

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 Canoels  
DIRECTORA DEL ÁREA CURRICULAR DE SALUD DE COLECTIVOS

Sandra Liliana Rojas  
DELEGADA DEL CONSEJO SUPERIOR UNIVERSITARIO

Fred Gustavo Manrique Abril  
REPRESENTANTE PROFESORAL

Diana Valentina Jiménez Gómez  
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL DE PREGRADO

Lorena Chaparro Diaz  
SECRETARÍA DE FACULTAD

#### COMITÉ EDITORIAL

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

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

Taka Oguisso, Ph.D.  
Universidade de São Paulo, Brasil

Olivia Sanhueza Alvarado, Ph.D.  
Universidad de Concepción, Chile

María Guadalupe Moreno Monsiváis, Ph.D.  
Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Francisco Carlos Felix Lana, Ph.D.  
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Gilberto Tadeu Reis da Silva, Ph.D.  
Universidade Federal Da Bahia, Brasil

#### 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

Velia Margarita Cárdenas Villarreal, Ph.D.  
Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Ricardo A. Ayala Valenzuela, Ph.D.  
Ghent University, Bélgica

#### 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 (PUBINDEX), 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

- Dra. Ángela María Henao Castaño**  
Universidad Nacional de Colombia, Colombia
- Mg. Eduardo Tavares Gomes**  
Universidade de São Paulo, Brasil
- Mg. Amparo Astrid Montalvo Prieto**  
Universidad de Cartagena, Colombia
- Dra. Stefanie Oliveira**  
Universidade Federal de Pelotas, Brasil
- Dra. Aline Oliveira Silveira**  
Universidade de Brasília, Brasil
- Esp. Liniker Scolfield Rodrigues da Silva**  
Universidade de Pernambuco, Brasil
- Dra. Francisca Marta de Lima Costa Souza**  
Secretaria Municipal de Saúde, Brasil
- Dr. Juan Carlos Restrepo Medrano**  
Universidad de Antioquia, Colombia
- Dra. Jéssica Dantas de Sá Tinôco**  
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte,  
Brasil
- Mg. Andressa Fernanda Silva**  
Universidade de São Paulo, Brasil
- Mg. Liliana Antonioli**  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
- Dra. Carmen Gamarra**  
Universidad Federal de Integración  
Latinoamericana, Brasil
- Dr. Jorge Luiz Lima da Silva**  
Universidade Federal Fluminense, Brasil
- Profa. María Elena Angel**  
Universidad Nacional de Tucumán, Argentina
- Dra. Janaina Francisco de Paula**  
Universidade Federal do Piauí, Brasil
- Dra. Fernanda Guimarães**  
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil
- Dra. Angela María Alvarez**  
Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil
- Mg. Dianne Sofia González Escobar**  
Universidad Francisco de Paula Santander,  
Colombia
- Mg. Blanca Loayza Enriquez**  
Hospital Regional Lambayeque, España
- Dra. Lúcia Amante**  
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
- Mg. Vilma Tamara Ortiz Nievas**  
Universidad Mariana, Colombia
- Dr. René Mauricio Barría Pailaquilén**  
Universidad Austral de Chile, Chile
- Dra. Rejane Marie Barbosa Davim**  
Universidade Federal do Rio Grande Do Norte,  
Brasil

### *Avances en Enfermería*

doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm>

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/index>

e-mail: [revavenf\\_febog@unal.edu.co](mailto:revavenf_febog@unal.edu.co)

Volumen xxxviii n.º 1 enero - abril 2020

ISSN (impreso): 0121-4500

ISSN (en línea): 2346-0261 av.enferm

© Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Diseño de carátula: Edgar Alexander Trillos Calvo

Corrección de estilo: Viviana Zuluaga

Diagramación: Diana Carolina Castro C.

# Contenido

- EDITORIAL
- 7 **Calidad en educación superior y acreditación de alta calidad: contextualización**  
Olga Marina Vega Angarita
- ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN
- 9 **Toma de decisiones para el manejo de los síntomas de falla cardíaca: protocolo de intervención**  
Tomada de decisões para o gerenciamento dos sintomas de insuficiência cardíaca: protocolo de intervenção  
Decision-making for managing heart failure symptoms: intervention protocol  
Eugenia del Pilar Herrera Guerra, Viviana Marycel Céspedes Cuevas
- 18 **Efecto de una intervención de soporte social en cuidadores de personas con enfermedad crónica**  
Efeito de uma intervenção de apoio social em cuidadores de pessoas com doença crônica  
Effect of a social support intervention on caregivers of people with chronic disease  
Lorena Chaparro-Díaz, Sonia Patricia Carreño-Moreno, Gloria Mabel Carrillo-González, Olga Janneth Gómez-Ramírez
- 28 **Validação de cartilha sobre cateterização intravenosa periférica para famílias**  
Validación de cartilla sobre cateterización intravenosa periférica para familias  
Validation of booklet on peripheral intravenous catheterization for families  
Cleonara Sousa Gomes e Silva, Luciano Marques dos Santos, Manuela de Jesus Souza, Sílvia da Silva Santos Passos, Silvone Santa Barbara da Silva Santos
- 37 **Índice de capacidad de trabajo en enfermeras en atención primaria de salud, Lima-Perú**  
Índice de capacidade de trabalho em enfermeiras no atendimento primário de saúde, Lima-Peru  
Work capacity index in nurses in primary health care, Lima-Perú  
Johana Valeryn Rúa Salinas, Jessica Jushara Grados Lopez, Eva Verónica Chanamé Ampuero
- 46 **Hospitalizações infantis por condições sensíveis à atenção primária em cidade brasileira**  
Hospitalizaciones infantiles por afecciones asociadas a la atención primaria en ciudad brasileña  
Children's hospitalizations for conditions associated with primary care in brazilian city  
Jackeline Vieira Amaral, Augusto Cezar Antunes de Araújo Filho, Silvana Santiago da Rocha
- 55 **Melhoria da qualidade do cuidado à hipertensão gestacional em terapia intensiva**  
Mejoramiento de la calidad del cuidado a la hipertensión gestacional en terapia intensiva  
Improvement of the quality of care for gestational hypertension in intensive care  
Érico de Lima Vale, Luzia Clara Cunha de Menezes, Isaac Newton Machado Bezerra, Everton Souza Frutuoso, Zenewton André da Silva Gama, Vivianni Barros Wanderley, Grasiela Piuvezam
- 66 **Mortalidade por suicídio no Espírito Santo, Brasil: análise do período de 2012 a 2016**  
Mortalidad por suicidio en Espírito Santo, Brasil: análisis del periodo de 2012 a 2016  
Suicide mortality in Espírito Santo, Brazil: analysis for the period 2012 to 2016  
Fabio Lucio Tavares, Vinicius Marti Pedroni Borgo, Franciele Marabotti Costa Leite, Edleusa Gomes Ferreira Cupertino, Jacira dos Anjos Pereira, Rodrigo Nascimento Ribeiro Alves, Mauro Rosa

77 **Gestante com esclerose múltipla: reflexão fenomenológica da mulher sobre o parto**

Gestante con esclerosis múltiple: reflexión fenomenológica de la mujer sobre el parto

Pregnancy in multiple sclerosis: a phenomenological reflection of a woman regarding labor

Adriano da Costa Belarmino, Leonara Jesuana Martins Azevedo, Ana Karoline Marques Teixeira, Bruna Aparecida Teixeira Sousa, Larissa Cunha Alves, Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

REPORTE DE CASO

87 **Abordaje de enfermería basado en el modelo de Peplau sobre el control de impulsos ineficaz**

Abordagem de enfermagem baseado no modelo de Peplau sobre o controle de impulsos ineficaz

A nursing approach based on Peplau's model on ineffective impulse control

Daniel Martínez Esquivel

95 **Reflexionar sobre el sufrimiento mental, acerca al cuidado genuino: situación de cuidado**

Refletir sobre o sofrimento mental, aproxima ao cuidado genuíno: situação de cuidado

Reflecting on mental suffering, approach to genuine care: care situation

Ladini Sunanda Hernández Bello, Zuleima Cogollo Milanés

# Calidad en educación superior y acreditación de alta calidad: contextualización

<sup>1</sup> Olga Marina Vega Angarita

Universidad Francisco de Paula Santander, Programa de Enfermería (Santander, Cúcuta, Colombia).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5525-0088>

Correo electrónico: [olgavega@ufps.edu.co](mailto:olgavega@ufps.edu.co)

Cómo citar: Vega Angarita O. Calidad en educación superior y acreditación de alta calidad: contextualización. Av Enferm, 2020. 38(1): 7-8.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.83875>

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.83875>

La calidad educativa es un elemento esencial de las actuales situaciones políticas, sociales, económicas y culturales que se experimentan en el mundo; su búsqueda se ha convertido en paradigma de desarrollo de un país, lo cual constituye un tema central en la agenda de desarrollo de los gobiernos, directivas, consejos y responsables de la política pública de educación.

En el ámbito de la educación superior la calidad educativa no solo es un referente del *saber-hacer-ser*, sino una impronta institucional: garante del futuro profesional que entrega a la sociedad y organizaciones empresariales. Diferentes escenarios (congresos, seminarios, foros) han convocado a los actores académicos, sectoriales y sociales, entre otros, a expresar sus preocupaciones por la situación de la educación, y al mismo tiempo, procurar asumir una postura activa en los procesos de formación desde las bases hasta niveles profesionales.

El tema de la calidad también se inscribe en las políticas educativas de diversos países de América Latina (1). El Estado colombiano para la educación superior, en su marco regulatorio contenido en la ley 30 de 1992, crea el Sistema Nacional de Acreditación para las instituciones de educación superior (IES) y cuenta con el Consejo Nacional de Acreditación (CNA), que evalúa el sistema voluntario de "acreditación de alta calidad" que depende del Consejo Nacional de Educación Superior (CESU), organismo con funciones de planificación y coordinación que brinda asesoría y hace recomendaciones al Ministerio de Educación Nacional sobre

gestión, desarrollo y aseguramiento de calidad de la educación superior.

Al hablar de calidad de la educación superior se abre un portafolio de conceptos y términos que han sido examinados en diferentes publicaciones, existiendo múltiples significados de calidad con base en sus dimensiones, modelos y ámbitos para evaluarla. Un importante referente de calidad que adoptan las IES en Colombia es el que plantea el CNA (2):

Un atributo del servicio público de la educación en general, y en particular, de acuerdo al modo como ese servicio se presta según el tipo de institución de que se trate. La calidad, así entendida, supone el esfuerzo continuo de las instituciones por cumplir en forma responsable con las exigencias propias de cada una de las funciones básicas: la investigación, la docencia y la proyección social (2, p.11).

Vista así, la calidad es un valor atribuible a un proceso educativo, y en campo de intervención prioritario en las propuestas de gestión institucional y de programas en cumplimiento de las funciones misionales. La misma según el CNA (3), se repre-

senta en once dimensiones: universalidad, integridad, equidad, idoneidad, responsabilidad, coherencia, transparencia, pertinencia, eficacia, eficiencia y sostenibilidad con que la institución cumple con las grandes tareas de la educación superior. Conceptos que generan en las IES dinámicas de mejora permanente (3)—en todos los aspectos y niveles— que se visibilizan en procesos de autoevaluación y acreditación.

Para Núñez (4) la acreditación apunta fundamentalmente “a cómo una institución y sus programas orientan su deber ser hacia un ideal de excelencia, de forma que puedan mostrar altos estándares de calidad mediante resultados específicos, tradición consolidada, impacto y reconocimiento social” (4, p.11). Tiene como finalidad: (i) estimular la autorregulación, la autoevaluación y el mejoramiento continuo de las instituciones y programas de educación superior con miras a la consecución de altos niveles de calidad; (ii) propiciar la idoneidad y la solidez de las IES; y (iii) fortalecer las funciones sustantivas en atención a los enunciados misionales institucionales y al contexto en el cual se inserta (3).

