s12879-015-0773-7>
- (41) Mirtskhulava V, Whitaker JA, Kipiani M, Harris DA, Tabagari N, Owen-Smith AA *et al.* Determinants of tuberculosis infection control-related behaviors among healthcare workers in the country of Georgia. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2015;36(5):522-8. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1017/ice.2015.5>
- (42) Unahalekhaka A, Lueang-A-Papong S, Chitreecheur J. Status of nosocomial tuberculosis transmission prevention in hospitals in Thailand. *Am J Infect Control.* 2014; 42 (3): 340-3. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.09.019>
- (43) Chau JP, Thompson DR, Lee DT, Twinn S. Infection control practices among hospital health and support workers in Hong Kong. *J Hosp Infect.* 2010;75(4):299-303. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.10.014>
- (44) Khaund K, Sudhakar C, Vaz CJ. Infection control prevention practices on pulmonary TB transmission among health care personnel of selected hospital in India. *J Clin Diagn Res.* 2018;12(11):10-15. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.10.014>
- (45) Gizaw GD, Alemu ZA, Kibret KT. Assessment of knowledge and practice of health workers towards tuberculosis infection control and associated factors in public health facilities of Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *Arch Public Health.* 2015;73:1-9. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1186/s13690-015-0062-3>
- (46) Ehrlich R, Van de Water N, Yassi A. Tuberculosis in health workers as an occupational disease. *Antro Áfr Aust.* 2018;41(4):309-22. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1080/23323256.2018.1539624>
- (47) Chen B, Gu H, Wang K, Wang F, Peng Y, Ge E, *et al.* Prevalence and determinants of latent tuberculosis infection among frontline tuberculosis healthcare workers in southeastern China: A multilevel analysis by individuals and health facilities. *Intern. J Infect Dis.* 2019;79(1):26-33. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2018.11.010>
- (48) Tenna A, Stenehjem EA, Margoles L, Kacha E, Blumberg HM, Kempker RR. Infection control knowledge, Attitudes, and practices among healthcare workers in Addis Ababa, Ethiopia. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2013;34(12):1289-96. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1086/673979>
- (49) Kassahun T, Belaynew W, Muluken A. Tuberculosis infection control practices and associated factors among health care workers in health centers of West Gojjam zone, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2016; 16:359. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1186/s12913-016-1608-y>
- (50) Heimbuch BK, Kinney K, Lumley AE, Harnish DA, Bergman M, Wander JD. Cleaning of filtering facepiece respirators contaminated with mucin and *Staphylococcus aureus*. *Am J Infect Control.* 2014;42(3):265-70. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.09.014>
- (51) Li Y, Harries AD. Tuberculosis infection control measures in diabetes clinics in China: a rapid assessment of 10 hospitals. *Trop Med Int Health.* 2015;20(9):1196-200. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1111/tmi.12537>
- (52) Bryce E, Forrester L, Scharf S, Eshghpour M. What do healthcare workers think? A survey of facial protection equipment user preferences. *J Hosp Infect.* 2008;68(3):241-7. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jhin.2007.12.007>

(53) Weng Y, Thulile P, Chiou H, Yang C, Chiu Y. Perceived risk of tuberculosis infection among healthcare workers in Swaziland. *BMC Infect Dis.* 2016;16(697):1-8. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1186/s12879-016-2029-6>

(54) Yu Y, Jiang L, Zhuang Z, Liu Y, Wang X, Liu J *et al.* Fitting characteristics of N95 filtering-facepiece respirators used widely in China. *PLoS ONE.* 2014;9(1):e85299. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0085299>

(55) Temesgen C, Demissie M. Knowledge and practice of tuberculosis infection control among health professionals in Northwest Ethiopia; 2011. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:593-9. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1186/s12913-014-0593-2>

(56) Punjabi CD, Perloff SR, Zuckerman JM. Preventing transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in health care settings. *Infect Dis Clin N Am.* 2016;30:1013-22. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.idc.2016.07.003>

(57) Evans TG, Bekker LG. Tuberculosis and health-care workers in underresourced settings. *Clin Infect Dis.* 2016;62(3):S229-30. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciw015>

(58) Ticona E, Huaroto L, Kirwan DE, Chumpitaz M, Munayco C, Maguiña M *et al.* Impact of infection control measures to control an outbreak of multidrug-resistant tuberculosis in a human immunodeficiency virus ward, Peru. *Am J Trop Med Hyg.* 2016;95(6):1247-56. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.4269/ajtmh.15-0712>

(59) Tamir K, Wasie B, Azage M. Tuberculosis infection control practices and associated factors among health care workers in health centers of West Gojjam zone, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Health.* 2016;16(a):359-69. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1186/s12913-016-1608-y>

(60) SH H, Nabihah S, Nabilah S. Knowledge and practice among nurses on management of tuberculosis in a teaching hospital. *Med & Health.* 2018;13(1):153-64. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.17576/MH.2018.1301.15>

(61) Soon H, Uhm D. Occupational exposure to infection risk and use of personal protective equipment by emergency medical personnel in the Republic of Korea. *Am J Infect Control.* 2016;44:647-51. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.12.022>

(62) Cohen HJ, Birkner JS. Respiratory protection. *Clin Chest Med.* 2012;33(1):783-93. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ccm.2012.09.005>

(63) Brosseau LM, Conroy LM, Sietsema M, Cline K, Durski K. Evaluation of Minnesota and Illinois hospital respiratory protection programs and health care worker respirator use. *J Occup Environ Hygiene.* 2015;12(1):1-15. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1080/15459624.2014.930560>

Fatores de risco associados à exposição de adolescentes à violência sexual*

Factores de riesgo asociados a la exposición de adolescentes a la violencia sexual

Risk factors associated with adolescent exposure to sexual violence

*Artigo extraído da primeira etapa de uma tese intitulada "Efeito de uma tecnologia educacional para prevenção da violência sexual em adolescentes". Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. Declaramos a inexistência de documentos publicados anteriormente de nossa autoria relacionado com o estudo.

Cómo citar: Souza VP, Gusmão TLA, Neto WB, Guedes TG, Monteiro EML. Fatores de risco associados à exposição de adolescentes a violência sexual. Av Enferm, 2019. 37(3): 364-374. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.77050>

1 Valesca Patriota de Souza

Núcleo de Enfermagem na Universidade Federal de Pernambuco. Centro Acadêmico de Vitória (Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2909-9409>
Correio eletrônico: valesca_patriota@hotmail.com

Contribuição: construção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

2 Tarcila Lima de Alcântara Gusmão

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco (Recife, Pernambuco, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4997-4688>
Correio eletrônico: tarcilagusmao@hotmail.com

Contribuição: análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

3 Waldemar Brandão Neto

Universidade Federal de Pernambuco (Recife, Pernambuco, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4786-9961>
Correio eletrônico: brandaonetow@gmail.com

Contribuição: revisão crítica do conteúdo intelectual.

4 Tatiane Gomes Guedes

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Pernambuco (Recife, Pernambuco, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7149-2290>
Correio eletrônico: tatiguedes@yahoo.com.br

Contribuição: construção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada.

5 Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente na Universidade Federal de Pernambuco (Recife, Pernambuco, Brasil).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5736-0133>
Correio eletrônico: estelameirellesufpe@gmail.com

Contribuição: construção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.77050>

Recibido: 24/12/2018 Aprobado: 08/08/2019



Resumo

Objetivo: analisar as evidências científicas sobre os fatores de risco associados à exposição de adolescentes à violência sexual.

Síntese de conteúdo: revisão integrativa da literatura, realizada em quatro bases de dados e duas bibliotecas virtuais, sem limites do ano de publicação, utilizando-se os descritores: “delitos sexuais”, “adolescentes” e “fatores de risco”. Utilizou-se, também, a palavra-chave “violência sexual” e equivalentes, no idioma inglês. Na análise dos 22 artigos incluídos, os fatores associados à exposição dos adolescentes à violência sexual foram classificados em “abuso sexual” e “exploração sexual”. O consumo de álcool e/ou drogas foi o fator mais evidente, seguido do sexo casual, da baixa escolaridade, da baixa renda, da violência familiar, dos relacionamentos em ambientes virtuais, da estigmatização do trabalho sexual e falta de moradia.

Conclusão: os fatores apresentados devem ser considerados pela enfermagem para o reconhecimento de adolescentes vítimas de violência sexual, além de contribuir na prevenção de novos casos e na minimização dos efeitos que tal ato pode causar na vida desse público.

Descritores: Delitos Sexuais; Adolescente; Fatores de Risco; Enfermagem (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: analizar la evidencia científica sobre los factores de riesgo asociados a la exposición de adolescentes a la violencia sexual.

Síntesis del contenido: revisión de la literatura integrativa en cuatro bases de datos y dos bibliotecas virtuales, sin límite de año de publicación, usando las palabras clave: “delitos sexuales”, “adolescentes” y “factores de riesgo”. También se utilizó la palabra clave “violencia sexual” y su equivalente en el idioma inglés. En el análisis de los 22 artículos incluidos, los factores asociados con la exposición de adolescentes a la violencia sexual se clasificaron en: “abuso sexual” y “explotación sexual”. El consumo de alcohol y drogas fue el factor más evidente, seguido por el sexo casual, baja escolaridad, bajos ingresos, violencia familiar, relaciones en entornos virtuales, estigma del trabajo sexual y falta de vivienda.

Conclusión: los factores presentados deben ser considerados por la enfermería para el reconocimiento de adolescentes víctimas de violencia sexual, además de contribuir con la prevención de nuevos casos y con la disminución de los efectos que tal acto podría causar en la vida de esa población.

Descritores: Delitos Sexuales; Adolescente; Factores de Riesgo; Enfermería (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to analyze scientific evidence about risk factors associated with adolescent exposure to sexual violence.

Content synthesis: review of integrative literature in four databases and two virtual libraries, without limit of publication year, using the keywords: “sex crimes”, “teens” and “risk factors”. The keyword “sexual violence” was also used. In the analysis of the 22 articles included, the factors associated with adolescent exposure to sexual violence were classified as: “sexual abuse” and “sexual exploitation”. Alcohol and drug consumption was the most obvious factor, followed by casual sex, low schooling, low income, family violence, relationships in virtual settings, stigma of sex work and homelessness.

Conclusion: the factors presented should be considered by the nursing for the recognition of adolescent victims of sexual violence, in addition to contributing to the prevention of new cases and to the reduction of the effects that such an act could have on the life of that population.

Descriptors: Sex Crimes; Adolescent; Risk Factors; Nursing (source: DeCS, BIREME).

Introdução

A violência sexual pode ser definida como todo ato sexual sem o consentimento da vítima ou ações de comercialização e/ou utilização da sexualidade de um indivíduo mediante qualquer tipo de imposição. Esse tipo de violência pode ser evidenciado em todas as faixas etárias, mas ressalta-se que atinge frequentemente crianças e adolescentes, especialmente do sexo feminino, devido às desigualdades nas relações de gênero e aos valores patriarcais da sociedade, bem como a dominação dos mais velhos sobre os mais novos (1, 2).