Por lo regular el proceso a seguir inicia con carta de intención del representante legal de la institución, sigue con la autoevaluación y evaluación externa, y culmina con el reconocimiento público de la calidad. Es direccionado y liderado por las mismas instituciones y programas académicos, por los pares académicos y por el CNA; su acto de aprobación lo promulga el Ministerio de Educación Nacional; y se otorga por periodos variables y escalonados de cuatro a diez años, según sea su avance, logros y resultados. La renovación de acreditación no constituye acreditación automática, por lo que suele requerir de comprobación periódica una vez vence la vigencia.

Se valora en el grado de cumplimiento de calidad sobre un conjunto de elementos de complejidad creciente: aspectos a evaluar, características y factores. Las decisiones finales están basadas en síntesis sucesivas de juicio (3) que ofrecen un claro diagnóstico de puntos críticos que configuran planes de mejoramiento; que pueden surgir de necesidades específicas de los programas académicos como de posibilidades de mejora que se escalan hacia la alta dirección; los cuales son monitorizados en el tiempo.

Los procesos de mejoramiento continuo implican la apropiación de una cultura de la calidad y

de una estructura definida por la institución en el seguimiento permanente al accionar, que involucra la participación de la comunidad académica en el establecimiento de las responsabilidades y compromisos de cada uno de sus miembros (4). La capacidad de reconocer los cambios y gestionarlos es un aspecto igualmente importante de este proceso.

La acreditación entendida como proceso de transformación de los programas académicos e institucionales invita a reflexionar respecto de la relevancia de generar espacios de discusión sobre la necesidad de abordar la calidad de la educación superior como un ejercicio sistemático, constructivo y participativo; en el que dialogan académicos, estudiantes, administrativos, directivos y el sector productivo sobre procesos de cambio orientados al desarrollo, mejoramiento y consecución de metas.

## Referencias

- (1) Bellei C. Situación educativa de América Latina y el Caribe: hacia la educación de calidad para todos al 2015. Santiago de Chile: Unesco; 2013.
- (2) Consejo Nacional de Acreditación. Lineamientos para la acreditación de alta calidad de programas de maestría y doctorado. Bogotá: CNA; 2010.
- (3) Consejo Nacional de Acreditación. Acuerdo CESU 03 del 16 de diciembre de 2014. Disponible en: <https://bit.ly/35PUhTV>
- (4) Núñez F. Cómo entender las 15 condiciones para el registro calificado. Bogotá: Alianza Superior; 2013.



# Toma de decisiones para el manejo de los síntomas de falla cardíaca: protocolo de intervención

Tomada de decisões para o gerenciamento dos sintomas de insuficiência cardíaca: protocolo de intervenção

Decision-making for managing heart failure symptoms: intervention protocol

Cómo citar: Herrera GE, Céspedes CV. Toma de decisiones para el manejo de los síntomas de falla cardíaca: protocolo de intervención. *Av Enferm*, 2020. 38(1): 9-17. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.75993>

## 1 Eugenia del Pilar Herrera Guerra

Universidad de Córdoba, Facultad Ciencias de la Salud.  
Programa de Enfermería (Córdoba, Colombia).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8413-4935>  
Correo electrónico: edherrera@correo.unicordoba.edu.co

**Contribución:** elaboración y envío de las correcciones y establecer comunicación directa con la revista.

## 2 Viviana Marycel Céspedes Cuevas

Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería (Bogotá, Colombia).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9728-0704>  
Correo electrónico: vmcespedesc@unal.edu.co

**Contribución:** directora de Tesis Doctoral.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.75993>

Recibido: 06/11/2018 Aprobado: 04/08/2019



## Resumen

**Objetivo:** dar a conocer el diseño, implementación y evaluación de una intervención de enfermería: "Toma de decisiones para el manejo de los síntomas en adultos con falla cardíaca".

**Métodos:** se realizó un proceso sistemático propuesto por Sidani y Braden que contempla cuatro fases: diseño de la intervención, operacionalización de la intervención en un manual de intervención, estudio de aceptabilidad, viabilidad y efectividad de la intervención y traducción de la intervención.

**Resultados:** se diseñó la intervención según los postulados de la teoría de situación específica autocuidado en falla cardíaca, centrada en la toma de decisiones para el manejo de los síntomas en adultos con falla cardíaca. Los expertos ( $n = 5$ ) evaluaron satisfactoriamente el nivel teórico del protocolo (índice de cumplimiento 90 %). La tasa de reclutamiento de los participantes fue exitosa (91,6 %). En una muestra final para el análisis ( $n = 105$ ) se halló una mejora significativa en el grupo de intervención ( $n = 53$ ) en el mantenimiento del autocuidado [ $F(1,103) = 719,6; p = 0,000; \eta_p^2 = 0,88$  (*f de Cohen's* = 2,65)] y en la gestión del autocuidado [ $F(1,74) = 23501,07; p = 0,000; \eta_p^2 = 0,97$  (*f de Cohen's* = 5,6)] comparado con el grupo de control ( $n = 52$ ) que recibió la atención habitual.

**Conclusiones:** se demuestra la fidelidad teórica y operacional, la factibilidad y efectividad del protocolo de una intervención de enfermería para mejorar el autocuidado en adultos con falla cardíaca con un tamaño de efecto grande.

**Descriptor:** Educación en Salud; Autocuidado; Enfermedades Cardiovasculares; Insuficiencia Cardíaca (fuente: DeCS, BIREME).

## Resumo

**Objetivo:** apresentar a criação, a implementação e a avaliação de uma intervenção de enfermagem: "Toma de decisões para o gerenciamento dos sintomas em adultos com insuficiência cardíaca".

**Métodos:** realizou-se um processo sistemático proposto por Sidani e Braden que contempla quatro fases: criação da intervenção, operacionalização da intervenção em um manual de intervenção, estudo de aceitabilidade, viabilidade e efetividade da intervenção e tradução da intervenção.

**Resultados:** criou-se a intervenção segundo os postulados da teoria de situação específica autocuidado em insuficiência cardíaca, centrada na tomada de decisões para o gerenciamento dos sintomas em adultos com insuficiência cardíaca. Os especialistas ( $n = 5$ ) avaliaram satisfatoriamente o nível teórico do protocolo (índice de cumprimento 90 %). A taxa de recrutamento dos participantes foi bem-sucedida (91,6 %). Em uma amostra final para a análise ( $n = 105$ ), descobriu-se uma melhora significativa no grupo de intervenção ( $n = 53$ ) na manutenção do autocuidado [ $F(1,103) = 719,6; p = 0,000; \eta_p^2 = 0,88$  (*f de Cohen's* = 2,65)] e na gestão do autocuidado [ $F(1,74) = 23501,07; p = 0,000; \eta_p^2 = 0,97$  (*f de Cohen's* = 5,6)] comparado com o grupo de controle ( $n = 52$ ) que recebeu atendimento habitual.

**Conclusões:** demonstra-se a fidelidade teórica e operacional, a factibilidade e a efetividade do protocolo de uma intervenção de enfermagem para melhorar o autocuidado em adultos com insuficiência cardíaca com um tamanho de efeito grande.

**Descriptor:** Educação em Saúde; Autocuidado; Doenças Cardiovasculares; Insuficiência Cardíaca (fonte: DeCS, BIREME).

## Abstract

**Objective:** to expose the design, implementation, and evaluation of a nursing intervention: "Decision-making for the management of symptoms in adults with heart failure".

**Methods:** we realized a systematic process proposed by Sidani and Braden that contemplates four phases: design of the intervention, operationalization of the intervention in an intervention manual, study of acceptability, feasibility, and effectiveness of the intervention and translation of the intervention.

**Results:** the intervention was designed according to the postulates of the specific situation theory self-care in heart failure, focused on decision-making for the management of symptoms in adults with heart failure. Experts ( $n = 5$ ) successfully assessed the theoretical level of the protocol (compliance rate 90 %). The recruitment rate of the participants was successful (91.6 %). In a final sample for the analysis ( $n = 105$ ), a significant improvement was found in the intervention group ( $n = 53$ ) in the maintenance of self-care [ $F(1,103) = 719.6; p = 0.000; \eta_p^2 = 0.88$  (Cohen's  $f = 2.65$ )] and in the management of self-care [ $F(1,74) = 23501.07; p = 0.000; \eta_p^2 = 0.97$  (Cohen's  $f = 5.6$ )] compared to the control group ( $n = 52$ ) that received the usual attention.

**Conclusions:** it demonstrates the theoretical and operational fidelity, feasibility, and effectiveness of the protocol of a nursing intervention to improve self-care in adults with heart failure with a large effect size.

**Descriptors:** Health Education; Self-Care; Cardiovascular Disease; Heart Failure (source: DeCS, BIREME).

## Introducción

El concepto de intervenciones de enfermería lo definieron Bulechek y McCloskey (1) como acciones autónomas basadas en un razonamiento científico que se ejecutan para beneficiar al cliente. Según Sidani y Braden (2) se refiere a tratamientos, procedimientos o acciones que buscan resultados benéficos para los clientes. Para Burns y Grove (3) son actividades intencionales de tipo cognitivo, físico o verbal para lograr objetivos terapéuticos relativos a la salud y el bienestar de las personas y sus familias.

Evers (4) clasificó las intervenciones de enfermería en funciones independientes e interdependientes. De acuerdo con Sidani y Braden (5) el inicio e implementación de intervenciones independientes están bajo el control de las enfermeras. Por ejemplo, en las intervenciones cognitivo-conductuales dirigidas a promover el autocuidado, la enfermera desempeña funciones independientes, en respuesta a problemas que requieren solución o prevención con el objetivo de mantener o promover la salud.

La literatura de enfermería es en gran parte silenciosa con respecto a la creación de intervenciones experimentales (6). Actualmente se necesitan intervenciones para resolver problemas clínicos complejos con la mejor evidencia, pero existe poca información para orientar a las enfermeras sobre los enfoques generales y métodos particulares para diseñar, evaluar y traducir intervenciones en la práctica (5).

Para Riegel, Dickson y Faulkner (7) es importante proponer intervenciones novedosas que puedan mejorar el autocuidado y los resultados en salud en los adultos con falla cardíaca (FC). Se han llevado a cabo ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que demuestran la eficacia de las intervenciones en adultos con FC, pero existe poca información sobre los protocolos de estudio (8).

El síndrome de FC es un problema de salud pública, con alta prevalencia, incidencia y costos de atención (9). Los resultados en salud siguen siendo insatisfactorios a pesar de los avances en el tratamiento que mejoran la supervivencia y reducen la tasa de hospitalización por FC (10).

Los pacientes con FC a menudo experimentan episodios de exacerbación y tienen síntomas de FC

y múltiples readmisiones hospitalarias (11). Para evitar la rehospitalización precoz se recomienda una planificación coordinada del alta, utilizando como componente clave la educación suficiente y actualizada, para que los pacientes con FC puedan tomar decisiones sobre las modificaciones en el estilo de vida y el autocuidado (10).

La educación y el autocuidado en pacientes con FC son elementos positivos de las intervenciones para disminuir el riesgo de morbimortalidad (12-16). Es primordial que se implementen programas específicos para pacientes con FC, ya que existe suficiente evidencia de programas exitosos y costo-efectivos (11).

Por tanto, el objetivo del presente artículo es dar a conocer el diseño, implementación y evaluación de una intervención de enfermería, producto de la investigación "Toma de decisiones para el manejo de los síntomas en adultos con falla cardíaca" (en adelante TOMAS). Se espera que los resultados del estudio sean una referencia útil para profesionales de la salud que planean diseñar y probar intervenciones y que permitan la transferencia del conocimiento en la práctica profesional.

## Materiales y métodos

Se llevó a cabo un proceso sistemático propuesto por Sidani y Braden (5) que consta de cuatro fases, que se resume en el Cuadro 1. La primera fase corresponde al diseño de la intervención; se basa en una comprensión integral del problema y el desarrollo de intervenciones que apunten al problema. La segunda fase se centró en la operacionalización de la intervención en un manual que guía la implementación y evalúa la fidelidad en la implementación.