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta, com faixa etária entre 10 a 19 anos (3). Nessa fase, o indivíduo encontra-se exposto à gravidez não planejada, infecções sexualmente transmissíveis, uso de drogas e atos de violência (4).

A violência sexual infanto-juvenil pode se expressar de diferentes formas e conceitos. O abuso sexual é um tipo de violência que envolve atos ou jogos sexuais praticados por qualquer pessoa contra a criança ou adolescente, por meio de suborno, violência física ou ameaça, almejando o prazer sexual do agressor, podendo ocorrer com ou sem contato físico (2, 5).

Outra manifestação dessa violência é a exploração sexual. Esta prática está relacionada com a comercialização sexual por exploradores e clientes dos corpos de crianças e adolescentes, vislumbrando lucros com esse comércio ilegal (2, 6-8).

No contexto mundial, a violência sexual continua sendo uma realidade constante na vida de crianças e adolescentes e altamente prevalente em todas as sociedades investigadas, independentemente da condição econômica, social, cultural, religiosa ou étnica. Estima-se que, a cada ano, 12 milhões de pessoas sejam vítimas de tal injúria, 36 % de meninas e 29 % de meninos (9).

No Brasil, a segunda causa de agressão mais comum em adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos é a violência sexual, com 23,9 % das notificações, sendo apenas superada pela violência física, com 63,3 % (10). A violência sexual praticada contra o adolescente é uma problemática grave, que pode comprometer o desenvolvimento das dimensões

biopsicossocial, cultural e espiritual ao longo de sua trajetória evolutiva (2, 9).

Alguns artigos analisados indicam limitações para se alcançar resultados promissores na diminuição dos índices de violência sexual entre os adolescentes devido à complexidade dos fatores que os permeiam (8-10). Cabe ao enfermeiro desenvolver ações de promoção da saúde do adolescente que contemple estratégias educacionais para oportunizar conhecimentos sobre os fatores de risco associados à exposição de adolescentes à violência sexual, com a finalidade de prevenir e/ou romper esse ciclo de medo e constrangimento da vítima diante de um sentimento de isolamento e despreparo para lidar com esse tipo de ameaça.

Dessa forma, analisar o conhecimento científico sobre os fatores de risco à exposição dos adolescentes à violência sexual, contribuirá na identificação dos meios cabíveis para a prevenção desse agravo, sendo viável a síntese desses dados para o direcionamento do cuidado de enfermagem. Assim, este estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas sobre os fatores de risco associados à exposição de adolescentes a violência sexual.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que propõe realizar a síntese e análise do conhecimento científico existente sobre o tema investigado, além de identificar lacunas ainda não vistas que precisem ser aprimoradas com a realização de novos estudos, contribuindo significativamente para prática clínica (11).

Nesta revisão foram utilizadas as fases propostas por Ganong (12): (i) elaboração da pergunta de pesquisa; (ii) seleção dos estudos primários; (iii) identificação das características do estudo e extração dos dados; (iv) avaliação dos estudos primários; (v) análise e interpretação dos resultados e (vi) apresentação da revisão.

A coleta de dados ocorreu em junho de 2019. Com o intuito de ampliar a busca, não foi estabelecido limite temporal para a seleção dos artigos. A pergunta de pesquisa “Quais são os fatores de risco à exposição dos adolescentes à violência sexual?” foi formulada de acordo com o acrônimo PICO (P: Paciente, Problema ou Grupo; I: Intervenção; C: Controle ou Comparação e O: Outcomes, Desfecho ou Resultado) (13). Para a presente pesquisa, os

seguintes elementos foram avaliados: P: os adolescentes; I: violência sexual; O: fatores de risco. Não foi utilizado o C da estratégia, pois não ocorreu a comparação entre dois grupos.

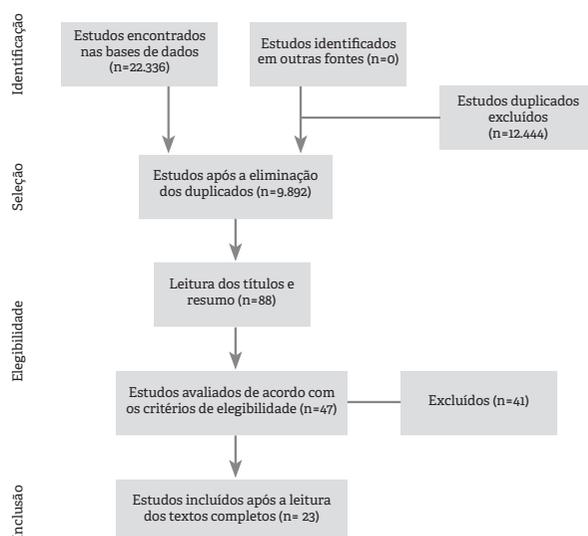
A busca, realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis on Retrieval System On-Line (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), SCOPUS e nas bibliotecas eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SciELO) e ADOLEC, ocorreu a partir dos seguintes cruzamentos de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os respectivos termos do Medical Subject Headings (MESH): 1º Delitos Sexuais/Sex Offenses OR Violência Sexual/Sexual Violence AND Fatores de Risco/Risk Factors AND Adolescente/Adolescent 2º Delitos Sexuais/Sex Offenses OR Violência Sexual/Sexual Violence AND Fatores de Risco/Risk Factors. Inseriu-se no cruzamento a palavra-chave “Violência Sexual/Sexual Violence” como sinônimo do descritor Delitos Sexuais/Sex Offenses, adotando-se o conectivo OR e para combinar com os demais descritores, utilizou-se o conectivo AND, pois os descritores publicados no cadastro de DeCS não contemplavam a busca para a elaboração deste estudo.

Incluíram-se artigos nos idiomas português, inglês e espanhol. O artigo estava disponível na íntegra ou foi obtido por meio de comutação na instituição de ensino, com o intuito de evitar que estudos elegíveis fossem perdidos, o que resultaria em viés da seleção. Com o escopo de ampliar a busca, não foi estabelecido um recorte no tempo para seleção dos artigos. Excluíram-se: dissertação, tese, livro ou capítulo de livro, editorial, matéria de jornal, revisão integrativa ou sistemática da literatura, carta ao editor, estudo reflexivo, relato de experiência e estudos que não correspondessem ao objetivo da revisão.

Quanto ao nível de evidências, os estudos foram classificados considerando os critérios que reconhecem os seis níveis: nível 1 - revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 - evidências obtidas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3 - ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 - estudo de caso-controle e de coorte; nível 5 - revisões sistemáticas de estudos descritivos ou qualitativos; nível 6 - obtido de um único estudo descritivo ou qualitativo e nível 7 refere-se à opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas (14).

Com o propósito de uniformizar a sequência de descritores e seus cruzamentos nas bases de dados, a busca foi realizada por pares sendo encontrados 22.336 estudos, restando 9 892 após a remoção dos artigos duplicados. A totalidade dos estudos encontrados foi submetida à leitura dos títulos e resumos para verificar a coerência com a temática a ser investigada, resultando em 88 artigos. Em seguida, realizou-se a leitura dos resumos para averiguar a consonância com os critérios de inclusão e exclusão, sendo excluídos 41 estudos. Os 47 artigos restantes, nesta etapa, foram submetidos à leitura na íntegra e seleção dos artigos para amostra, resultando em 23 artigos (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma baseado no PRISMA (17) para estudos de revisão



Fonte: dados da pesquisa.

Os 23 artigos pré-selecionados foram submetidos ao processo de avaliação do rigor metodológico por meio do formulário padronizado do *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)* adaptado para responder aos estudos selecionados para a presente amostra. O CASP trata-se de check-list com 10 questões, com escore entre 0 a 10. Sendo assim, os estudos foram classificados em dois grupos, conforme a pontuação obtida na aplicação do instrumento: A (6 a 10 pontos) - estudos com boa qualidade metodológica e viés reduzido e, B (no mínimo 5 pontos) - estudos com qualidade metodológica satisfatória, mas com potencial de viés aumentado (15). Nessa etapa, foram excluídos cinco estudos por terem obtido classificação B, sendo a amostra final composta por 23 estudos.

Para a análise e interpretação minuciosa dos artigos selecionados, utilizou-se um instrumento construído e validado, contendo os seguintes itens: nome da pesquisa; autoria; revista de publicação; instituição; ano de publicação; objetivos do estudo; descrição metodológica; características da amostra; nível de evidência; resultados e conclusões (16). Na perspectiva de minimizar os vieses, a extração dos dados foi realizada por dois revisores de forma independente e a resolução das discordâncias ocorreu na presença de um terceiro avaliador.

Resultados

Os artigos incluídos foram publicados entre 2007 e 2019 (18-40), com notoriedade para o ano de 2015, que apresentou 26,1 % (n = 6) (25-29, 35) artigos. Quanto ao local de pesquisa, o país predominante foi os Estados Unidos com 36,4 % (n = 8) (20, 21, 24, 25, 27, 33, 37, 39, 40). Com relação ao idioma 95,6 % (n = 22) (18-30, 30-39) foram publicações em inglês, sendo apenas uma publicação em espanhol (30).

A maioria dos artigos possuía abordagem quantitativa (18-21, 23-34, 36-40) e nível de evidência VI (91,3 % (18-21, 23-30, 32-40)). Todos os artigos utilizaram um ou mais instrumentos para a coleta de dados, sendo que 91,3 % fez uso de questionário e os demais, entrevista semi-estruturada.

As evidências apresentadas pelos artigos, ao abordar os fatores de risco associados à exposição à violência sexual pelos adolescentes, apresentaram especificidades que distinguem a classificação da violência sexual, como abuso ou exploração sexual. Para os resultados da presente revisão integrativa, resultaram 23 artigos que atenderam aos critérios de seleção estabelecidos. Foram exibidos dados referentes à caracterização dos estudos como também os fatores de risco associados à exposição de adolescentes à violência sexual nas situações de abuso e de exploração sexual (Tabelas 1 e 2).

Quanto à questão do gênero, identificou-se uma similaridade entre os 23 estudos, sendo a mulher a principal vítima da violência sexual na adolescência. Esteve presente em 56,5 % (n = 13) (18, 22, 24-26, 29, 31, 32, 34-37, 39) dos artigos, com a descrição dos efeitos devastadores nas dimensões física e mental, em curto e longo prazo. Também relatam como elementos protetores a efetivação de políticas públicas e reconhecimento por parte das vítimas das diferentes formas de violência sexual para uma ação protetora eficaz (26-28, 32, 39).

Tabela 1. Descrição dos artigos selecionados e dos fatores de risco associados ao abuso sexual. Recife, PE, Brasil, 2019

Autores/ano/base de dados	Delineamento/país/nível de evidência	Fatores de risco à exposição dos adolescentes à violência sexual
Santos MJ, et al(18)/2019/MEDLINE	Transversal/Brasil/nível VI	Uso de álcool e/ou drogas, bullying
Penado AM, et al(19)/2019/SCOPUS	Transversal/Espanha/nível VI	Sexo feminino, uso de álcool e espectador e/ou vítima de violência
Eisman AB, et al(20)/(2018)/MEDLINE	Coorte/EUA/nível VI	Espectador e/ou vítima de violência e uso de álcool
Fantasia HC, et al(21)/(2018)/MEDLINE	Transversal/EUA/nível VI	Uso de álcool
Draughon MJE, et al(22)/2016/SCOPUS	Coorte/Camboja/nível IV	Sexo casual e uso de álcool e/ou drogas
Sampsel K, et al(23)/2016/SCOPUS	Série de casos/Canadá/Nível VI	Idade, uso de álcool e/ou drogas e sexo feminino
Bird ERMS, et al (24)/2016/SCOPUS	Transversal/EUA/nível VI	Uso de álcool
East PL, Hokoda A(25)/2015/MEDLINE	Descritivo exploratório/EUA/nível VI	Sexo feminino, uso de álcool, sexo casual, espectador e/ou vítima de violência familiar e relacionamento em ambiente virtual
Otwombe KN, et al(26)/2015/MEDLINE	Transversal/África do Sul/nível VI	Espectador ou vítima de violência familiar, uso de álcool e/ou drogas, baixa escolaridade, baixa renda, cor branca e sexo feminino
Ohene SA, et al (27)/2015/SCOPUS	Transversal/EUA/nível VI	Sexo feminino
Jonsson LS, Priebe MBG (28)/2015/SCOPUS	Transversal/Suécia/nível VI	Relacionamento no ambiente virtual, baixa renda e uso de álcool e/ou drogas
Niolon PH, et al (29)/2015/SCOPUS	Transversal/Espanha/nível VI	Sexo feminino e uso de álcool e/ou drogas
González EA, et al (30)/2014/LILACS	Transversal/Chile/nível VI	Uso de álcool e/ou drogas, sexo feminino, sexo casual e baixa escolaridade
Bramsen RH, et al (31)/2012/MEDLINE	Ensaio clínico randomizado controlado/Dinamarca/nível II	Sexo casual e uso de álcool e/ou drogas
Lehrer BJA, et al (32)/2007/MEDLINE	Transversal/Chile/nível VI	Uso de álcool e/ou drogas, baixa escolaridade, espectador ou vítima de violência familiar e sexo feminino

Fonte: dados da pesquisa.

O uso de álcool e/ou drogas apresentou-se como fator de risco em 82,6 % (n = 19) (17-25, 27-31, 34-36, 38, 39) dos estudos analisados, sendo considerado um elemento predisponente para ocorrência da violência sexual em adolescentes. Ressalta-se ainda que os adolescentes, ao consumirem álcool de modo abusivo, apresentam alteração no seu juízo crítico, ampliando a exposição ao risco para diferentes formas da violência sexual (25-28).

Destacam-se também, entre os principais fatores de risco, a exposição do adolescente à violência sexual: sexo casual 30,4 % (n = 7) (21, 24, 29, 30, 33, 34, 38), baixa

escolaridade 26,1 % (n = 6) (25, 29, 31, 35, 36, 38), baixa renda 26,1 % (n = 6) (25, 29, 32-36), o adolescente espectador e/ou vítima de violência familiar 26,1 % (n = 6) (18, 19, 24, 25, 31, 38), relacionamentos em ambientes virtuais 17,4 % (n = 4) (24, 27, 34, 38) e estigmatização do trabalho sexual 13,0 % (n = 3) (33, 36, 38).

Tabela 2. Descrição dos artigos selecionados e dos fatores de risco associados à exploração sexual. Recife, PE, Brasil, 2019

Autores/ano/base de dados	Delimitação/país/nível de evidência	Fatores de risco à exposição dos adolescentes à violência sexual
Greeson JKP, et al (33)/2019/SCOPUS	Transversal/EUA/nível VI	Sexo feminino, baixa renda e falta de moradia
Ouédraogo SYA, Sisawo EJ,Huang SL (34)/2017/SCOPUS	Misto/Taiwan/nível VI	Estigmatização do trabalho sexual, baixa renda e sexo casual
D'Abreu LCF, Krahe B (35)/2016/MEDLINE	Descritivo exploratório/Brasil/nível VI	Sexo casual, sexo feminino, relacionamento em ambiente virtual e uso de álcool
Alemayehu M, et al (36)/2015/MEDLINE	Transversal/Etiópia/nível VI	Sexo feminino, baixa escolaridade, uso de álcool e/ou drogas e baixa renda
Reid JÁ(37)/2014/MEDLINE	Transversal/EUA/nível VI	Uso de álcool e/ou drogas, sexo feminino, estigmatização do trabalho sexual e baixa escolaridade
Svensson F(38)/2013/MEDLINE	Transversal/Suécia/nível VI	Estigmatização do trabalho sexual e sexo feminino
Champion JD (39)/2011/SCOPUS	Descritivo exploratório/EUA/nível VI	Baixa escolaridade, sexo casual, estigmatização do trabalho sexual, uso de álcool e/ou drogas e espectador ou vítima de violência sexual
Malesky LA (40)/2007/CINAHL	Transversal/EUA/nível VI	Relacionamento em ambiente virtual

Fonte: dados da pesquisa.

Diante das evidências científicas que delimitam os fatores de risco associados à violência sexual de adolescentes, percebe-se que a educação em saúde deve ser utilizada no empoderamento dessa população para o reconhecimento imediato desses fatores e, assim, resguardar os direitos dos adolescentes, destacando o papel da família, escola, sociedade e profissionais de saúde como responsáveis em compor uma rede de proteção à exposição de situações de risco à violência sexual em adolescentes (23, 24, 26, 30).

Discussão

É importante compreender o contexto da violência sexual contra o adolescente, o que requer o conhecimento de aspectos culturais, estruturais, sociais, econômicos, psicológicos e físicos diante da exposição dessa população aos fatores de risco mais prevalentes.

No mundo, o abuso sexual contra crianças e adolescentes apresenta índices de 8-31 % para o sexo feminino e 3-17 % para o sexo masculino, sendo considerado o sexo feminino com três vezes mais chances de sofrer essa injúria (18). A ocorrência da violência sexual é marcada pela desigualdade, colocando as mulheres como as principais vítimas dessa violação de direitos (19, 23, 25-27, 29, 30, 32, 33, 35-38). Esses achados fortalecem o estigma da submissão feminina ao homem e falta de informação dessas adolescentes sobre seus direitos e questões sociais que envolvem o seu cotidiano.

O uso de álcool e/ou drogas foi destacado como fator de risco mais presente para os tipos de violência sexual em diversos países, caracterizando um problema mundial, mostrando que sua utilização de forma abusiva pode levar os indivíduos a apresentarem alterações comportamentais, aumentando os riscos à exposição à violência. O referido achado pode estar relacionado à redução da percepção do mundo ao seu redor, concebendo maior vulnerabilidade ao adolescente (18-26, 35).

Entre os fatores predisponentes para o abuso sexual, observou-se o sexo casual, caracterizado por não apresentar vínculo emocional, concorrendo para a execução do ato sexual sem o consentimento da vítima. O ato sexual praticado sem anuência da vítima é marcado por agressões, acarretando efeitos imediatos e tardios, como abortamento, exposição a infecções sexualmente transmissíveis, depressão, ansiedade, isolamento social, entre outros (23, 31, 32, 40). Na exploração sexual, esse fator ainda é mais evidente, pois a vítima é visualizada como uma mercadoria que foi comercializada sendo, na maioria das vezes, submetida a situações que infringem seus direitos (23, 35, 36, 41-44).

O envolvimento de adolescentes com sexo casual pode estar associado à obtenção de fins lucrativos, assim como ocorre com o trabalho sexual. A estigmatização do trabalho sexual retrata a difícil realidade dos adolescentes que são vítimas da exploração sexual ao serem expostos a esta atividade com a finalidade de obtenção de lucros por terceiros (27, 28, 36, 37). A prostituição carrega consigo o preconceito e a desvalorização, por ser considerada um comércio de pessoas que não merecem qualquer tipo de respeito pela oferta dos serviços sexuais, resultando em atos violentos com forte impacto na saúde nessa população (24, 45-48).

A exploração sexual de adolescentes apresenta íntima associação com situações de vulnerabilidade no contexto familiar. A violência intrafamiliar esteve presente nos estudos como fator instigante na violação dos direitos do adolescente. A exposição à violência no seio familiar é comum entre os adolescentes, com destaque para famílias com menor poder aquisitivo que se encontram propensos a testemunhar e/ou experimentar esse descumprimento dos direitos da criança e do adolescente (32, 39, 49-53). Ao indagar a respeito do motivo que leva os pais ou responsáveis a não exercerem sua função de proteção, observa-se que as ocorrências desses delitos podem ser justificadas pela tolerância social a esse tipo de fenômeno, pois a maioria dessas situações são negligenciadas, seja o adolescente como espectador ou vítima (25, 26, 32).

A situação de extrema miséria marcante na existência de muitos adolescentes que precisam lidar com a não satisfação de suas necessidades básicas, inclusive com a ausência de segurança de um lar, passam a assumir uma postura de submissão e exposição em busca de manter sua sobrevivência, como evidenciado por adolescentes em situação de rua (33).

Ao considerar as situações de vulnerabilidade do adolescente à violência sexual, emerge a tecnologia como aspecto facilitador para a prevenção de situações que levam a essa injúria. Os avanços tecnológicos ampliaram os modos de interação utilizados pelos adolescentes, identificando o ambiente virtual como forma de comunicação com o mundo. Os adolescentes em descobertas e exploração da sexualidade vinculam ao uso da internet as possibilidades de ampliar vivências e relacionamentos românticos. No entanto, o meio virtual mostrou-se um ambiente de risco para exploração sexual, diante da ingenuidade dos adolescentes para lidar com pessoas desconhecidas (25, 28, 34, 35).

A busca por relacionamentos no meio virtual pode estar associada a relações familiares disfuncionais, deixando os jovens em situações vulneráveis, ao recorrer à internet como uma estratégia para a autoafirmação pessoal (35), tornando clara a importância dos pais na manutenção de uma relação saudável e de proximidade com os filhos, inclusive na educação e supervisão quanto ao acesso e comunicação no ambiente virtual.