En la tercera fase se efectuaron estudios consecutivos para investigar la aceptabilidad, viabilidad y efectividad de la intervención. La cuarta fase implicó la traducción de la intervención, es decir, la transformación de los resultados de los estudios en pautas significativas y la transferencia de las pautas a los profesionales de la salud que son los responsables últimos de proporcionar la intervención en su práctica diaria (5).

La evaluación de la fidelidad teórica y validez del constructo del manual de intervención fue hecha por enfermeras expertas (n = 5) en el desarrollo, implementación o evaluación de intervenciones similares. La estrategia que se aplicó para la evaluación fue la generación de una matriz de

evaluación propuesta por Sidani y Braden (5), que comprende un examen exhaustivo de la coherencia entre el modelo teórico que se especifica en la teoría de situación específica (TSE) autocuidado en FC y los ingredientes activos, componentes, actividades y acciones que caracterizan la intervención.

**Cuadro 1.** Proceso sistemático para diseñar, implementar y evaluar la intervención de enfermería “Toma de decisiones para el manejo de los síntomas en adultos con falla cardíaca”

Diseño de la intervención	Manual de intervención	Estudios consecutivos	Traducción de la intervención
Revisión de la literatura sobre el conocimiento adquirido sobre el autocuidado en falla cardíaca.	Diseño del manual de intervención que detalla acciones concretas o los pasos para realizar la intervención, recursos humanos y materiales necesarios.	Estudio de la aceptabilidad y viabilidad de la intervención.	Protocolo de intervención.
Selección de la teoría de situación específica autocuidado en falla cardíaca que sintetiza el conocimiento, aclara la naturaleza del problema, identifica ingredientes activos, el modo de entrega y la dosis y explica los mecanismos subyacentes tras los resultados previstos.	Evaluación de la fidelidad teórica y validez del constructo del manual de intervención.	Estudio de efectividad de la intervención en condiciones controladas (ensayos clínicos aleatorizados).	“Toma de decisiones para el manejo de los síntomas en adultos con falla cardíaca” teóricamente defendible y reproducible.
Primera fase	Segunda fase	Tercera fase	Cuarta fase

**Fuente:** elaboración propia.

En el estudio de la aceptabilidad y viabilidad de la intervención se evaluaron los siguientes factores: reclutamiento, elegibilidad, aceptabilidad, disposición de las personas a ser aleatorizadas, razones de rechazo y disposición de los profesionales de la salud para dar acceso a los participantes.

Para el estudio de efectividad de la intervención se elaboró un ECA con una muestra final de 105 adultos con FC, dividida aleatoriamente en grupo de intervención (n = 53) y grupo de control (n = 52) que recibió la atención habitual. La asignación se efectuó mediante asignación aleatoria simple, se empleó como herramienta base la tabla de números aleatorios sin repetición 1:1 generada en el programa Excel por un auxiliar de estadísticas ajeno a la investigadora. La asignación de los participantes estuvo a cargo de la secretaria del servicio de cardiología, quien mantuvo oculta la secuencia de aleatorización durante el curso del estudio.

La recolección de datos (línea base, primer mes y tercer mes) la llevó a cabo un auxiliar de investigación ciego capacitado para tal fin, utilizando la escala *Self-care Heart Failure Index* versión 6.2, considerada válida y confiable por reflejar el modelo teórico de la TSE del autocuidado en FC (17, 18). Los datos se analizaron en SPSS mediante análisis de varianza para medidas repetidas, teniendo en cuenta el principio de intención a tratar. El ECA se registró en Clinical Trials con el código NCT03549169. En todas las fases del estudio se dio cumplimiento a los aspectos éticos de la investigación (19, 20). Se obtuvo el aval del Comité de Ética N° 008-17.

## Resultados

La intervención TOMAS fue diseñada con el modelo teórico de la TSE del autocuidado en FC (7, 21). El aporte novedoso de esta TSE radica en definir el autocuidado como un proceso de toma de decisiones naturalista (TDN) que ejerce una fuerte influencia en cada uno de los procesos de autocuidado.

### Conceptos y proposiciones teóricas que sustentan el diseño de la intervención

La intervención TOMAS se sustenta en los dos conceptos centrales de la TSE del autocuidado en FC en su versión original (21): mantenimiento del autocuidado y gestión del autocuidado.

El mantenimiento del autocuidado es el primer proceso para la TDN, incluye la adherencia al tratamiento y a los comportamientos saludables y el monitoreo de los síntomas. La gestión del autocuidado es un proceso activo, deliberado y esencial en la FC que se refiere a la toma de decisiones en respuesta a los síntomas cuando se producen (21).

Se estudiaron las proposiciones teóricas que respaldan los conceptos con el fin de definir qué proposiciones debían guiar la intervención. Para ello se partió de la comprensión integral del problema, la identificación de los aspectos del problema susceptibles de cambio y delineación de las estrategias de intervención, teniendo en cuenta el conocimiento adquirido sintetizado en la TSE del autocuidado en FC. El primer paso se resume en el Cuadro 2.

Los aspectos del problema susceptibles de cambio (paso 2) se apoyan en dos de las proposiciones de

la TSE autocuidado en FC: “El dominio de mantenimiento autocuidado precede el dominio de percepción de los síntomas, que precede a la gestión de autocuidado. Control de los síntomas es el comportamiento de autocuidado más alto y más refinado, que requiere el mayor conocimiento y habilidad”. Y “El autocuidado está influenciado por el conocimiento, la experiencia, la habilidad y la compatibilidad con los valores” (7, p. 21).

**Cuadro 2.** Comprensión del proceso de autocuidado en los adultos con falla cardíaca basado en la teoría de situación específica autocuidado en falla cardíaca

Naturaleza	El autocuidado es un comportamiento aprendido
Manifestaciones	Hospitalizaciones frecuentes atribuibles a falta de autocuidado
Gravedad	Frecuentes reingresos hospitalarios por descompensación de la falla cardíaca. Los pacientes con falla cardíaca tienen dificultades en monitorear, reconocer, interpretar y responder a los síntomas
Determinantes	Factores que influyen en la toma de decisiones naturalista: conocimiento, experiencia, habilidades y compatibilidad de valores personales
Consecuencias	Pobre autocuidado: descompensación y progreso de la enfermedad, aumento de eventos clínicos. Moderados a altos índices de autocuidado mejoran los resultados en salud

**Fuente:** elaboración propia.

Estas proposiciones teóricas se sometieron a análisis, lo que comportó una revisión de la literatura para poder juzgar hasta qué punto estos aspectos son susceptibles de cambio para poder definir los ingredientes activos responsables de inducir los cambios deseados. El juicio de este análisis se fundó en la comprensión de la naturaleza del problema y en el pensamiento lógico relativo a la capacidad de cambio basado en la fuerza y la dirección de la correlación de los conceptos.

Vellone *et al.* (22) utilizando el modelo de ecuaciones estructurales confirmaron correlación directa y positiva en: la adherencia al tratamiento y el monitoreo de los síntomas con el reconocimiento y la evaluación de los síntomas; el reconocimiento y la evaluación de los síntomas con la aplicación del tratamiento y la aplicación de tratamiento con la evaluación del tratamiento; el monitoreo de los síntomas con la implementación del tratamiento; el reconocimiento y la evaluación de los síntomas con la evaluación del tratamiento y el monitoreo de los síntomas con la evaluación del tratamiento.

La delineación de las estrategias de intervención o ingredientes activos (paso 3) corresponde a los determinantes o factores que según Riegel *et al.* (7, 21) influyen en la TDN para llevar a cabo los

comportamientos de autocuidado en los adultos con FC, soportada en la evidencia empírica (véase Cuadro 3).

**Cuadro 3.** Ingredientes activos de la intervención “Toma de decisiones para el manejo de los síntomas en adultos con falla cardíaca”

Experiencia	Los pacientes con falla cardíaca expertos en realizar todos los comportamientos de mantenimiento y de gestión del autocuidado se mantienen libres de síntomas (23)
Conocimientos	El conocimiento acerca de la situación, la decisión y la acción prevista para el control de los síntomas influye en el proceso de toma de decisiones, ayudando a identificar patrones de acción en situaciones específicas (7)
Habilidad	El autocuidado adecuado requiere habilidad para ejecutar conductas de rutina, así como también la habilidad para tomar decisiones sobre el manejo de los síntomas (24). La habilidad de autocuidado evoluciona con el tiempo y con la práctica (16)
Valores	Los valores según las creencias en relación con el autocuidado en pacientes con falla cardíaca se clasifican en positivos o negativos. El autocuidado es mayor en los pacientes con valores positivos (25)

**Fuente:** elaboración propia.

### Diseño del manual de intervención

A partir de la evidencia empírica nivel 1 (12-15) se precisaron los componentes del protocolo de intervención (véase Cuadro 4). La intervención fue diseñada para adultos con FC crónica sintomáticos, estado funcional II o III según la NYHA, de baja comorbilidad y estado cognitivo conservado.

**Cuadro 4.** Componentes de la intervención “Toma de decisiones para el manejo de los síntomas en adultos con falla cardíaca”

Elemento	Descripción
Receptor	Adultos, diagnóstico confirmado de falla cardíaca por ecocardiograma mayor de dos meses, sintomáticos, con baja comorbilidad y conservación del estado cognitivo. Se excluye falla cardíaca aguda y falla cardíaca avanzada
Intervencionista	Enfermera
Contenido	Toma de decisiones para el manejo de los síntomas de falla cardíaca
Intensidad global	3 meses
Dosis	3 sesiones de 60 minutos cada una
Modo de entrega	Cara a cara individual. Escrita: material educativo
Seguimiento	Telefónico: fomentar la adherencia y evitar la atrición
Ambiente	Consulta externa
Evaluación de resultados	Índice de autocuidado (cambios en mantenimiento y gestión)
Recolección de datos	Auxiliar investigativo (ciego): línea base, primer mes y tercer mes

**Fuente:** elaboración propia.

El diseño de la intervención TOMAS se centró en el proceso de TDN para el manejo de los síntomas en adultos con FC (25), aplicando el modelo reconocimiento primario de la decisión (RPD) (26) que hace hincapié en el conocimiento de la situación y la simulación mental de opciones para decidir sobre un plan de acción. Según Riegel *et al.* (7) pocos investigadores han abordado la simulación mental en las sesiones de enseñanza para facilitar la capacidad de los pacientes con FC para aprender a pensar a través de demostraciones el manejo de los síntomas antes de que ocurran. En virtud de lo anterior la importancia del protocolo de estudio radica en responder a este vacío del conocimiento.

El manual de intervención TOMAS (Cuadro 5) brinda información del paso a paso en la entrega de la intervención, para asegurar que los ingredientes activos se lleven a cabo en el modo y la dosis necesaria para producir los cambios deseados con el propósito de optimizar la fidelidad operacional.

**Cuadro 5.** Contenido del manual de intervención “Toma de decisiones para el manejo de los síntomas en adultos con falla cardíaca”

Ingredientes activos	Contenido “Toma de decisiones para el manejo de los síntomas en adultos con falla cardíaca”
Conocimiento de la situación	Comportamientos de autocuidado para prevenir los síntomas de falla cardíaca (mantenimiento): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adherencia al tratamiento y comportamientos saludables.</li> <li>• Monitoreo, identificación y evaluación de los síntomas.</li> </ul> Comportamientos de autocuidado para responder a los síntomas de falla cardíaca (gestión): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones para responder a los síntomas.</li> <li>• Evaluación de las acciones realizadas para responder a los síntomas.</li> </ul>
Experiencia con la situación y la toma de decisiones	Plan de acción para prevenir los síntomas de falla cardíaca (mantenimiento). Plan de acción para responder a los síntomas de falla cardíaca (gestión).
Habilidades en la toma de decisiones	Toma de decisiones para responder a los síntomas cuando se presentan. Simulación mental de opciones para decidir sobre un plan de acción previamente delineado.
Valores	Toma de decisiones compatible con los valores personales.

**Fuente:** elaboración propia.

Tanto el manual del protocolo de intervención como el material educativo (folleto recordatorio para TOMAS/TOMASA) diseñado y validado para la intervención son productos originales derivados del ECA, que se dan a conocer a solicitud de los interesados en replicar la intervención, atendiendo a los derechos de autor.

Los expertos (n = 5) evaluaron satisfactoriamente la fidelidad teórica del manual de intervención, con un índice de cumplimiento del 90% teniendo en cuenta la coherencia entre los conceptos y proposiciones de la TSE del autocuidado en FC y los ingredientes activos, componentes, actividades y acciones que caracterizan la intervención. Los comentarios cualitativos de los expertos guiaron el refinamiento del protocolo de intervención.

### Estudio de la aceptabilidad y viabilidad de la intervención

La tasa de reclutamiento aplicando criterios de inclusión y exclusión de los posibles participantes en un mes fue exitosa (91,6 %). La velocidad de reclutamiento en el primer mes fue de 2, la cual fue aumentando con el tiempo hasta situarse en 4 participantes por mes día con aceptabilidad y disposición a ser aleatorizados. Los resultados indicaron la viabilidad y aceptabilidad de la intervención.

Se efectuó el entrenamiento de la investigadora en el protocolo de intervención TOMAS, lográndose un índice de cumplimiento del 98 % en la implementación tal como se estandarizó en el protocolo de estudio en términos de contenido y del proceso de entrega.

La evaluación de la adherencia de los participantes a la intervención (n = 10) se realizó por medio del registro de asistencia y tiempo de permanencia, registro de monitoreo de los síntomas, registro de peso diario y demostración del conocimiento, experiencia y habilidades en la TOMAS.

El 100 % de los participantes recibió las tres dosis de intervención, demostrando un 95 % de adherencia a los registros y evidencia preliminar de los efectos de la intervención en el mejoramiento de los índices de mantenimiento y de gestión del autocuidado (diferencia de medias 35,6 IC 95 % 32,9-37,9).

### Ensayo clínico aleatorizado

Se probó la efectividad de la intervención de enfermería TOMAS en una muestra de población colombiana (n = 105), de edad media 71 años, la mayoría hombres (65 %) y con bajo nivel educativo (81 %). Clasificados en clase funcional II según NYHA (81 %) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida (promedio 33). Atendiendo a los criterios de inclusión todos los participantes se encontra-

ban sintomáticos al ingreso del estudio y con baja comorbilidad. No hubo diferencias significativas al comparar los grupos, teniendo en cuenta las variables de interés.

Los hallazgos centrales del ECA demostraron que la intervención TOMAS como complemento de la atención habitual es más efectiva que la atención habitual por sí sola, para mejorar tanto el índice de mantenimiento del autocuidado ( $f$  de Cohen's = 2,6) como el índice de gestión del autocuidado ( $f$  de Cohen's = 5,6) con potencia estadística ( $1-\beta=1$ ) y un tamaño del efecto grande.

## Discusión

Los resultados del estudio son comparables con los hallazgos de ECA que han examinado las intervenciones para mejorar el autocuidado en los adultos con FC (27-35). No fue posible analizar los resultados teniendo en cuenta la dosis y el contenido educativo por falta de datos.

Según Jonkman *et al.* (8) y Huntley, Johnson, King, Morris y Purdy (13) las estrategias educativas para mejorar el autocuidado en adultos con FC han sido diversas en contenido e intensidad, lo que no permite analizar los posibles efectos modificadores. Estos hallazgos señalan la importancia de publicar los protocolos de intervención en los ECA realizados para mejorar los resultados en salud mediante el fomento del autocuidado.

De acuerdo con Sidani y Braden (5) es esencial documentar la dosis, los contenidos y las actividades llevadas a cabo en las intervenciones, para mantener la validez interna y externa y para facilitar la traducción en la práctica.

De la revisión de la literatura se resalta el artículo publicado por Dickson *et al.* (28) que da a conocer el protocolo de estudio (27) diseñado con el enfoque teórico de la TSE del autocuidado en FC (21) cuya intervención se enfocó en el desarrollo de habilidades para ejecutar los comportamientos de autocuidado en adultos con FC.

Entre tanto, la intervención TOMAS se centró en el proceso de TDN para el manejo de los síntomas de FC, aplicando el modelo RPD (26) utilizando como estrategias el conocimiento, las experiencias y el desarrollo de habilidades en la toma de decisiones compatible con los valores personales.

Las implicaciones del presente estudio para la práctica de enfermería se resumen en el potencial que tiene para extenderse más allá de demostrar la efectividad de la intervención para mejorar el índice de mantenimiento y la gestión del autocuidado. Se espera que la intervención pueda ser replicable y que los resultados de la investigación sean traducidos a la práctica profesional.

## Conclusión

La evidencia empírica revela que la TSE del autocuidado en FC (21) proporciona las bases teóricas para desarrollar y probar intervenciones para mejorar el autocuidado.

Se diseñó una intervención novedosa con viabilidad y aceptabilidad de los participantes y personal de salud. Sustentada teóricamente en la TSE del autocuidado en FC que permite explicar la naturaleza del problema de salud que enfrentan los adultos con FC, sus manifestaciones y gravedad. Expone los factores que contribuyen al pobre autocuidado con sus consecuencias y predice los determinantes claves para mejorar los comportamientos de autocuidado.

Los resultados del ECA demostraron que la intervención TOMAS como complemento de la atención habitual es más eficaz que la atención habitual por sí sola, para mejorar el índice de mantenimiento del autocuidado y el índice de gestión del autocuidado. Se necesitan más investigaciones para probar y fortalecer el protocolo de estudio en otras regiones de Colombia y en otros países.

Se recomienda que el cúmulo de conocimientos sobre el autocuidado en adultos con FC sintetizados en la TSE del autocuidado en FC se traduzca e incorpore a la práctica clínica y estimule iniciativas para la investigación traslacional.

## Referencias

- (1) Bulechek GM, McCloskey JC. Nursing interventions: effective nursing treatments. 3.ª ed. Filadelfia: Saunders; 1992.
- (2) Sidani S, Braden CJ. Evaluating nursing interventions. A theory driven approach. Londres: Sage Publications; 1998.
- (3) Burns N, Grove SK. The practice of nursing research. Conduct, critique, and utilization. 5.ª ed. Filadelfia: Saunders; 2004.

- (4) Evers, G. Developing nursing science in Europe. *J Nurs Scholarsh.* 2003;35(1):9-13. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00009.x>
- (5) Sidani S, Braden CJ. Design, evaluation, and translation of nursing interventions. Nueva Jersey: John Wiley & Sons; 2011.
- (6) Conn VS, Rantz MJ, Wipke-Tevis DD, Maas, ML. Designing effective nursing interventions. *Res Nurs Health.* 2001;24:433-42. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.1043>
- (7) Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The situation-specific theory of heart failure self-care: revised and updated. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;31(3):226-35. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000244>
- (8) Jonkman NH, Westland H, Groenwold RH, Ågren S, Atienza F, Blue L *et al.* Do self-management interventions work in patients with heart failure? An individual patient data meta-analysis. *Circulation.* 2016;133(12):1189-98. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018006>
- (9) Ministerio de Salud y Protección Social. Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación – Colciencias. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la falla cardíaca en población mayor de 18 años clasificación B, C y D. Guía para profesionales de la salud 2016. Guía No. 53. 2016. 100 p. Disponible en: <https://bit.ly/2rYsp1g>
- (10) Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Aguda y Crónica. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69(12):1167.e1-e85. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.10.014>
- (11) Chaudhry SP, Stewart GC. Advanced heart failure: prevalence, natural history, and prognosis. *Heart Fail Clin.* 2016;12:323e333. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hfc.2016.03.001>
- (12) Oyangurena J, Latorre PM, Torcal J, Lekuona I, Rubio S, Maull S *et al.* Efectividad y determinantes del éxito de los programas de atención a pacientes con insuficiencia cardíaca: revisión sistemática y metanálisis. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69(10):900-14. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.008>
- (13) Huntley AL, Johnson R, King A, Morris RW, Purdy S. Does case management for patients with heart failure based in the community reduce unplanned hospital admissions? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2016;6(5):e010933. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010933>
- (14) Attaallah S, Klymko K, Pratt-Hopp FP. Self-care among older adults with heart failure. *Gerontol Geriatr Med.* 2016;2:1-10. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1177/2333721416684013>
- (15) Riegel B, Masterson R, Hill J, Chittams J, Hoke L. Effectiveness of motivational interviewing in decreasing hospital readmission in adults with heart failure and multimorbidity. *Clin Nurs Res.* 2016;25(4):362-77. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1177/1054773815623252>
- (16) McGreal MH, Hogan M, Walsh-Irwin C, Maggio N, Jurgens C. Heart failure self-care interventions to reduce clinical events and symptom burden. *Res Rep Clin Cardiol.* 2014;5:243-57. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.2147/RRCC.S48424>
- (17) Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs.* 2009;24(6):485-97. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0>
- (18) Barbaranelli C, Lee CS, Vellone E, Riegel B. Dimensionality and reliability of the self-care of heart failure index scales: further evidence from confirmatory factor analysis. *Res Nurs Health.* 2014;37(6):524-37. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1002/nur.21623>
- (19) Consejo de las Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra: Consejo de las Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas; 2002. 114 p. Disponible en: <https://bit.ly/2RqqaOP>
- (20) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993. 19 p. Disponible en: <https://bit.ly/2rbOhpW>
- (21) Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs.* 2008;23(3):190-6. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85>
- (22) Vellone E, D'Agostino F, Fida R, Rocco G, Cocchieri A, Alvaro R. Structural equation model testing the situation-specific theory of heart failure self-care. *J Adv Nurs.* 2013;69(11):2481-92. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1111/jan.12126>
- (23) Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Stewart S. Self-care behaviours and heart failure: does experience with symptoms really make a difference? *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2010;9:92-100. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.10.004>
- (24) Dickson V, Lee C, Riegel B. How do cognitive function and knowledge influence heart failure self-care? *J Mixed Methods Res.* 2011;4(7):888-95. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1177/1558689811402355>
- (25) Riegel B, Dickson VV, Topaz M. Qualitative analysis of naturalistic decision making in adults with chronic heart failure. *Nurs Res.* 2013;62(2):91-8. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318276250c>
- (26) Lipshitz R, Klein G, Orasanu J, Salas E. Taking stock of naturalistic decision making. *J Behav Dec Making.* 2001;14:331-52. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1002/BDM.381>



(27) Dickson VV, Melkus G, Dorsen C, Katz S, Riegel B. Improving heart failure self-care through a community-based skill-building intervention: a study protocol. *J Cardiovasc Nurs.* 2015;30(4 Suppl 1):S14-24. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1097/JCN.000000000000161>

(28) Dickson VV, Melkus GD, Katz S, Levine-Wong A, Dillworth J, Cleland CM *et al.* Building skill in heart failure self-care among community dwelling older adults: results of a pilot study. *Patient Educ Couns.* 2014;96(2):188-96. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.018>

(29) Clark AP, McDougall G, Riegel B, Joiner G, Innerarity S, Meraviglia M *et al.* Health status and self-care outcomes following an education-support intervention for people with chronic heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2015;30(4 Suppl 1):S3-13. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1097/JCN.000000000000169>

(30) Masterson R, Patey M, Lee CS, Kuan A, Jurgens C, Riegel B. Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2016;99(2):256-64. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.031>

(31) Vedel I, Khanassov V. Transitional care for patients with congestive heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med.* 2015;3(6):562-71. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1844>

(32) Oyanguren J, Latorre-García PM, Torcal-Laguna J, Lekuona-Goya I, Rubio-Martín S, Maul-Lafuente E *et al.* Effectiveness and factors determining the success of management programs for patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69(10):900-14. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rec.2016.05.012>

(33) Buck H, Stromberg A, Chung M, Donovan K, Harkness K, Howard A *et al.* A systematic review of heart failure dyadic self-care interventions focusing on intervention components, contexts, and outcomes. *Inter J Nurs Stud.* 2018;77:232-42. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.007>

(34) Ruppert TM, Cooper PS, Johnson ED, Riegel B. Self-care interventions for adults with heart failure: a systematic review and meta-analysis protocol. *J Adv Nurs.* 2019;75(3):676-82. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.13903>

(35) Toukhsati SR, Jaarsma T, Babu AS, Driscoll A, Hare DL. Self-care interventions that reduce hospital readmissions in patients with heart failure: towards the identification of change agents. *Clinical Medicine Insights: Cardiology.* 2019;13:1-8. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1177/1179546819856855>

# Efecto de una intervención de soporte social en cuidadores de personas con enfermedad crónica\*

Efeito de uma intervenção de apoio social em cuidadores de pessoas com doença crônica

Effect of a social support intervention on caregivers of people with chronic disease

\*Este artículo se deriva de la investigación "Efecto de una intervención de enfermería para brindar soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica".