Na exploração sexual do adolescente, o nível de educação é um fator diferencial na ocorrência desse agravo, sendo reconhecido nos estudos que condições propícias de escolaridade constituem

um fator protetor (26, 30, 34, 36, 37). Nas discussões quanto ao acesso à escolarização, é referido que o ensino médio completo é essencial, pois o indivíduo possui uma maior consciência crítica com conhecimento de seus direitos perante a legislação. Um maior nível de instrução contribui para maiores oportunidades de trabalho com possibilidade e renda proporcional a suas necessidades, reduzindo as chances de residir ou comercializar nas ruas, visto como fator agravante para atos de violência (26, 30, 34, 36, 37).

Emerge a necessidade de conhecer os fatores de risco e vulnerabilidades que afetam os adolescentes e oportunizar discussões no cenário escolar para o compartilhamento dos conhecimentos e experiências na perspectiva de uma formação cidadã (18, 53, 54).

A exposição à violência sexual pode levar ao baixo desempenho escolar e, conseqüentemente, ao uso de álcool e/ou drogas. O enfermeiro, em articulação com outros profissionais da saúde e da educação, deve reconhecer o contexto no qual o indivíduo está inserido e intervir positivamente nos aspectos que levam à transgressão dos direitos (54, 55). A enfermagem possui papel central na execução dessas ações junto à escola, possibilitando uma comunicação estratégica interdisciplinar que envolva os setores da saúde e da educação (2).

A interrelação do início precoce do abuso e/ou exploração sexual persistente sugere que a educação e o apoio familiar foram eficazes em algumas situações para a descontinuidade dessas injúrias, mas em outros casos a família pode ser considerada um fator desencadeador desse processo de violência sexual (30, 18). Os adolescentes, ao residirem com os pais ou responsáveis, estão sob supervisão familiar sendo considerado um fator de proteção, já que nessa visão os adolescentes se tornam menos suscetíveis à violência sexual (18, 56-59). No entanto, os próprios pais podem ser os agressores estabelecendo uma relação de poder sobre a vítima, inibindo o processo de denúncia permitindo, dessa forma, que a violência sexual seja persistente contra esse jovem (59, 60).

Na realidade atual, ao analisar os estudos da presente amostra, observou-se que, mesmo identificando diversos fatores de exposição do adolescente à violência sexual, há lacunas como a ausência de relacionar o gênero e a predisposição a essa violação de direitos. Este tema é de fundamental importância em um momento de discussão e de enfrentamento à intolerância diante da diversidade atual mundial.

Sendo assim, existe a necessidade de outras pesquisas que avaliem aspectos mais complexos relacionados aos tipos de violência sexual.

Esta revisão apresenta como limitações o baixo quantitativo em estudos experimentais ou quase-experimentais envolvendo a temática, o que delimitou a prática baseada em evidências. No entanto, os tipos de estudos encontrados possibilitaram o reconhecimento dos principais fatores de risco à exposição do adolescente à violência sexual.

Conclusões

Os resultados deste estudo evidenciam que os principais fatores associados à exposição dos adolescentes à violência sexual foram: uso de álcool e/ou drogas; sexo casual; adolescente espectador ou vítima de violência familiar; baixa renda; falta de moradia; baixa escolaridade; relacionamentos em ambientes virtuais; estigmatização do trabalho sexual e sexo feminino como público mais acometido, possibilitando apreender a complexidade das demandas de saúde e cidadania que envolvem esse grupo populacional.

Observou-se que existe uma diversidade de fatores relacionados à violência sexual, embora alguns sejam mais presentes no contexto estudado. No entanto, esses com aparições esporádicas não devem ser menosprezados, pois, dependendo da localidade, podem ser mais comprometedores que os mais prevalentes, tornando evidente a necessidade de ações articuladas de educação em saúde que contemple os mais diferentes aspectos para promoção da saúde desses adolescentes.

Todos os fatores de exposição devem ser considerados pelo enfermeiro e demais profissionais que lidam com os adolescentes nas instituições de saúde, na escola e/ou em outros locais, de forma a adotar medidas de prevenção, minimizando os efeitos devastadores que a violência sexual poderá ocasionar ao longo da vida dos adolescentes.

O enfermeiro exerce um papel de interlocutor na promoção à saúde do adolescente, cabendo-lhe desenvolver ações interdisciplinares que propiciem discussões sobre a temática com o propósito de subsidiar a construção de conhecimentos pelos adolescentes, reconhecimento e enfrentamento dos fatores de risco associados à violência sexual.

Apoio financeiro

A presente pesquisa foi executada com recursos próprios.

Referências

- (1) Decker MR, Wood SN, Ndinda E, Yenokyan G, Sinclair J, Maksud N *et al.* Sexual violence among adolescent girls and young women in Malawi: a cluster-randomized controlled implementation trial of empowerment self-defense training. *BMC Public Health*. 2018;18(1341):1-12. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6220-0>
- (2) Deslandes SF, Campos DS. Guardianship councilors' views on the effectiveness of the existing network in providing full protection to children and teenagers in situations of sexual violence. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(7):2173-82. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015207.13812014>
- (3) World Health Organization. Young people's health - a challenge for society. Report of a WHO study group on young people and health for all. Technical Report Series 731. Genebra: WHO;1986.
- (4) Sasaki RSA, Leles CR, Malta DC, Sardinha LMV, Freire MCM. Prevalência de relação sexual e fatores associados em adolescentes escolares de Goiânia, Goiás, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(1):95-103. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.06332014>
- (5) David N, Ezechi O, Wapmuk A, Gbajabiamila T, Ohiho-in A, Herbertson E *et al.* Child sexual abuse and disclosure in South Western Nigeria: a community-based study. *Afr Health Sci*. 2018;18(2):199-208. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.4314/ahs.v18i2.2>
- (6) Merdian HL, Perkins DE, Webster SD, McCashin D. Transnational child sexual abuse: outcomes from a roundtable discussion. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(2):1-14. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16020243>
- (7) Mitchell K, Moynihan M, Pitcher C, Francis A, English A, Saewyc E. Rethinking research on sexual exploitation of boys: methodological challenges and recommendations to optimize future knowledge generation. *Child Abuse Negl*. 2017;66(1):142-51. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.019>
- (8) Mostajabian S, Santa Maria D, Wiemann C, Newlin E, Bocchini C. Identifying sexual and labor exploitation among sheltered youth experiencing homelessness: a comparison of screening methods. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(3):1-16. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16030363>

- (9) United Nations Children's Fund. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence children. 2014. Disponível em: https://www.unicef.org/publications/index_74865.html
- (10) Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: sistema de vigilância de violências e acidentes: 2013 e 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 218 p. Disponível em: <https://bit.ly/2QngVyy>
- (11) Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative review: concepts and methods used in nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):335-45. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0080-623420140002000020>
- (12) Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987;10(1):1-11.
- (13) Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre RC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(3):508-11. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
- (14) Galvão CM. Evidence hierarchies. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(2):1. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001>
- (15) Keynes M. Primary care trust. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Making sense of evidence. London: Oxford; 2002.
- (16) Ursi ES, Galvão CMM. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(1):124-31. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>
- (17) Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA group preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- (18) Santos MJ, Mascarenhas MDM, Malta DC, Lima CM, Silva MMAD. Prevalence of sexual violence and associated factors among primary school students – Brazil, 2015. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(2):535-44. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018242.13112017>
- (19) Penado-Abilleira M, Rodicio-García ML, Corrás-Vázquez T, Ríos-De Deus MP, Iglesias-Cortizas MJ. Personality characteristics of a sample of violent adolescents against their partners. *Psicol Reflex Crit*. 2019;32(1):1-11. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/s41155-019-0122-7>
- (20) Eisman AB, Ngo QM, Kusunoki YY, Kusunoki YY, Bonar EE, Zimmerman MA. Sexual violence victimization among youth presenting to an urban emergency department: the role of violence exposure in predicting risk. *Health Educ Behav*. 2018;45(4):625-34. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1177/1090198117741941>
- (21) Fantasia HC, Sutherland MA, Hutchinson MK. Lifetime and recent experiences of violence among college women. *J Forensic Nurs*. 2018;14(4):190-7. Disponível em: DOI: [DOI:10.1097/JFN.0000000000000211](http://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000211)
- (22) Draughon MJE, Carrico AW, Evans JL, Stein ES, Couture MC, Maher L *et al*. The impact of violence on sex risk and drug use behaviors among women engaged in sex work in Phnom Penh, Cambodia. *Drug Alcohol Depend*. 2016;161:171-7. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.01.028>
- (23) Sampsel K, Godbout J, Leach T, Taljaard M, Calder L. Characteristics associated with sexual assaults at mass gatherings. *Emerg Med J*. 2015;33(2):139-43. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1136/emered-2015-204689>
- (24) Bird ERMS, Gilmore AKMS, George WH, Lewis MA. The role of social drinking factors in the relationship between incapacitated sexual assault and drinking before sexual activity. *Addict Behav*. 2016;52(1):28-33. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.08.001>
- (25) East PL, Hokoda A. Risk and protective factors for sexual and dating violence victimization: a longitudinal, prospective study of Latino and African American adolescents. *J Youth Adolesc*. 2015;44(6):1288-300. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0273-5>
- (26) Otjombe KN, Dietrich J, Sikkema KJ, Coetzee J, Hopkins KL, Laher F *et al*. Exposure to and experiences of violence among adolescents in lower socio-economic groups in Johannesburg South Africa. *BMC Public Health*. 2015;15(450):1-11. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1186/s12889-015-1780-8>
- (27) Ohene SA, Johnson K, Jay SA, Owusu A, Borowsky IW. Sexual and physical violence victimization among senior high school students in Ghana: risk and protective factors. *Soc Sci Med*. 2015;146(1):266-75. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.019>
- (28) Jonsson LS, Priebe MBG. Online sexual behaviours among Swedish youth: associations to background factors, behaviors and abuse. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(10):1245-60. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1007/s00787-015-0673-9>

- (29) Niolon PH, Vivolo-Kantor AM, Latzman NE, Valle LA, Kuoh H, Burton T. Prevalence of teen dating violence and co-occurring risk factors among middle school youth in high-risk urban communities. *J Adolesc Health*. 2015;56(2 Suppl 2):S5-13. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.07.019>
- (30) González EA, Troncoso P, Molina TG, Martínez V. Antecedente de agresión sexual y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes consultantes en un centro de atención en salud sexual y reproductiva. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2014;79(1):31-9. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.4067/S0717-75262014000100006>
- (31) Bramsen RH, Lasgaard M, Koss MP, Ellklit A, Banner J. Adolescent sexual victimization: a prospective study on risk factors for first time sexual assault. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012;21(9):521-6. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1177/074355802237465>
- (32) Lehrer BJA, Lehrer VL, Lehrer EL, Oyarzún PB. Prevalence of and risk factors for sexual victimization in college women in Chile. *Int Fam Plan Perspect*. 2007;33(4):168-75. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1363/ffpp.33.168.07>
- (33) Greeson JKP, Treglia D, Wolfe DS, Wasch S, Gelles RJ. Child welfare characteristics in a sample of youth involved in commercial sex: an exploratory study. *Child Abuse & Neglect*. 2019;94(1):1-11. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104038>
- (34) Ouédraogo SYA, Sisawo EJ, Huang SL. Sexual abuse and risky sexual behaviors among young female hawkers in Burkina Faso: a mixed method study. *BMC Int Health Hum Rights*. 2017;17(1):1-9. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12914-016-0109-8>
- (35) D'Abreu LCF, Krahe B. Vulnerability to sexual victimization in female and male college students in Brazil: cross-sectional and prospective evidence. *Arch Sex Behav*. 2016;45(5):1101-15. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1007/s10508-014-0451-7>
- (36) Alemayehu M, Yohannes G, Damte A, Fantahun A, Gebrekirstos K, Tsegay R. Prevalence and predictors of sexual violence among commercial sex workers in Northern Ethiopia. *Reproductive Health*. 2015;12(47):1-7. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0036-5>
- (37) Reid JA. Risk and resiliency factors influencing onset and adolescence-limited commercial sexual exploitation of disadvantaged girls. *Crim Behav Ment Health*. 2014;24(5):332-44. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1002/cbm.1903>
- (38) Svensson F, Fredlund C, Svedin CGÖR, Priebe G, Wadsby M. Adolescents selling sex: exposure to abuse, mental health, self-harm behaviour and the need for help and support - a study of a Swedish national sample. *Nord J Psychiatry*. 2013;67(2):81-8. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.679968>
- (39) Champion JD. Context of sexual risk behaviour among abused ethnic minority adolescent women. *Int Nurs Rev*. 2011;58(1):61-7. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00857.x>
- (40) Malesky LA. Predatory online behavior: modus operandi of convicted sex offenders in identifying potential victims and contacting minors over the internet. *J Child Sex Abus*. 2007;16(2):23-32. Disponível em: DOI: https://doi.org/10.1300/J070v16n02_02
- (41) Greenbaum J, Bodrick N. Global human trafficking and child victimization. *Pediatrics*. 2017;140(6):1-12. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3138>
- (42) Ossa-Estrada DA, Muñoz-Echeverri IF. Commercial sexual exploitation of children: meanings and practices of people who work and reside in downtown Medellín (Colombia), 2015. *Salud Colect*. 2017;13(1):19-34. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1107>
- (43) Iglesias-Ríos L, Harlow SD, Burgard SA, Kiss L, Zimmerman C. Mental health, violence and psychological coercion among female and male trafficking survivors in the greater Mekong sub-region: a cross-sectional study. *BMC Psychol*. 2018;6(1):1-15. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0269-5>
- (44) Freccero J, Biswas D, Whiting A, Alrabe K, Seelinger KT. Sexual exploitation of unaccompanied migrant and refugee boys in Greece: approaches to prevention. *PLoS Med*. 2017;14(11):1-8. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002438>
- (45) Tadele A, Hussen S, Shimelis T. Prevalence and associated factors of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae among female commercial sex workers in Hawassa City, Southern Ethiopia. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):1-8. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3698-8>
- (46) Wahed T, Alam A, Sultana S, Rahman M, Alam N, Martens M et al. Barriers to sexual and reproductive healthcare services as experienced by female sex workers and service providers in Dhaka city, Bangladesh. *PLoS One*. 2017;12(7):1-19. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182249>
- (47) Jung M. Risk factors of sexually transmitted infections among female sex workers in Republic of Korea. *Infect Dis Poverty*. 2019;8(1):1-8. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/s40249-019-0516-x>

- (48) Villela WV, Monteiro S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(3):531-40. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300019>
- (49) Atiquil HM, Janson S, Moniruzzaman S, Rahman AKMF, Islam SS, Mashreky SR *et al*. Children's exposure to physical abuse from a child perspective: a population-based study in rural Bangladesh. *PLoS One*. 2019;14(2):1-16. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212428>
- (50) Pengpid S, Peltzer K. Lifetime spousal violence victimization and perpetration, physical illness, and health risk behaviours among women in India. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(12):1-10. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15122737>
- (51) Marcal KE. The impact of housing instability on child maltreatment: a causal investigation. *J Fam Soc Work*. 2018;21(4-5):331-47. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1080/10522158.2018.1469563>
- (52) Hildebrand NA, Celeri EHRV, Morcillo AM, Zanolli ML. Resilience and mental health problems in children and adolescents who have been victims of violence. *Rev Saude Publica*. 2019;53(17):1-14. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000391>
- (53) Kaufman-Parks AM, DeMaris A, Giordano PC, Manning WD, Longmore MA. Intimate partner violence perpetration from adolescence to young adulthood: trajectories and the role of familial factors. *J Fam Violence*. 2018;33(1):27-41. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1007/s10896-017-9924-5>
- (54) Espelage DL, Davis JP, Basile KC, Rostad WL, Leemis RW. Alcohol, prescription drug misuse, sexual violence, and dating violence among high school youth. *J Adolesc Health*. 2018;63(5):601-7. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.05.024>
- (55) Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, Faller S, Sordi A, Ornell F *et al*. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. *Cad Saude Publica*. 2017;33(6):1-13. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0102-311x00037517>
- (56) Valera IMA, Almeida EC, Baldissera VDA, Jaques AE, Bueno SMV. Atuação da equipe de enfermagem diante da violência infanto-juvenil. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2015;17(3):103-111. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a18v64n5.pdf>
- (57) Gaspar RS, Pereira MVL. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. *Cad Saude Pública*. 2018;34(11):1-10. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0102-311x00172617>
- (58) Fontes LFC, Conceição OC, Machado S. Childhood and adolescent sexual abuse, victim profile and its impacts on mental health. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(9):2919-28. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232017229.11042017>
- (59) Barros AS, Freitas MFQ. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: consequências e estratégias de prevenção com pais agressores. *Pensando Fam* 2015;19(2):102-14. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v19n2/v19n2a09.pdf>
- (60) Lima JS, Deslandes SF. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasi. *Saude Soc*. 2015;24(2):661-73. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200021>

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.

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 fe-

cha 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 Pubindex.

REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

La revista *Avances en Enfermería* y su contenido son propiedad de la Universidad Nacional de Colombia. Antes de remitir un documento, verifique que cumpla con las siguientes especificaciones:

- **Certificados de Cesión de Derechos y Originalidad:** los artículos deberán ser remitidos con una hoja de vida de los autores y una carta manifestando que los materiales para publicación son inéditos, es decir, originales, y que ceden todos los derechos patrimoniales del artículo a la Universidad Nacional de Colombia. Para esto, deben diligenciar los formatos en la lista de comprobación para la preparación de envíos, haciendo click en el siguiente enlace:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/about/submissions#authorGuidelines>

- El documento no debe excederse de las 5 000 palabras ni 25 páginas 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. El conteo de palabras para las diferentes tipologías de artículos no incluirá los metadatos del artículo ni las referencias.
- 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, ORCID, 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 reportes de caso, 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. Estos términos pueden obtenerse del DeCS (BI-REME) pero en caso de no estar registrados, se puede utilizar vocabulario libre. 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 esta 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 solo 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. Año;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. Edición (excepto la primera). Lugar de publicación (ciudad): Editorial; fecha de publicación; "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 conceição e ao desenho, aquisição de dados, análises e interpretação do estudo.
 - b) Redação ou revisão do conteúdo intelectual.
 - c) Aprovação da versão final.
- 2.3. A ordem da autoria deve ser uma decisão conjunta dos coautores.
 - 2.4. As pessoas que participem em um estudo, mas que não se ajustem aos critérios de autoria, devem aparecer como *colaboradores* ou *pessoas reconhecidas*.
 - 2.5. Há três tipos de autorias que se consideram inaceitáveis: autores *fantasma*, que contribuem substancialmente, mas não são reconhecidos —são frequentemente pagos por promotores comerciais—; autores *convidados*, que não fazem nenhuma contribuição discernível, mas que são nomeados para aumentar as possibilidades de publicação; e autorias *honorárias*, que se baseiam unicamente em uma afiliação tênue com um estudo.

Recomendações:

- 2.6. Antes de começar a pesquisa, recomenda-se documentar a função e a maneira como se reconhecerá a autoria de cada pesquisador.
- 2.7. Não se deve mentir acerca da participação de uma pessoa na pesquisa ou publicação. Se sua contribuição for considerada *substancial*, justifica-se a autoria, bem seja como *autor* ou como *colaborador*.
- 2.8. Não se deve atribuir uma autoria sem contar com o consentimento da pessoa.
- 2.9. Todas as pessoas nomeadas como autores devem reunir os requisitos de autoria e todos aqueles que reúnem os requisitos devem aparecer como autores ou colaboradores.
- 2.10. Alguns grupos colocam os autores por ordem alfabética, às vezes com uma nota para explicar que todos os autores fizeram contribuições iguais ao estudo e a publicação.

3. Mudanças na autoria

Critérios:

- 3.1. Faz referência à adição, supressão ou reorganização dos nomes de autor na autoria de um artigo aceito.
- 3.2. As petições de acrescentar ou eliminar um autor, ou para reorganizar os nomes dos autores, devem ser enviados pelo autor correspondente do artigo aceito e devem incluir:
 - a) A razão pela qual deve ser adicionado ou eliminado, ou os nomes dos autores reorganizados.
 - b) A confirmação por escrito (via *e-mail*) de todos os autores que concordam com a adição, supressão ou reorganização. No caso de adição ou eliminação dos autores, deve se incluir a confirmação de que o autor seja adicionado ou eliminado.

4. Conflito de interesses

Critérios:

- 4.1. Quando um pesquisador ou autor tiver alguma opinião, interesse financeiro/pessoal que puder afetar sua objetividade ou influir de maneira inapropriada em seus atos existe um possível *conflito de interesses*. Os conflitos podem ser reais ou potenciais.
- 4.2. Os conflitos de interesses mais evidentes se associam às relações financeiras, que podem ser:
 - a) *Diretas*: emprego, propriedade de ações, bolsas, patentes.
 - b) *Indiretas*: honorários, assessorias a organizações promotoras, propriedade de fundos de investimento, testemunho como especialista pago.
- 4.3. Os conflitos também podem existir como resultado de relações pessoais, a competência acadêmica e a paixão intelectual. Por exemplo, um pesquisador que tenha:
 - a) Algum tipo de interesse pessoal nos resultados da pesquisa.
 - b) Opiniões pessoais que estão em conflito direto com o tema que se estiver pesquisando.