**Cómo citar:** Chaparro Díaz L, Carreño Moreno S, Carrillo Gonzalez G, Gómez Ramirez O. Efecto de una intervención de soporte social en cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Av Enferm*, 2020. 38(1): 18-27. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.77404>

## 1 Lorena Chaparro-Díaz

Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería (Bogotá, Colombia).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8241-8694>  
Correo electrónico: olchapparrod@unal.edu.co

**Contribución:** investigadora principal del proyecto; direccionamiento de la investigación y elaboración del artículo.

## 2 Sonia Patricia Carreño-Moreno

Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería (Bogotá, Colombia).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4386-6053>  
Correo electrónico: spcarrenom@unal.edu.co

**Contribución:** coinvestigadora del proyecto; análisis de datos y elaboración del artículo.

## 3 Gloria Mabel Carrillo-González

Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería (Bogotá, Colombia).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4513-104X>  
Correo electrónico: gmacarrillog@unal.edu.co

**Contribución:** coinvestigadora y construcción del proyecto.

## 4 Olga Janneth Gómez-Ramírez

Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería (Bogotá, Colombia).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9160-4170>  
Correo electrónico: ojgomezr@unal.edu.co

**Contribución:** coinvestigadora del proyecto.

DOI: <http://doi.org/10.15446/avenferm.v38n1.77404>

Recibido: 04/02/2019 Aceptado: 08/08/2019



## Resumen

**Objetivo:** determinar el efecto de la intervención de enfermería “Alguien apoya al que cuida” sobre las percepciones de soporte social y de sobrecarga con el cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica.

**Metodología:** estudio de tipo cuantitativo cuasiexperimental con un grupo experimental y de control, al que se le realizó medición antes y después de la intervención aplicando los instrumentos de soporte social percibido de Sherbourne y Stewart y entrevista de sobrecarga de Zarit en un total de 137 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión de ser cuidador principal por más de seis meses y estar vinculado al programa “Cuidando a los Cuidadores®” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Los datos fueron analizados por medio de estadística descriptiva e inferencial no paramétrica en la que se aplicó la prueba de Mann-Whitney para el análisis intergrupos.

**Resultados:** no existe diferencia significativa entre grupos en las mediciones pre y posprueba en ninguna de las variables, además se presenta un mínimo cambio entre las medias de la variable de sobrecarga entre la pre y la posprueba del grupo experimental.

**Conclusión:** se advierte que el efecto mínimo de la intervención propuesta se presenta por la multidimensionalidad del soporte social, además del uso de otro tipo de TIC diferentes a las propuestas en este estudio.

**Descriptores:** Enfermedad Crónica; Cuidadores; Apoyo Social; Costo de Enfermedad (fuente: DeCS, BIREME).

## Resumo

**Objetivo:** determinar o efeito da intervenção de enfermagem “alguém apoia aquele que cuida” sobre as percepções de apoio social y de sobrecarga com o cuidado de cuidadores familiares de pessoas com doença crônica.

**Metodologia:** estudo de tipo quantitativo quase-experimental com um grupo experimental e de controle, ao qual foi realizada medição antes e depois da intervenção com aplicação dos instrumentos de apoio social percibido de Sherbourne e Stewart e entrevista de sobrecarga de Zarit em um total de 137 participantes que cumpriram com os critérios de inclusão de ser cuidador principal por mais de seis meses e estar vinculado ao programa “Cuidando aos Cuidadores®” da Faculdade de Enfermagem da Universidad Nacional de Colombia. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial não paramétrica na qual se aplicou o teste de Mann-Whitney para a análise intergrupos.

**Resultados:** não existe diferença significativa entre grupos nas medições pré e pós-teste em nenhuma das variáveis. Além disso, apresenta-se uma alteração mínima entre as medias da variável de sobrecarga entre o pré e pós-teste do grupo experimental.

**Conclusão:** adverte-se que o efeito mínimo da intervenção proposta se apresenta pela multidimensionalidade do suporte social, além do uso de outro tipo de TIC diferentes às propostas neste estudo.

**Descritores:** Doença Crônica; Cuidadores; Apoio Social; Efeitos Psicossociais da Doença (fonte: DeCS, BIREME).

## Abstract

**Objective:** to determine the effect of the “someone supports a caregiver” nursing intervention on the perceptions of social support and overload with the care of family caregivers of people with chronic illness.

**Methodology:** a quasi-experimental quantitative study with an experimental group and a control group, which was measured before and after the intervention by applying Sherbourne and Stewart’s perceived social support instruments and Zarit Burden Interview. There was a total of 137 participants who met the inclusion criteria of being a primary caregiver for more than six months and being linked to the “Caring for Caregivers®” program of the Faculty of Nursing of the National University of Colombia. The data were analyzed through descriptive and inferential nonparametric statistics in which the Mann-Whitney test was applied for intergroup analysis.

**Results:** there is no significant difference between groups in pre and post-test measurements in any of the variables, and there is a minimal change between the means of the burden variable between the pre and post-test of the experimental group.

**Conclusion:** it is noted that the minimum effect of the proposed intervention is presented by the multidimensionality of social support, in addition to the use of different types of ICTs other than those proposed in this study.

**Descriptors:** Chronic Disease; caregivers; Social Support; Cost of Illness (source: DeCS, BIREME).

## Introducción

En el año 2016, la Organización Mundial de la Salud (1) calculó que el 54 % de las defunciones registradas se relacionaba con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Las personas con estas afecciones requieren de un acompañamiento en casa para el manejo de la enfermedad e incluso para su autocuidado, debido a que muchas de estas enfermedades generan algún grado de dependencia, por lo que es indispensable una persona que asuma el rol de cuidador familiar (2, 3).

Se ha evidenciado el impacto que tiene la ECNT no solo en quien la sufre, sino también en su familia y cuidador. El cuidador familiar generalmente tiene un vínculo de parentesco o cercanía con la persona con ECNT; este asume la responsabilidad del cuidado en el hogar, transformando su vida en los ámbitos social, laboral y personal, situación que se asocia con la percepción de sobrecarga y pocas habilidades para el cuidado (4-7).

Por lo anterior, es importante desarrollar estrategias de intervención en las que se brinde apoyo y acompañamiento a los cuidadores, siendo entonces el soporte social esencial para abordar, porque además de mejorar el desempeño del rol, permite encontrar el apoyo emocional, espiritual, económico e instrumental que necesitan, mejorando la percepción en su capacidad para hacer frente a esta situación (5, 8, 9).

En Colombia, estudios sobre soporte social percibido (10-13) probaron que los cuidadores se encuentran poco y algo satisfechos con las dimensiones asociadas con la interacción personal y social, ya que expresan como su principal preocupación el contar con la familia para afrontar las dificultades y la orientación de profesionales de la salud para llevar a cabo el cuidado.

Frente a lo descrito, se han empleado diversas estrategias de soporte que incluyen redes o grupos de apoyo, programas de fortalecimiento en habilidades de cuidado y disponibilidad inmediata de atención e información por medio de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), estas últimas demuestran ser útiles dentro de la experiencia del cuidado de la salud de personas con enfermedad crónica (14, 15), especialmente en

el apoyo a los cuidadores familiares (15-18).

Ante la necesidad de soporte social a los cuidadores, el programa “Cuidando a los Cuidadores®” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (19) implementó la intervención de enfermería denominada “Alguien apoya al que cuida”, haciendo uso de las TIC para ofrecer soporte social. El objetivo de este estudio fue determinar el efecto de esta intervención de enfermería sobre las percepciones de soporte social y de sobrecarga que tienen los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica.

## Materiales y métodos

Estudio de tipo cuantitativo cuasi experimental, con grupos experimental y control con medición pre y posintervención en ambos grupos (20, 21). La muestra estuvo constituida por 137 cuidadores a los cuales se les realizó una asignación aleatoria a grupos experimental y control. Fueron criterios de inclusión: (i) ser cuidador de una persona con enfermedad crónica por un tiempo mayor a seis meses; y (ii) estar vinculado y asistir a las actividades del programa “Cuidando a los Cuidadores®” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Para la recolección de la información y la medición de las variables se aplicaron tres instrumentos a los participantes (Cuadro 1). Los instrumentos fueron aplicados y diligenciados con el apoyo de auxiliares de investigación capacitados.

En cuanto a la intervención, el grupo control recibió las jornadas de actualización permanente para cuidadores del programa “Cuidando a los Cuidadores®” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y el grupo experimental participó en la intervención “Alguien apoya al que cuida” (Cuadro 2). Ambas actividades se realizaron en una sesión por semana durante un mes, de manera presencial y fueron dirigidas por enfermeras pertenecientes al programa.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 23 licenciado para la Universidad Nacional de Colombia. En las variables sociodemográficas se empleó estadística descriptiva; para la comparación pre y posprueba entre los grupos control y experimental se utilizó estadística no paramétrica por medio de la prueba de U de Mann-Whitney con nivel de significancia de 0,05

para comprobar la heterogeneidad de los resultados de percepción de soporte y de percepción de carga con el cuidado entre los grupos. La hipótesis teórica planteada fue: los cuidadores familiares del programa “Cuidando a los Cuidadores<sup>®</sup>” expuestos a intervenciones mediadas por las TIC con tres sesiones modifican la percepción de sobrecarga y la percepción de soporte social. Desde lo estadístico se buscó corroborar si las medias de sobrecarga del cuidado y soporte social eran iguales o no.

**Cuadro 1.** Variables medidas e instrumentos aplicados

VARIABLES	Instrumentos	Momento de medición
Sociodemográficas	Ficha de caracterización de diada del GPC-UN-D <sup>†</sup> : consta de aspectos sociodemográficos del cuidador y del receptor del cuidado, condiciones del cuidado, medios de comunicación e información	Únicamente al inicio del estudio en los dos grupos
Soporte social	<p>Questionario de soporte social percibido de Sherbourne y Stewart (22): comprende veinte ítems que miden la dimensión emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo por medio de una escala de 5 puntos, en donde a mayor puntaje, mayor el apoyo social percibido</p> <p>Pruebas de validez: consistencia interna de 0,94 por alfa de Cronbach y una validez de constructo que confirma las dimensiones originales con una varianza explicada del 64,1 % (23)</p>	Al inicio y al final del estudio en los dos grupos
Sobrecarga del cuidado	<p>Entrevista de sobrecarga con el cuidado del cuidador de Zarit: consta de 22 preguntas con escala tipo Likert de 5 opciones y una puntuación que va desde 22 a 110 puntos, en donde a mayor puntaje mayor sobrecarga.</p> <p>Pruebas de validez: en su versión original, la confiabilidad interobservador es de 0,71 y de 0,71 a 0,85 en validaciones internacionales. La consistencia interna por alfa de Cronbach de 0,91. La validez de criterio, muestra alta correlación, de 0,71 con el índice global de sobrecarga (24)</p>	Al inicio y al final del estudio en los dos grupos

**Fuente:** elaboración propia con base en la información de cada instrumento.

<sup>†</sup> Grupo Cuidado de enfermería al Paciente Crónico-Universidad Nacional de Colombia-Diada.

Esta investigación dio cumplimiento a los principios éticos de justicia, reciprocidad, beneficencia y no maleficencia (25, 26). El estudio contó con aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Todos los participantes aceptaron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado.

**Cuadro 2.** Descripción de la intervención

Apoyo y soporte social para el cuidado de un familiar con enfermedad crónica no transmisible y su relación con el uso de las tecnologías de la información y la comunicación		
Tema	Objetivo	Actividades y TIC
Apoyo psicológico y espiritual	Reconocer en la experiencia la importancia del apoyo emocional y espiritual y su relación con el uso de las TIC para el cuidado de un familiar con ECNT	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reflexión individual sobre cómo está la propia percepción de soporte social.</li> <li>2. Exposición de “¿Qué es y cómo se presenta el soporte social?”.</li> <li>3. Uso de TIC: video “Correr la carrera de la fe”.</li> <li>4. Reflexión grupal sobre la importancia del soporte social en esta experiencia de cuidado y su relación con el uso de las TIC.</li> </ol>
Apoyo instrumental	Reconocer el apoyo instrumental y su relación con el uso de las TIC para el cuidado de un familiar con ECNT	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reflexión individual sobre la sesión anterior: soporte social emocional y espiritual.</li> <li>2. Uso de TIC: video “Alguien apoya al que cuida”.</li> <li>3. Identificación grupal del soporte social instrumental.</li> <li>4. Revisión de la actividad diaria y el soporte instrumental necesario y requerido</li> </ol>
Apoyo social y redes sociales	Reconocer la importancia de la interacción social y las redes sociales, su vínculo con el uso de las TIC para el cuidado de un familiar con ECNT	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resumen de sesiones anteriores y síntesis de aprendizaje individual.</li> <li>2. Uso de TIC: video “Impresionante anuncio...”.</li> <li>3. Identificación del soporte social y redes sociales de los participantes en el taller.</li> <li>4. Identificación de nuevas estrategias de soporte con uso de las TIC.</li> </ol>

**Fuente:** elaboración propia con base en el contenido de la intervención (2018).

## Resultados

Las características sociodemográficas de los cuidadores y las personas con ECNT se encuentran en la Tabla 1.

La edad de los cuidadores osciló entre los 21 y 78 años con una media de 56 años, el tiempo que llevan como cuidadores fue de 8,6 años en promedio. Respecto a la persona con enfermedad crónica, la edad estuvo entre 5 y 90 años con una media de 79 años, el tiempo que llevan con la enfermedad es de 12 años en promedio. Las personas cuidadas en su mayoría tienen diagnóstico de enfermedad mental y pluripatología, que son condiciones crónicas poco reconocidas como de alta sobrecarga.

**Tabla 1.** Caracterización de los participantes

Característica		Persona con enfermedad crónica (n = 137) %	Cuidador familiar (n = 137) %
Género	Masculino	40	8
	Femenino	60	92
Nivel de escolaridad	Ninguna	11	0
	Primaria	56	15
	Bachillerato	12,5	33,7
	Técnico y/o profesional	19	46
	Posgrado	1,5	5,3
Estado civil	Casado(a)	31,7	
	Separado(a)	4,6	
	Soltero(a)	23	
	Unión libre	2,3	
	Viudo(a)	38,4	
Procedencia	Cundinamarca		68,4
	Boyacá		7
	Tolima		4,6
	Otros lugares del país		20
Parentesco con el paciente	Esposo(a)		11,5
	Hijo(a)		47
	Madre o padre		13
	Otro familiar		28,5
Religión	Católica		76
	Cristiana		8,5
	Otras		2,4
	No respondió		13,1
Único cuidador	Sí		46,2
	No		53,8
Diagnóstico médico	Enfermedad mental	21,9	
	Algún tipo de cáncer	11,7	
	Enfermedades cardio-cerebro-vasculares	16	
	Artritis	8,1	
	Respiratorias crónicas	8,1	
	Otras enfermedades crónicas	13,8	
Percepción subjetiva de ser una carga para su cuidador	Pluripatológicos	20,4	
	Muy alta	14,7	
	Alta	24,6	
	Moderada	26,1	
Baja	34,6		

Fuente: datos del estudio.

El nivel de sobrecarga de los dos grupos está entre leve e intenso, tanto en la medición pre como en la posintervención, se puede también decir que el grupo de mayor carga (grupo experimental) fue el intervenido, lo cual influye en los resultados hallados en este estudio al no alcanzar niveles de ausencia de sobrecarga significativos (Tabla 2).

**Tabla 2.** Niveles de sobrecarga en los grupos control y experimental (pre y posintervención)

Nivel de sobrecarga	Grupo control		Grupo experimental	
	Preprueba %	Posprueba %	Preprueba %	Posprueba %
Ausencia de sobrecarga	39,1	49,3	25	27,9
Sobrecarga leve	33,3	17,4	26,5	38,2
Sobrecarga intensa	27,6	33,3	48,5	33,9

Fuente: datos del estudio.

En los resultados descriptivos en las variables de sobrecarga del cuidado y soporte social se aprecia que no hubo diferencias en las medias de los grupos experimental y control; solo se percibe una leve disminución en las dimensiones de impacto y el total de la sobrecarga (véase Tabla 3 y 4).

Frente al total de sobrecarga, en la preprueba del grupo experimental se encontró una media de 56,46 puntos (DE: 15,3), frente a la postprueba de 51,71 puntos (DE: 14,3). Por su parte el grupo control en la preprueba tuvo una media de 49,43 (DE: 14,05) frente a una postprueba de 48,71 (DE: 14,5) (Tabla 3). En cuanto al soporte social el grupo experimental tuvo una media preprueba de 65,91 (DE: 18,2) frente a la postprueba de 66,03 (DE: 17,1). En el grupo control tuvo una media preprueba de 70,99 (DE: 17,05) frente a una postprueba de 68,14 (DE: 16,8) (Tabla 4).

En cuanto a la variable soporte social, tampoco se identificaron diferencias numéricamente importantes entre las medias pre y pos de la intervención convencional. Respecto al grupo experimental el aumento mínimo que se tuvo fue en la dimensión de apoyo emocional y en el total de la escala (véase Tabla 4).

Frente a los resultados intergrupo (Tabla 5) se encontró que en la preprueba de ambos grupos solo la variable de sobrecarga del cuidado tuvo diferencias significativas, indicando que cada grupo partió en niveles diferentes; en comparación con la variable de soporte social que no tuvo diferencias significativas antes de la intervención.

En cuanto a la posprueba, ninguna de las variables medidas tuvo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental, por lo que la intervención propuesta no tuvo resultados de efectividad estadísticamente comprobada.

Además de estos resultados, los participantes pertenecientes al grupo experimental evaluaron

la intervención de “Alguien apoya al que cuida”, en la que se observa que lo más importante para ellos fue haber conocido otras personas en situaciones similares y dentro de los aspectos por mejorar está el aumento en frecuencia y número de talleres. Se debe resaltar que los cuidadores identifican la TIC como algo positivo, pero desean que se amplíe esta estrategia con otros recursos basados en aplicaciones tecnológicas e Internet (véase Tabla 6).

**Tabla 3.** Sobrecarga del cuidado en los grupos control y experimental

Dimensiones	Grupo control								Grupo experimental							
	Preprueba				Posprueba				Preprueba				Posprueba			
	Mín	Máx	□	DS	Mín	Máx	□	DS	Mín	Máx	□	DS	Mín	Máx	□	DS
Impacto	12	51	29,42	9,652	12	49	28,62	9,913	14	54	33,13	9,476	13	55	29,06	8,699
Interpersonal	6	18	9,88	3,462	6	20	10,06	3,552	6	27	12,09	4,332	6	25	11,40	3,925
Competencias y expectativas	4	17	10,13	3,518	4	18	10,03	3,447	4	20	11,44	3,638	4	19	10,93	3,572

Mín: mínimo; Máx: máximo; □: media; DS = desviación estándar.

Fuente: datos del estudio.

**Tabla 4.** Soporte social en los grupos control y experimental

Dimensiones	Grupo control								Grupo experimental							
	Preprueba				Posprueba				Preprueba				Posprueba			
	Mín	Máx	□	DS	Mín	Máx	□	DS	Mín	Máx	□	DS	Mín	Máx	□	DS
Apoyo emocional	11	40	29,75	7,905	11	40	28,33	7,819	3	40	26,75	8,509	12	40	27,65	7,586
Apoyo instrumental	4	20	13,38	4,659	4	20	12,78	4,871	3	20	13,43	4,365	4	20	13,32	3,857
Interacción social	6	77	16,51	8,302	7	27	15,10	3,781	4	20	14,19	4,005	6	20	14,03	3,677
Apoyo afectivo	4	15	12,36	3,143	5	15	12,07	3,036	2	15	11,10	3,503	4	15	10,94	3,411

Mín: mínimo; Máx: máximo; □: media; DS = desviación estándar.

Fuente: datos del estudio.

**Tabla 5.** Comparación entre grupo control vs. grupo experimental

Prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes				
	Sobrecarga del cuidado	Signifi- cancia	Soporte social	Signifi- cancia
<b>Preprueba</b>	Rechazar hipótesis nula	0,007	Retener hipótesis nula	0,11
<b>Posprueba</b>	Retener hipótesis nula	0,17	Retener hipótesis nula	0,49

Hipótesis nula: la media del grupo control es igual a la media del grupo experimental. El nivel de significancia es de 0,05.

Fuente: datos del estudio.

**Tabla 6.** Evaluación de los participantes a la intervención “Alguien apoya al que cuida”

Descripción		Porcentaje % (n = 68)
Aspectos positivos	Permitir la expresión de sentimientos	22
	Conocer personas en situaciones similares	40
	Autoconocimiento como cuidadores	4
	Temática de apoyo social	15
	Identificación del apoyo social disponible	6
	Uso de videos para reflexionar	5
	Tener una visión positiva de la experiencia	8
Aspectos por mejorar	Explicación sobre la utilidad de las TIC	18
	Uso de TIC como foros, blogs o grupos de WhatsApp	20
	Información sobre fuentes confiables en Internet	5
	Emplear otras estrategias para manejo de las emociones	12
Aumento en la frecuencia y número de talleres		45

Fuente: datos del estudio.

## Discusión

Las intervenciones basadas en el soporte social contribuyen a la mejora de la calidad de vida del cuidador, promoviendo el bienestar y el adecuado acompañamiento en la labor del cuidado. Algunas de las estrategias para lograr la efectividad de estas intervenciones se han sustentado en el fortalecimiento de habilidades de cuidado, apoyo en la creación de redes de cuidadores y uso de alguna TIC como forma para comunicarse e informarse constantemente (9, 27, 28).

De acuerdo con Campos *et al.* (29) el uso de las TIC como el Internet y el teléfono proporciona un seguimiento oportuno, mejora las habilidades para la resolución de problemas y disminuye el negativismo y la impulsividad. Así mismo, brindar educación sobre la enfermedad y los cuidados, a través de las TIC, reduce los niveles de depresión, estrés y ansiedad, mejorando la tolerancia a la frustración.

Por otra parte, estudios han demostrado que las intervenciones de enfermería que buscan fortalecer la habilidad de cuidado logran acortar la percepción de sobrecarga del cuidado (30-32). Los cuidadores refieren que para asumir su rol requieren de conocimientos sobre la enfermedad y sus cuidados, el acompañamiento familiar, el reconocimiento de su labor y la interacción con personas que han experimentado situaciones similares (33, 34).

La intervención "Alguien apoya al que cuida" haciendo uso de las TIC buscaba favorecer la interacción social y personal, proveer apoyo emocional y dar reconocimiento a la labor del cuidador. Esta intervención utiliza videos informativos para desarrollar procesos cognitivos y de reflexión durante reuniones presenciales dentro del programa "Cuidando a los Cuidadores®", donde se promovía la participación individual y grupal alrededor del mensaje del video.