Recomendações:

- 4.4. Revelar caso estiver em algum conflito real ou potencial de interesses que influa de forma inapropriada nos achados ou resultados do trabalho apresentado, dentro dos três anos de ter começado o trabalho apresentado, que poderiam influir indevidamente —enviesar— o trabalho.
- 4.5. Revelar o papel de um ou vários promotores do estudo —caso houverem—, no desenho de estudo, na recopilação, análise e interpretação dos dados, na redação do informe e na decisão de apresentar o documento para sua publicação.
- 4.6. Os pesquisadores não devem chegar a acordos que interfiram com seu acesso a todos os dados e sua capacidade de analisá-los de forma independente; também não de preparar e publicar os manuscritos.
- 4.7. Ao apresentar um documento, deve-se fazer uma declaração —com o cabeçalho “Papel que teve a fonte de financiamento”— em uma seção separada do texto e colocar-se antes da seção *Referências*.
- 4.8. Alguns dos exemplos de possíveis conflitos de interesses que devem ser revelados incluem empregos, consultoria, propriedade de ações, honorários, testemunho de perito remunerado, solicitações de patentes/registros e subvenções ou outros financiamentos.
- 4.9. Todas as fontes de apoio financeiro para o projeto devem ser reveladas.
- 4.10. Deve-se descrever o papel do patrocinador do estudo.

5. Publicação duplicada

Critérios:

- 5.1. Os autores têm o compromisso de comprovar que seu artigo seja baseado em uma pesquisa original, ou seja: nunca publicada com anterioridade. O envio ou reenvio internacional de seu trabalho a outra publicação, gerando uma duplicação, é considerada um incumprimento da ética editorial.
- 5.2. Produz-se uma publicação duplicada ou múltipla quando dois ou mais artigos, sem se fazer referências entre si, compartilham essencialmente as mesmas hipóteses, dados, pontos de discussão ou conclusões. Isto pode ocorrer em diferentes graus: duplicação literal, duplicação parcial, mas substancial ou inclusive duplicação mediante paráfraseio.

- 5.3. Um dos principais motivos pelos quais a publicação duplicada de pesquisas originais considera-se não ético é porque pode gerar uma *ponderação inadequada* ou uma *dupla recontagem involuntária* dos resultados de um estudo único, o que distorce as provas disponíveis.

Recomendações:

- 5.4. Os artigos enviados para sua publicação deverão ser originais e não deverão enviar-se a outra revista. No momento do envio, os autores deverão revelar os detalhes dos artigos relacionados —também quando estiverem em outro idioma—, artigos similares na imprensa e traduções.
- 5.5. Ainda que um artigo enviado esteja sendo revisado, é preciso indagar por seu estado, tomar a decisão de continuar ou não com o processo e caso decidirem retirá-lo, entrar em contato com outra revista só caso a primeira editorial não publicar o artigo.
- 5.6. Evite enviar um artigo previamente publicado em outra revista.
- 5.7. Evite enviar artigos que descrevam, essencialmente, a mesma pesquisa a mais de uma revista.
- 5.8. Indique sempre os envios anteriores —incluídas as apresentações de reuniões e a inclusão de resultados em registros— que pudessem considerar-se uma publicação duplicada.
- 5.9. Evite escrever sobre sua própria pesquisa em dois ou mais artigos, desde diferentes ângulos ou sobre diferentes aspectos da pesquisa, sem mencionar o artigo original.
- 5.10. Considera-se uma conduta não recomendável criar várias publicações a partir de pesquisas não multicêntricas.
- 5.11. Deseja-se enviar seu artigo a uma revista que se publique em um país diferente ou em um idioma diferente, solicite informação à editorial e as diretrizes que ao respeito possam existir.
- 5.12. No momento do envio, indique todos os detalhes de artigos relacionados em um idioma diferente e as traduções existentes.

6. Reconhecimento das fontes

Critérios:

- 6.1. Os autores devem citar as publicações que sejam influentes na determinação da natureza do trabalho apresentado.
- 6.2. A informação obtida de forma privada não deve ser usada sem permissão explícita da fonte.
- 6.3. A reutilização das tabelas e figuras requer da permissão do autor e da editorial, o que deve mencionar-se adequadamente na legenda da tabela ou da figura.
- 6.4. A informação obtida no transcurso de serviços confidenciais, como manuscritos para arbitragem ou solicitações de subvenção, não deve ser utilizada sem a permissão explícita e por escrito do autor da obra involucrada nestes serviços.

7. Fraude científica

Critérios:

- 7.1. A fraude na publicação científica refere-se à apresentação de dados ou conclusões falsos ou que não foram gerados através de um processo rigoroso de pesquisa.
- 7.2. Existem os seguintes tipos de fraude na publicação de resultados de pesquisa:
- Fabricação de dados: invenção de dados e resultados de pesquisa para depois comunicá-los.
 - Falsificação de dados: a manipulação de materiais de pesquisa, imagens, dados, equipe e processos. A falsificação inclui a modificação ou omissão de dados ou resultados de tal forma que a pesquisa não se representa de uma forma precisa. Uma pessoa poderia falsificar dados para adequá-la ao resultado final desejado de um estudo.

Recomendações:

- 7.3. Antes de realizar o primeiro envio de um artigo, leia cuidadosamente as políticas editoriais e de dados da revista.
- 7.4. Nunca modifique ou omita dados de forma intencional. Isto inclui materiais de pesquisa, métodos de análises, processos, aparelhos, tabelas, citações e referências bibliográficas.

- 7.5. Tanto a fabricação como a falsificação de dados são formas de conduta incorreta e grave, porque as duas resultam em publicações científicas que não refletem com precisão a verdade observada.
- 7.6. O autor deve fazer uma gestão adequada dos dados que suportam a pesquisa, levando especial cuidado na recopilação, produção, conservação, análises e comunicação dos dados.
- 7.7. Mantenha registros minuciosos dos dados em bruto ou não tratados, os que deverão ser acessíveis, caso um editor os solicitar, inclusive depois de publicado o artigo.
- 8.7. Mantenha um registro das fontes utilizadas ao pesquisar e onde foram usadas em seu artigo.
- 8.8. Certifique-se de reconhecer completamente e citar de forma adequada a fonte original em seu artigo.
- 8.9. Quando faça referência à fonte, evite utilizar o trabalho de outras pessoas palavra por palavra, exceto que o faça entre aspas e só se é estritamente necessário.
- 8.10. O parafraseado só se aceita se indicar-se corretamente a fonte e se garante de não mudar o significado da intenção da fonte.

8. Plágio

Critérios:

- 8.1. O plágio é uma das maneiras mais comuns de conduta incorreta nas publicações. Acontece quando um dos autores faz passar como próprio o trabalho de outros sem a permissão, menção ou reconhecimento. O plágio se apresenta sob formas diferentes, desde a cópia literal até o parafraseado do trabalho de outra pessoa, incluindo dados, ideais, conceitos, palavras e frases.
- 8.2. O plágio tem diferentes graus de gravidade, por exemplo:
 - a) Que quantidade do trabalho de outra pessoa se tomou —várias linhas, parágrafos, páginas, o artigo inteiro—.
 - b) Que é o que foi copiado —resultados, métodos ou seção de introdução—.
- 8.3. O plágio em todas suas formas constitui uma conduta não ética no âmbito editorial e acadêmico, o que é inaceitável.
- 8.4. A cópia literal só é aceitável se indica-se a fonte e inclui o texto copiado com os signos de citação adequados.

Recomendações:

- 8.5. Lembre-se sempre que é essencial reconhecer o trabalho de outros —incluindo o trabalho de seu assessor ou seu trabalho prévio— como parte do processo.
- 8.6. Não reproduza um trabalho palavra por palavra, em sua totalidade ou em parte, sem autorização e menção da fonte original.

- 8.11. Inclua entre aspas e cite todo o conteúdo que tenha tomado de uma fonte publicada anteriormente, inclusive se o estiver dizendo com suas próprias palavras.

9. Fragmentação

Critérios:

- 9.1. A *fragmentação* consiste em dividir ou segmentar um estudo grande em duas ou mais publicações.
- 9.2. Considera-se uma prática inaceitável que os *fragmentos* de um estudo dividido compartilhem as mesmas hipóteses, amostra e métodos.
- 9.3. O mesmo *fragmento* não se deve publicar mais de uma vez. O motivo é que a fragmentação pode dar lugar a uma distorção da literatura, fazendo crer equivocadamente aos leitores que os dados apresentados em cada *fragmento* —ou seja: *cada artigo*— derivam-se de uma amostra de sujeitos diferentes. Isto não somente envia a base de dados científica, senão que também cria uma repetição ambígua aos editores e revisores, que devem ocupar-se de cada trabalho por separado. Além disso, permite que se infle o número de referências onde aparece citado o autor.

Recomendações

- 9.4. Evite fracionar inapropriadamente os dados de um só estudo em dois ou mais trabalhos.
- 9.5. Quando apresentar um trabalho, seja transparente no processo. Isto inclui manuscritos publicados, enviados recentemente ou já aceitados.

10. Consentimento informado

- 10.1. Os estudos sobre pacientes ou voluntários requerem a aprovação de um comitê de ética.
- 10.2. O consentimento informado deve estar devidamente documentado.
- 10.3. As permissões e as liberações devem ser obtidas quando um autor deseje incluir detalhes de caso ou outra informação pessoal, ou imagens dos pacientes e qualquer outra pessoa.
- 10.4. Deve se levar cuidado com a obtenção do consentimento respeito aos participantes, em particular com a população vulnerável. Por exemplo: quando uma criança tem necessidades especiais ou problemas de aprendizagem. Deve lembrar-se que o uso de fotografias dos participantes ou declarações explícitas — partes de entrevistas — devem contar com a autorização por escrito dos envolvidos ou seus responsáveis legais.

11. Correção de artigos publicados

Critério:

- 11.1. Quando um autor descobre um erro ou uma inexactidão significativa no trabalho publicado, é obrigação do autor notificar imediatamente à revista e cooperar no processo de correção.

Bibliografia

Black W, Russo R, Turton D. The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes. *Physics Letters*. 2010; 694(3); 246-51.

Elsevier. "Autoría. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. http://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0010/183394/ETHICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf.

———. "Conflicto de intereses. Ethics in research & publication". Accedido 28 de abril de 2017. https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_COI02_ES_2015.pdf

———. "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". Accedido 28 de abril de 2017. https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_SSUB02_ES_2015.pdf

———. Elsevier. "Autoría". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_AUTH02_ES_2015.pdf

———. "Ethics in Research & Publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Brochure_Ethics_2_web.pdf

———. "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_SSUB02_ES_2015.pdf

———. "Ethics. Conducting research". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>

———. "Ethics. Writing an article". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>

———. "Fraude en investigación. Ethics in research & publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_RF02_ES_2015.pdf

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

A revista *Avances en Enfermería* da Universidad Nacional de Colombia é publicada cada quatro meses e recebe artigos em espanhol, português e inglês. Se quiser enviar artigos para publicação, deve levar em conta os aspectos relativos ao processo:

TIPOS DE ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO (SEGUNDO COLCIENCIAS)

1. Artigo de pesquisa científica e tecnológica. Documento original que apresenta detalhadamente os resultados originais de projetos de pesquisa. A estrutura geralmente utilizada inclui quatro partes fundamentais: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusões. Número mínimo de referências: 25.

2. Artigo de reflexão. Documento que apresenta resultados de pesquisa desde uma perspectiva analítica, interpretativa ou crítica do autor, sobre uma questão específica, utilizando fontes originais. Número mínimo de referências: 25.

3. Artigo de revisão. Documento que decorre de uma pesquisa onde se analisam, sistematizam e integram resultados de pesquisas publicadas ou não publicadas, sobre um campo científico ou tecnológico, visando informar sobre os avanços e as tendências de desenvolvimento nesse campo. A característica principal consiste em apresentar uma cuidadosa revisão bibliográfica de pelo menos 60 referências.

Outras contribuições não derivadas de pesquisas

1. Editorial. Documento escrito pelo/a Editor/a Chefe, um/a Editor/a, um membro do Comitê Editorial ou um/a pesquisador/a convidado/a, sobre orientações dentro do campo temático da revista.

2. Documento de reflexão não derivado de pesquisa. Documento tipo ensaio não decorrente de pesquisa, emprega a perspectiva analítica interpretativa ou crítica do autor sobre um tema específico a partir de fontes originais. Número mínimo de referências: 25.

3. Relatório de caso (Situações de enfermagem). Documento que apresenta os resultados de um levantamento sobre uma situação especial a fim de dar a conhecer as experiências técnicas e metodológicas consideradas para um caso específico. Inclui uma revisão sistemática comentada da literatura sobre casos análogos. Número mínimo de referências: 15.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS ARTIGOS

O material que for colocado para apreciação do Comitê Editorial deve obedecer aos seguintes critérios:

1. Clareza e precisão na redação: A redação do documento deve ser coerente como conteúdo e clara para o leitor.

2. Originalidade: O documento deve ser original, isto é, produzido diretamente por seu autor, sem imitação de outros documentos.

3. Objetividade e validade: As afirmações devem estar baseadas em dados e informação válida.

4. Importância e contribuições ao conhecimento: O documento faz contribuições interessantes para modernizar o tema objeto de pesquisa.

INFORMAÇÃO DO AUTOR

Os artigos devem ser enviados por meio do sistema ojs (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 a 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 PRESENTAÇÃO 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 devem 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 tamanho carta, deve estar escrito em letra Times New Roman tamanho 12, espaçamento duplo, com margens de 2,5 nos quatro lados. No caso de artigos de revisão, não deverá exceder

as 7 000 palavras nem as 30 páginas. A contagem de palavras para as diferentes tipologias de artigos não incluirá os metadatos do artigo nem as referências.

- 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, ORCID, 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 relatos de caso, 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. Esses termos podem ser obtidos no DeCS (BIREME), mas caso não estiver registrado, poderá usar o vocabulário livre. Consultar: <http://decs.bvs.br>

Atenção: O documento NÃO deve apontar os nomes comerciais de medicamentos, equipamentos ou materiais, a menos que seja absolutamente necessário.

Subvenções e subsídios

Se o trabalho for o resultado de uma pesquisa deverá incluir o nome da pesquisa original. Para o caso das pesquisas que tiveram patrocínio ou financiamento de instituições, deve-se incluir esta informação.

DIRETRIZES GERAIS PARA A ESTRUTURAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE ARTIGOS ORIGINAIS (FORMATO IMRD)

1. Introdução: Nesta seção, o autor deve incluir o problema, o objetivo ou o propósito do estudo e a argumentação lógica.

2. Materiais e Métodos: Inclui o tipo de estudo, o fenômeno estudado, as medidas, as análises de dados e o processo de seleção da população do estudo, especificando o tempo e lugar. Além disso, deve incluir instrumentos utilizados, os métodos de análise utilizados. Se for o caso, os aspectos éticos abordados no estudo e aprovação do Comitê de Ética pertinente.

3. Resultados: Devem ser apresentados de uma forma lógica, com as diretrizes do propósito e com as respostas à pergunta de estudo. Deve conter os dados e as análises dos mesmos. Caso forem usadas tabelas, quadros, gráficos e imagens, devem ser numerados de acordo com a ordem como foram citadas no texto, conter o respetivo título, que deve ser breve e claro devendo aparecer a fonte de informação. Além disso, os gráficos, diagramas, imagens, desenhos lineares, mapas e fotografias, deverão apresentar-se no programa original que usou-se para elaborá-las (*Excel, Word, Power Point, Paint, etc.*).

4. Discussão: Nesta se dará destaque às considerações novas e mais importantes da pesquisa, além das conclusões que dela surjam. Deverá dar conta das interpretações do autor e das explicações em relação com suas hipóteses originais e com as fontes bibliográficas estudadas, as que deverão ser consistentes com a pesquisa. Poderá se incluir as implicações para a prática clínica e as recomendações para futuros estudos.

5. Referências: A revista *Avances en Enfermería* segue as orientações sobre referências bibliográficas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, pelo que se exige que o escrito se complemente estritamente com as *Normas Vancouver*. Veja: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

De acordo com os requerimentos de indexação acerca da vigência e qualidade da bibliografia, na lista de referências só se aceitará 20% da denominada "Literatura Cinza" (livros, capítulos de livros, teses, dissertações, memorias, guias, informes, reportes, manuais, dados estatísticos, leis, autocitações, citações de outras citações etc.), é dizer: todas aquelas referências que não sejam de artigos de pesquisa publicados

em revistas indexadas. Outrossim, é necessário que as referências de revistas indexadas sejam de artigos de não mais de 5 anos de publicação. O manuscrito enviado deverá ter o número mínimo de referências exigido pela revista, conforme a seção (tipo de artigo) na que esteja incluído. A Equipe de Redação fará um exaustivo seguimento desses requerimentos, resultado que determinará se o manuscrito continua o processo, se é necessário realizar ajustes de referências ou inclusive, se deve ser rejeitado.

As referências bibliográficas deverão numerar-se consecutivamente entre parêntese e em tamanho normal, de acordo à ordem de aparição das citas no texto. A continuação se apresentam exemplos da forma de apresentação dos documentos e referências respetivas:

- *Artigo de revista*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título do artigo. Abreviatura internacional do título do periódico. Ano; volume(número);página inicial-final. Quando o artigo tiver mais de seis autores as palavras *et al.* serão escritas após o sexto autor.
- *Livros e monografias*: Sobrenome, duas iniciais dos nomes dos autores. Título. Edição. Local de publicação (cidade): editora; ano.
- *Capítulo de livro*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do capítulo. Título do capítulo. Palavra "Em": sobrenome e duas iniciais dos nomes do diretor/coordenador/editor/compilador do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação (cidade): editora; ano. Página inicial-final do capítulo.
- *Palestras*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do trabalho. Título da palestra. Palavra "Em": título oficial do congresso, simpósio ou seminário. Local de publicação (cidade): editora; ano. Página inicial-final da palestra.
- *Artigo de revista on-line*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do artigo. Título do artigo. Título abreviado do periódico. Ano;volume(número);página inicial-final. "Disponível em: (URL/DOI)"
- *Livro ou monografia on-line*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título. Edição. Local de publicação (cidade): editora; data de publicação "Disponível em: (URL/DOI)"
- *Material audiovisual*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título (CD-ROM, DVD, disco, segundo o caso) Edição. Local de edição (cidade): editora; ano.
- *Documentos legais*: Nome completo do país de emissão. Nome da instituição que emite a lei. Título da lei ou decreto, nome/número do diário oficial, data de publicação.
- *Tese de mestrado-doutorado*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título da tese [tese de mestrado/doutorado]. Local de publicação (cidade): editora; ano.
- *Material inédito*: refere-se a artigos aceitos, mas ainda não publicados. O formato é: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título. Nome da publicação. "Na imprensa". Data.

Editorial policy

ETHICS IN SCIENTIFIC PUBLICATION

The journal *Avances en Enfermería* stipulates the following principles and recommendations concerning ethics in scientific articles publication:

1. General principles

- 1.1. Manuscripts should include enough details and references that the article may be replied or refuted.
- 1.2. Fraudulent or deliberately inaccurate statements constitute an anti-ethical behaviour.
- 1.3. If research includes chemical products, procedures, or equipment involving any unusual risk inherent in their use, authors must identify them clearly in the main part of the article.
- 1.4. If research implies the use of animal or human beings, authors should make sure that the article contains an explicit statement declaring that all the procedures were carried out in conformity both with the guidelines and ethical regulations.
- 1.5. Rights to privacy of human beings should be respected.

2. Authorship

Principles:

- 2.1. An *author* is the person who has made significant intellectual contribution to the investigation. Thus, anyone mentioned as *author* should fulfil all the requirements of authorship; and, in accordance, anyone who fulfils those requirements should be explicitly mentioned as author.
- 2.2. Authors should satisfy completely three basic requirements to be recognized as such:

- a) Considerable contribution to the conception and design; data collection; and the analysis and interpretation of research.
- b) Drawing-up or checking of the intellectual content.
- c) Approval of the final version.

- 2.3. Authorship's arrangement should be a joint decision of co-authors.
- 2.4. Those people who, taking part in the research, do not satisfy the requirements of authorship, should be mentioned as *contributors* or *acknowledged persons*.
- 2.5. There are three unacceptable kinds of authorship: *ghost* authors who do contribute substantially to the investigation, but are not recognized—they are usually paid by commercial developers—; *guest* authors who do not noticeably contribute to the investigation, but are mentioned in order to increase the possibilities of the article to be published; and the *ad honorem* authorships, based only in a slight affiliation to the study.

Recommendations:

- 2.6. Before the beginning of the investigation, it is recommended to document the functions of each investigator and how their authorship will be recognized.
- 2.7. There should be no lies about someone's participation in the investigation or publication. If his/her contribution is deemed as *substantial*, then the authorship is justified, whether as *author* or as *contributor*.
- 2.8. No authorship should be assigned without the approval of the person involved.
- 2.9. Anyone mentioned as author should fulfil all the requirements of authorship, and all who meet those requirements should be mentioned as *authors* or *contributors*.

- 2.10. A number of teams present their authors in alphabetical order, in some cases with an explanatory note declaring that all authors contributed equally both to the investigation and to the publication.

3. Modifications in authorship

Principles:

- 3.1. It refers to the addition, suppression, or rearrangement of authors' name in the authorship of an admitted article.
- 3.2. Requests demanding addition or suppression of authors, or the rearrangement of authors' names, should be sent by the respective author of the admitted article, and should include:
- The causes justifying the addition or suppression, or the rearrangement of the authors' names.
 - Confirmation in writing (by e-mail) of all authors agreeing with the addition, suppression or rearrangement. If authors' addition or suppression is required, it must be attached same author's confirmation of his/her addition or suppression.