Se esperaba que la intervención propuesta fuera más efectiva para mejorar la percepción de soporte social y disminuir la percepción de sobrecarga del cuidado en los cuidadores que la intervención convencional que se brindaba en el mismo programa en el nivel de seguimiento. Los resultados de este estudio demostraron que la intervención planteada no fue estadísticamente significativa al comparar las variables medidas entre el grupo control y el grupo experimental; sin embargo, el grupo experimental mostró una leve reducción en

el puntaje de sobrecarga de Zarit luego de la intervención, indicando un leve efecto en la disminución de la percepción de sobrecarga del cuidado.

Se reportan estudios con resultados similares a los obtenidos en esta investigación (35, 36), implementando TIC como plataformas virtuales y teleconferencias que procuran brindar educación al cuidador sobre la enfermedad, redes de apoyo social e interacción con otros cuidadores, con el fin de aminorar la carga de cuidado, lo que evidencia baja adherencia de los cuidadores a las TIC, sin cambios significativos sobre la variable de percepción de carga.

En contraste, algunas investigaciones reportan efectividad de las intervenciones donde se hace uso de las TIC (16, 17, 37, 38); se han aplicado seguimientos telefónicos en periodos de tiempo considerables donde ofrecen educación sobre la enfermedad, apoyo emocional y estrategias de resolución de conflictos. Algunas intervenciones disponían de sesiones presenciales grupales y consultas con equipos multidisciplinarios, y como resultado, evidenciaron mejora significativa en la percepción de carga, calidad de vida y niveles de estrés y depresión en los cuidadores. En cuanto a la variable de soporte social, existen estudios de intervención que fueron efectivos, pero en los que el uso de las TIC fue mínimo o nulo (18).

Ante estos resultados, se deben tener en cuenta variables como el tiempo de la intervención, estrategias empleadas para el desarrollo de la intervención, el tipo de TIC aplicada a los cuidadores y las estrategias de seguimiento, pues como se advierte en los estudios mencionados, las temáticas ofrecidas son adecuadas pero la forma de implementarlas al parecer no se ajusta al perfil de los participantes, además, la duración de la intervención y su seguimiento en el tiempo es importante, ya que parece que en periodos largos las intervenciones mejoran su efectividad.

Por último, es de resaltar que los participantes del presente estudio evaluaron la intervención de manera positiva, para ellos la temática de soporte social fue relevante, permitiéndoles la expresión de sentimientos e interactuar con otras personas que tienen su mismo sentir sobre cuidar a una persona con ECNT, a pesar de que la intervención no tuvo un efecto significativo.

Estos resultados no implican que se deba desistir de ofrecer intervenciones en soporte social con uso



de TIC, pues para enfermería esta línea de trabajo es valiosa para el reconocimiento de necesidades que implican el seguimiento y la interacción entre cuidadores y con el sistema de salud (9). Se reconoce la existencia de aspectos multidimensionales y multifactoriales como el soporte social y la sobrecarga del cuidado, que implican el ajuste de las intervenciones de acuerdo con el perfil de los cuidadores, así que, ante la evaluación positiva de la intervención “Alguien apoya al que cuida”, se debe rediseñar la forma de entrega de la información y el empleo de otras estrategias TIC para evaluar nuevamente su efecto en el soporte social.

## Conclusiones

El perfil de las personas con enfermedad crónica del estudio responde al perfil reportado en la literatura en donde cuidan personas que pueden ser hombres y mujeres en iguales posibilidades, por lo general, son personas con bajos niveles de escolaridad, viudos o casados, con patologías que implican varios orígenes (pluripatología) y pueden percibir que son baja o moderada carga para sus cuidadores. De igual forma, el perfil de los cuidadores es en su mayoría mujeres, con mejores niveles de formación que sus pacientes, procedentes en su mayoría de Cundinamarca (asociado a la circunscripción del estudio) y el mayor parentesco es ser hijos del paciente crónico; profesan religión católica y en la mayoría de los casos no son los únicos cuidadores.

La intervención de enfermería “Alguien apoya al que cuida” del programa “Cuidando a los Cuidadores®” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia no tuvo efecto estadísticamente significativo en las percepciones de soporte social y sobrecarga del cuidado, aunque en esta última hubo una leve disminución en la puntuación media en el grupo experimental versus el grupo control.

Al iniciar la intervención los grupos empezaron con el mismo nivel de soporte social pero no fue así en la variable de sobrecarga del cuidado, lo cual podría indicar un mayor efecto en la variable de sobrecarga que es la de mayor influencia en las intervenciones con cuidadores.

Los resultados de esta intervención pueden estar relacionados con el tiempo de duración de esta, la medición inmediata de las variables, el perfil de los cuidadores y las estrategias TIC empleadas para la entrega de los talleres, tal como se contrastó con diversos estudios; sin embargo, tuvo una evaluación

positiva por parte de los participantes. En consecuencia, esta intervención será reajustada de acuerdo con la evaluación de los participantes y con la efectividad demostrada de otros estudios en los que se aplicaron TIC.

## Apoyo financiero

Trabajo financiado por la Convocatoria 2016-2017: Proyectos de investigación Facultad de Enfermería al proyecto titulado “Efecto de una intervención de enfermería para brindar soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica”, código Hermes 37280.

## Referencias

- (1) Organización Mundial de la Salud. Las 10 principales causas de defunción. Disponible en: <https://bit.ly/2RtpwQy>
- (2) Noohi E, Peyrovi H, Imani Z, Kazemi M. Perception of social support among family caregivers of vegetative patients: a qualitative study. *Conscious Cogn.* 2016;41:150-8. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.concog.2016.02.015>
- (3) Plank A, Mazzoni V, Cavada L. Becoming a caregiver: new family carers' experience during the transition from hospital to home. *J Clin Nurs.* 2012;21:2072-82. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04025>
- (4) Prince M, Wu F, Guo Y, Gutiérrez L, O'Donnell M, Sullivan R *et al.* The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet.* 2015;385(9967):549-62. Disponible en: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7)
- (5) Xie H, Cheng C, Tao Y, Zhang J, Robert D, Jia J *et al.* Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes.* 2016;14:1-9. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1186/s12955-016-0504-9>
- (6) Barreto RV, Coral RdC, Campos MS, Gallardo K, Ortiz VT. Cuidadores y cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia: más similitudes que diferencias. *Salud Uninorte.* 2015;31(2):255-65. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.14482/sun.31.2.6988>
- (7) Mendoza G. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. *Rev Soc Perú Med Interna.* 2014;27(1):12-8. Disponible en: <https://bit.ly/389SR8x>
- (8) Buck HG, Harkness K, Wion R, Carroll SL, Cosman T, Kaasalainen S *et al.* Caregivers' contributions to heart failure self-care: a systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2015;14(1):79-89. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1177/1474515113518434>

- (9) Hernández NE, Moreno CM, Barragán JA. Necesidades de cuidado de la diada cuidador-persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería. *Rev Cuid.* 2014;5(2):748-56. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.87>
- (10) Barrera L, Campos MS, Gallardo K, Coral RC, Hernández A. Soporte social percibido por las personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares en cinco macro regiones geográficas de Colombia. *Rev Univ Salud.* 2016;18(1):102-12. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.161801.23>
- (11) Romero SL, Correa BL, Camargo FA. Soporte social percibido en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Rev Univ Salud.* 2017;19(1):85-93. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.171901.72>
- (12) Romero E, Bohórquez C, Castro K. Calidad de vida y sobrecarga percibida por cuidadores familiares de pacientes con enfermedad renal crónica, Cartagena (Colombia). *Arch Med.* 2018;18(1):105-13. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.18.1.2520.2018>
- (13) Herrera A, Flórez I, Romero E, Montalvo A. Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. *Aquichan.* 2012;12(3):286-97. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.3.7>
- (14) Chaparro OL. ICT as a social support mechanism for family caregivers of people with chronic illness: a case study. *Aquichan.* 2013;13(1):27-40. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n1/v13n1a04.pdf>
- (15) Flórez IE, Montalvo A, Romero E. Soporte social con tecnologías de la información y la comunicación a cuidadores: una experiencia en Cartagena, Colombia. *Invest Educ Enferm.* 2012;30(1):55-65. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v30n1/v30n1a07.pdf>
- (16) Tremont G, Davis JD, Papandonatos GD, Ott BR, Fortinsky RH, Gozalo P *et al.* Psychosocial telephone intervention for dementia caregivers: a randomized, controlled trial. *Alzheimer's Dement.* 2015;11(5):541-8. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.05.1752>
- (17) Hu X, Dolansky MA, Su Y, Hu X, Qu M, Zhou L. Effect of a multidisciplinary supportive program for family caregivers of patients with heart failure on caregiver burden, quality of life, and depression: a randomized controlled study. *Int J Nurs Stud.* 2016;62:11-21. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.006>
- (18) Zabalegui A, Galisteo M, Navarro MM, Cabrera E. INFOSA intervention for caregivers of the elderly, an experimental study. *Geriatr Nurs.* 2016;37(6):426-33. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.001>
- (19) Barrera L, Pinto N, Sánchez B, Carrillo G, Chaparro L. Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. Disponible en: <https://bit.ly/2OXmXEU>
- (20) Sidani S, Braden C. Design, evaluation, and translation of nursing interventions. Nueva Jersey: Wiley-Blackwell; 2011.
- (21) Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6.ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill/Interamericana; 2014.
- (22) Sherbourne C, Stewart A. The MOS social support survey. *Soc Sci Med.* 1991;32(6):705-14.
- (23) Londoño NE, Rogers H, Castilla JF, Posada S, Ochoa N, Jaramillo MA, Oliveros M *et al.* Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *Int J Psychol Res.* 2012;5(1):142-50. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.21500/20112084.770>
- (24) Breinbauer KH, Vásquez VH, Mayanz SS, Guerra C, Millán KT. Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Méd Chile.* 2009;137(5):657-65. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>
- (25) Consejo de Organizaciones Internacionales en Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra: OMS; 2008.
- (26) Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. Ley 911 de 2004 del 5 de octubre. *Diario Oficial* 45.693 de 6 de octubre de 2004.
- (27) Chi NC, Demiris G. A systematic review of telehealth tools and interventions to support family caregivers. *J Telemed Telecare.* 2015;21(1):37-44. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1177/1357633X14562734>
- (28) Díaz JC, Pinilla M, Eslava DG, Padilla MP. Soporte social con herramienta edumática para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Aquichan.* 2014;14(3):364-87. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.3.8>
- (29) Campos MS, Moya D, Mendoza JD, Duran EY. Las enfermedades crónicas no transmisibles y el uso de tecnologías de información y comunicación: revisión sistemática. *Rev Cuid.* 2014;5(1):661-9. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i1.104>
- (30) Sánchez RT, Molina EM, Gómez OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Rev Cuid.* 2016;7(1):1171-84. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>
- (31) Eterovic C, Mendoza S, Sáez K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enferm Glob.* 2015;14(38):235-48. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.2.198121>

(32) Carrillo G, Barrera L, Sánchez B, Carreño S, Chaparro L. Efecto del programa de habilidad de cuidado para cuidadores familiares de niños con cáncer. *Rev Colomb Cancerol.* 2014;18(1):18-26. Disponible en: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0123-9015\(14\)70221-5](https://doi.org/10.1016/S0123-9015(14)70221-5)

(33) Puerto HM. Soporte social percibido en cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Rev Cuid.* 2017;8(1):1407-22. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.345>

(34) García FE, Manquián E, Rivas G. Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas.* 2016;15(3):101-11. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Is-sue3-fulltext-770>

(35) Dam A, Christie HL, Smeets C, Van Boxtel M, Verhey F, De Vugt ME. Process evaluation of a social support platform 'Inlife' for caregivers of people with dementia. *Internet Interv.* 2018;15:18-27. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.09.002>

(36) Shah SP, Glenn GL, Hummel EM, Hamilton JM, Martine RR, Duda JE *et al.* Caregiver tele-support group for Parkinson's disease: a pilot study. *Geriatr Nurs.* 2015;36(3):207-11. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.02.002>

(37) Etemadifar S, Heidari M, Jivad N, Masoudi R. Effects of family-centered empowerment intervention on stress, anxiety, and depression among family caregivers of patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2018;88:106-12. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.08.030>

(38) Cianfrocca C, Caponnetto V, Donati D, Lancia L, Tartaglino D, Di Stasio E. The effects of a multidisciplinary education course on the burden, health literacy and needs of family caregivers. *Appl Nurs Res.* 2018;44:100-6. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.10.004>

# Validação de cartilha sobre cateterização intravenosa periférica para famílias\*

Validación de cartilla sobre cateterización intravenosa periférica para familias

Validation of booklet on peripheral intravenous catheterization for families

\*Estudo extraído do projeto de pesquisa: "Segurança do paciente pediátrico e sua família: estudo de tecnologias e eventos adversos relacionados a terapia intravascular periférica".