4. Conflict of interests

Principles:

- 4.1. There is possible conflict of interests if an investigator or author has opinions or personal/financial interests that may affect his/her objectivity, or influence inappropriately his/her actions. These conflicts may be real or potential.
- 4.2. The more evident conflicts of interests are associated with financial relationships, which may be:
- Direct*: employment, stocks ownership, scholarships and patents.
 - Indirect*: fees, consultancy to development companies, investment funds' ownership, paid expert witness.
- 4.3. Conflicts could also emerge as result of personal relationships, academic rivalry, and intellectual passion. For instance, an investigator who has:
- Any kind of personal interest in investigation's results.

- Personal opinions in direct conflict with the subject under research.

Recommendations:

- 4.4. Reveal if there exists any real or potential conflict of interests that may influence inappropriately (slant) the work, by influencing improperly in the findings or results of research, in a three-year period since the beginning of the submitted work.
- 4.5. Reveal the role played by one or more promoters of the study —if any—, in the design of study; in gathering, analysis and interpretation of data; in report's drawing-up; and in the decision to submit the article to be published.
- 4.6. Investigators should not agree on terms interfering with their access to all data; with their capacity to analyse them independently; or with the manuscript's preparation or publication.
- 4.7. When submitting a document, there should be an explicit statement —under the heading "Role of the funding source"— in an independent section of the text and placed before the section of references.
- 4.8. Some instances of possible conflicts of interest that must be revealed may be: employment, consultancy, stocks ownership, fees, paid expert witness, patents/registry applications, and requests to subvention or another funding source.
- 4.9. Every funding source of the project must be revealed.
- 4.10. The role of the project sponsor should be described.

5. Duplicate publication

Principles:

- 5.1. Authors are obliged to prove their article to be based in original research, i.e., to have been not previously published. Intentional sending or re-sending of your work to another journal, thereby generating duplication, is considered a breach of editorial ethics.
- 5.2. Duplicate or multiple publications occur when two or more articles, without mutually referencing each other, share essentially the same hypothesis, data, discussion points, or conclusions. This may occur in different degrees: word-for-word duplication; partial but substantial; or even duplication by paraphrase.

- 5.3. Among the principal reasons why duplicate publication of original researches is considered non-ethical, is that it may allow *inadequate weighting* or *involuntary double recount* of results of a single research, thereby distorting available evidence.

Recommendations:

- 5.4. Articles submitted for publication should be originals and should not be submitted to another journal. When submitting, authors should reveal details of articles relating to theirs—even in another language—, similar articles in press and translations.
- 5.5. Both authors and editors should have continual communication about the state of articles under review; if authors decide to give up the process and withdraw the article, they are obliged to notify the journal about it, before come in contact with another journal.
- 5.6. Avoid submitting articles previously published in another journal.
- 5.7. Avoid submitting to more than one journal articles that describe essentially the same research.
- 5.8. Always indicate previous submissions of the article—including presentation in meetings and inclusion of results in registries—that may be deemed as duplicate publication.
- 5.9. Avoid writing in two or more articles about your own research from different angles, or about different aspects of the research, without mentioning the original article.
- 5.10. Creating several publications about no-multicentre investigations is considered as not recommended behaviour.
- 5.11. If you wish to submit your articles to a journal published in another country or in another language, please ask for information and guidelines about it to the publishing company.
- 5.12. At the time of submission, indicate every detail about articles relating to yours in a different language, and all current translations.

6. Recognition of sources

Principles:

- 6.1. Authors should reference publications that have been influential in the determination of the nature of the submitted article.
- 6.2. Information obtained privately should not be used without explicit permission in writing of the source.
- 6.3. Reuse of tables or figures requires permission of the authors and the publishing company that should be adequately indicated in the legend of the table or figure.
- 6.4. Information obtained in the course of confidential services—e.g. manuscripts of peer review or subvention requests— should not be used without explicit permission in writing of the author of the work involved in those services.

7. Scientific fraud

Principles:

- 7.1. Fraud in scientific publication makes reference to the presentation of false data or results as well as data or results not generated through rigorous investigation process.
- 7.2. Following are the kinds of fraud in publication of investigation results:
- a) Fabrication of data: invention of data and investigation results in order to be published.
 - b) Falsification of data: manipulation of investigation materials, images, data, equipment or processes. Forgery includes modification or omission of data or results, so that the investigation is not properly represented. Someone may falsify data to adequate them to the final desired result.

Recommendations:

- 7.3. Before the first submission of an article, read carefully journal's editorial and data policies.
- 7.4. Never modify or omit data intentionally. This includes investigation materials, analysis methods, processes, equipment, tables, references, and bibliographic references.

- 7.5. Both fabrication and falsification of data are serious forms of misbehaviour, because both of them result in scientific publications not reflecting precisely the observed truth.
- 7.6. Authors should adequately manage data that support investigation, with special care in data collecting, production, keeping, analysis and communication.
- 7.7. Keep thorough records of raw data, which should be accessible in case editors request them even before article's publication.
- 8.7. Keep a record of sources used during investigation, and where did you use them in the article.
- 8.8. Make sure that the original source is entirely acknowledged and adequately referenced in your article.
- 8.9. When referencing the source, avoid using another people's work word-for-word unless you enclose it in quotes and only in case of strict necessity.
- 8.10. Only if the source is correctly indicated and if you make sure of not altering the significance of the source's intention would the paraphrase be acceptable.

8. Plagiarism

Principles:

- 8.1. Plagiarism is one of the more common ways of misconduct in publishing. It occurs when one of authors passes other people's work off as his own, without permission, mention or acknowledgment. Plagiarism appears under different ways, from word-for-word copy to paraphrase of other people's work, including data, ideas, concepts, words or sentences.
- 8.2. Plagiarism has different levels of seriousness, for instance:
 - a) The amount of work taken from another person's work: several lines, paragraphs, pages, the entire article.
 - b) What was copied: results, methods or introductory section.
- 8.3. Plagiarism in all its forms constitutes an unacceptable non-ethical conduct in editorial and academic spheres.
- 8.4. Word-for-word copy is acceptable only if the source is indicated and the copied text included with adequate marks of citation.

Recommendations:

- 8.5. Always remember that it is essential to recognise other people's work—including your adviser's work, or your own previous work—as part of the process.
- 8.6. Do not reproduce any work word-for-word, either partially or entirely, without permission or mention of the original source.

- 8.11. Enclose in quotes and reference all contents taken from a previously published source, even if you are stating them with your own words.

9. Fragmentation

Principles:

- 9.1. *Fragmentation* consists in dividing or segmenting a big research in two or more publications.
- 9.2. It is considered an unacceptable conduct that *fragments* of a divided research share the same hypothesis, sample and methods.
- 9.3. The same *fragment* should not be published more than one time, since fragmentation may allow distortion in literature, and may have readers believe that data presented in each *fragment* (i.e., each *article*) are derived from a different sample of subjects.

Recommendations:

- 9.4. Avoid fragmenting inappropriately the data of just one research in two or more works.
- 9.5. When submitting a work, be transparent during the process. Send copies of other manuscripts closely relating to the manuscript involved.

10. Informed consent

Principles:

- 10.1. Research on patients or volunteers should be approved by an ethics committee.
- 10.2. Informed consent should be appropriately documented.

10.3. Permissions and releasing should be obtained when authors wish to include case details or any other personal images or information of patients or anyone else.

10.4. When obtaining informed consent, care should be taken regarding participants, especially vulnerable people. For instance, children with special needs or learning disabilities. It must be recalled that the use of photographs or explicit declarations of patients (parts of an interview) should have authorization in writing of those involved or their legal representatives.

11. Correction of published articles

Principles:

11.1. When authors detect mistakes or relevant inaccuracies in the published work, they are obliged to notify immediately the journal and to cooperate in the process of correction.

Bibliography

Black W, Russo R, Turton D. The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes. *Physics Letters*. 2010; 694(3); 246-51.

Elsevier. "Autoría. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. Disponible en: http://www.elsevier.com/___data/assets/pdf_file/0010/183394/ETHICS_ES_AUTH01a_updatedURL.pdf.

———. "Conflicto de intereses. Ethics in research & publication". Accedido 28 de abril de 2017. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_COI02_ES_2015.pdf

———. "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". Accedido 28 de abril de 2017. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_SSUB02_ES_2015.pdf

———. Elsevier. "Autoría". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_AUTH02_ES_2015.pdf

———. "Ethics in Research & Publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Brochure_Ethics_2_web.pdf

———. "Envío simultáneo/múltiple, publicación duplicada. Ethics in research & publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_SSUB02_ES_2015.pdf

———. "Ethics. Conducting research". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#conducting-research>

———. "Ethics. Writing an article". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics#writing-an-article>

———. "Fraude en investigación. Ethics in research & publication". [acceso: 22/05/2017]. Disponible en: https://www.publishingcampus.elsevier.com/websites/elsevier_publishingcampus/files/Guides/Quick_guide_RF02_ES_2015.pdf

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

The journal *Avances en Enfermería*, of the Universidad Nacional de Colombia, is published thrice a year and receives articles written in Spanish, Portuguese and English. When sending articles to publication, please consider the following features about the process:

ARTICLES TYPES TO PUBLICATION (ACCORDING TO COLCIENCIAS)

1. **Scientific and technological research article.** Original manuscript that presents in detail the original results of research projects. The structure generally used contains four important sections: Introduction, Materials and Methods, Results, and Discussion. Minimum of bibliographic references required: 25.

2. **Reflection article.** Document that presents research results from the author's analytic, interpretative or critical perspective on a specific subject, resorting to original sources. Minimum of bibliographic references required: 25.

3. **Literature review article.** Document that results from investigation in which the results of published or unpublished investigations are analyzed, systematized and integrated on a field of science or technology in order to report on advancement and development trends. Its main characteristic is to present a careful bibliographic review of at least 60 references.

Other contributions not derived from researches

1. **Editorial.** Document written by the Chief Editor, an Associated Editor, a member of the Editorial Committee or a guest researcher, about orientations in the subject domain of the journal.

2. **Reflection document not derived from investigation.** Manuscript like essay not resulting from a research. It applies interpretative analytic perspective or

critics of the author on a specific topic based on original sources. Minimum of bibliographic references required: 25.

3. **Case report (Nursing situations).** Document that presents the results of a study regarding a particular situation in order to show technical and methodological experiences considered in a specific case. It includes a commented systematic review of the literature on analogue cases. Minimum of bibliographic references required: 15.

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 publication. 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. 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. In the case of review articles, it should not exceed 7000 words or 30 pages. Word count for different article types will not include article metadata or references.

— 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, ORCID, 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, case report, 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. These terms can be obtained from DeCS (BIREME) but if they are not registered, free vocabulary can be used. Website at: <http://decs.bvs.br>

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. Year;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. Edition. Place of publication (city): publisher; year of publication. "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.