**Cómo citar:** Gomes e Silva C, Santos L, Souza M, Passos S, Santos S. Validação de cartilha sobre cateterização intravenosa periférica para famílias. Av Enferm, 2020. 38(1): 28-36. DOI:<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.79397>

## 1 Cleonara Sousa Gomes e Silva

Universidade Estadual de Feira de Santana (Feira de Santana, Brasil).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4827-8306>  
Correio eletrônico: cleosilvauefs@gmail.com

**Contribuição:** análise e interpretação dos dados; redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada.

## 2 Luciano Marques dos Santos

Universidade Estadual de Feira de Santana (Feira de Santana, Brasil) e Universidade Federal de São Paulo (São Paulo, Brasil).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7866-6353>  
Correio eletrônico: lucmarxeno@yahoo.com.br

**Contribuição:** concepção e projeto; análise e interpretação dos dados; redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada.

## 3 Manuela de Jesus Souza

Universidade Estadual de Feira de Santana (Feira de Santana, Brasil).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2164-0547>  
Correio eletrônico: manusouzauefs@gmail.com

**Contribuição:** análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

## 4 Sílvia da Silva Santos Passos

Universidade Estadual de Feira de Santana (Feira de Santana, Brasil).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2104-5131>  
Correio eletrônico: ssspastos@yahoo.com.br

**Contribuição:** análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

## 5 Silvone Santa Barbara da Silva Santos

Universidade Estadual de Feira de Santana (Feira de Santana, Brasil).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5681-7894>  
Correio eletrônico: silvone.santabarbara@gmail.com

**Contribuição:** análise e interpretação dos dados; redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo.

DOI: <http://doi.org/10.15446/avenferm.v38n1.79397>

Recibido: 29/04/2019 Aceptado: 15/10/2019



## Resumo

**Objetivo:** validar o conteúdo e a aparência da tecnologia didática e instrucional intitulada *Punção venosa periférica para família*, junto aos familiares acompanhantes de crianças hospitalizadas.

**Método:** trata-se de um estudo metodológico do tipo validação de tecnologia. Os participantes foram familiares acompanhantes de crianças hospitalizadas submetidas à cateterização intravenosa periférica. A coleta e a análise dos dados foram realizadas com base no Índice de Validação de Conteúdo, que considera desejável o valor igual ou superior a 0,80.

**Resultados:** a cartilha foi validada na primeira rodada, na qual se obtiveram índices máximos na maioria das variáveis, com índice de validação de conteúdo global igual a 0,98. Entretanto, alguns familiares apontaram alterações a serem feitas no material.

**Conclusão:** o objetivo proposto pelo estudo foi alcançado, uma vez que a cartilha está validada quanto ao conteúdo e à aparência de acordo com a avaliação do público-alvo.

**Descritores:** Família; Enfermagem Pediátrica; Criança Hospitalizada; Tecnologia Educacional; Cateterismo Periférico (fonte: DeCS, BIREME).

## Resumen

**Objetivo:** validar la apariencia de la tecnología didáctica e instruccional titulada *Punción venosa periférica para la familia* junto a los familiares acompañantes de niños hospitalizados.

**Método:** se trata de un estudio metodológico del tipo de validación de tecnología. Los participantes fueron familiares acompañantes de niños hospitalizados sometidos a cateterización intravenosa periférica. El análisis y recolección de datos se realizaron con base en el índice de validez de contenido, considerado con valores deseables iguales y superiores a 0,80.

**Resultados:** la cartilla se validó en la primera ronda, obteniendo valores máximos en la mayoría de las variables con índice de validación de contenido global igual a 0,98. Sin embargo, algunos familiares sugirieron cambios en el material.

**Conclusión:** se alcanzó el objetivo propuesto por el estudio una vez que la cartilla está validada en cuanto a la apariencia de acuerdo con la evaluación del público objetivo.

**Descriptorios:** Familia; Enfermería Pediátrica; Niño Hospitalizado; Tecnología Educacional; Cateterismo Periférico (fuente: DeCS, BIREME).

## Abstract

**Objective:** to validate the appearance and content of the didactic and instructional technology entitled *Peripheral venous puncture for the family* with accompanying relatives of hospitalized children.

**Method:** this is a methodological study of the technology validation type. Participants were accompanying relatives of hospitalized children undergoing peripheral intravenous catheterization. The analysis and data collection were performed based on the content validity index, considering a desirable value equal to and greater than 0.80.

**Results:** the booklet was validated in the first round, obtaining maximum indexes in most variables with a global content validation index of 0.98. However, some relatives pointed out changes to be made in the material.

**Conclusion:** the objective proposed by the study was achieved since the booklet is validated as to its appearance following the evaluation of the target audience.

**Descriptors:** Family; Pediatric Nursing; Child Hospitalized; Educational Technology; Catheterization, Peripheral (source: DeCS, BIREME).

## Introdução

A cateterização intravascular periférica (CIP) é um procedimento invasivo e doloroso que provoca reações negativas nas crianças, como recusa, medo, susto, choro e transpiração. Portanto, esse procedimento é caracterizado como um momento de crise (1). Ao presenciar as manifestações de sofrimento da criança durante a CIP, os familiares também apresentam sentimentos negativos como medo, tristeza (2), ansiedade e estresse (3); além disso, o próprio adoecimento da criança e a nova rotina vivenciada no contexto hospitalar intensificam esses sentimentos (4).

Familiares de um estudo qualitativo realizado em Alberta, Canadá, compartilharam com os pesquisadores muitas histórias das experiências anteriores de seus filhos com procedimentos dolorosos. Embora cada experiência tenha sido única, os cuidadores relataram, de forma reiterada, o impacto negativo e duradouro de tais experiências, tanto para eles quanto para seus filhos (3).

Portanto, a CIP é um dos procedimentos hospitalares mais desafiadores e estressantes para os familiares de crianças (3), tendo em vista que eles precisarão adquirir estratégias tanto para ajudá-las quanto para se manterem fortalecidos durante essa experiência. Entretanto, a experiência negativa da família durante a CIP pode estar associada ao não conhecimento das etapas e dos processos que envolvem a realização do procedimento, além da falta de informações de como podem contribuir nesse momento (5).

Os familiares também vivenciam bons momentos durante a hospitalização da criança, quando são incluídos na execução do cuidado, por meio do esclarecimento de dúvidas, orientações e estímulos realizados pelos profissionais de saúde (6). Todavia, alguns familiares destacam a necessidade de receber informações e de saber o motivo do procedimento realizado na criança, para que eles se sintam mais confiantes (3, 7).

Os familiares compreendem o valor das informações que são fornecidas pelos profissionais de saúde sobre a CIP, sentindo-se bem informados sobre esse procedimento. No entanto, expressam que a questão de maior importância é garantir que

a criança se sinta bem preparada e apoiada durante todo o procedimento (3).

Nesse sentido, é necessário que os profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, incorporem, em sua prática clínica diária, os pressupostos da filosofia do cuidado centrado na família (CCF), com destaque para o compartilhamento de informações, a participação e a colaboração (8). Dessa forma, é fortalecida a crença de que a família é uma constante na vida da criança hospitalizada e que o estabelecimento da parceria entre seus integrantes (9) é uma forma de potencializar a sua participação no cuidado da criança hospitalizada com necessidade de CIP.

Dada a importância da comunicação, alguns métodos para o acesso a informações sobre a CIP são apontados por familiares de crianças hospitalizadas, tais como vídeos, pôsteres e panfletos. Por meio desses métodos, os familiares seriam capacitados a se comunicar adequadamente com a criança, o que promoveria segurança para ela durante a CIP, além de facilitar a comunicação com os profissionais de saúde (3).

Também, para reduzir o medo, a ansiedade e a dor da criança e de seus familiares durante as experiências estressantes de assistência à saúde, profissionais são treinados para fornecer intervenções adequadas ao seu desenvolvimento, a exemplo de brincadeiras terapêuticas, preparação processual, enfrentamento processual, apoio e educação. Crianças cujos pais receberam esse apoio colaboram mais durante a CIP, quando comparadas àquelas que receberam cuidados por um não treinado (10).

Portanto, os familiares relatam menos ansiedade e interpretam sua experiência de maneira mais positiva quando se sentem ouvidos, estão envolvidos nas decisões sobre os cuidados do paciente e recebem informações apropriadas (11).

No Brasil, uma profissional que tem se tornado especialista na utilização de métodos para a comunicação com a família, e a própria criança, tem sido a enfermeira pediatra. O contato próximo com esses pacientes, aliado ao potencial de inovação que a área de saúde oferece, leva o profissional a buscar soluções que facilitem o cuidado (12).

Desse modo, a utilização de cartilhas impressas configura-se como uma das estratégias de promoção do cuidado da família, na perspectiva do CCF, já que possuem baixo custo e são de fácil acesso para

a leitura em momentos oportunos (5). Esses recursos podem diminuir os sentimentos negativos da família relativos à CIP e podem aumentar sua satisfação com os cuidados prestados à criança, o que contribuiria para melhorar o relacionamento com os profissionais de saúde (9, 13).

A utilização de cartilhas na prática clínica diária da enfermeira pediatra poderá contribuir com a educação em saúde dos familiares, proporcionando informações adequadas sobre a CIP. Também, por serem recursos impressos, podem ser lidos em qualquer momento da hospitalização da criança, conforme a necessidade do familiar por informações e sua motivação para a leitura desses materiais (5).

Entretanto, no contexto brasileiro, é incipiente a produção do conhecimento sobre a elaboração e validação de tecnologias educacionais impressas para uso de familiares que contenham informações sobre a CIP em crianças. Alguns manuais encontrados que fornecem informações técnicas sobre a CIP para a criança e seus familiares são: *Minha Punção Venosa Periférica* (14), *Manual de orientação para cuidados de crianças sobre punção venosa* (15) e *Punção venosa periférica para família* (5).

Para a utilização desses recursos educacionais impressos, é preciso realizar o processo de validação com o público-alvo (16-19), a fim de verificar a compreensão e a possível aplicabilidade prática. Diante disso, este estudo propôs a validação de conteúdo e de aparência da cartilha *Punção venosa periférica para família*, juntamente com familiares acompanhantes de crianças hospitalizadas.

Diante do exposto, questionou-se sobre as propriedades psicométricas da referida cartilha quanto ao conteúdo e à aparência, segundo a avaliação de familiares.

Assim, este estudo objetivou validar o conteúdo e a aparência da cartilha *Punção venosa periférica para família* junto aos familiares acompanhantes de crianças hospitalizadas em um hospital pediátrico do interior da Bahia, Brasil.

## Métodos

Tratou-se de pesquisa metodológica do tipo validação de tecnologia, realizada em um hospital pediátrico localizado em uma cidade do interior da Bahia, Brasil.

A cartilha foi elaborada com base na literatura científica nacional e internacional sobre terapia intravenosa (TIV) e dispositivos intravenosos periféricos. Também, utilizou-se do conhecimento acerca dos sentimentos vivenciados por familiares durante a realização da CIP em crianças, com a finalidade de traçar estratégias assistenciais para o desenvolvimento do CCF e na criança para a promoção da segurança do paciente (5).

A cartilha foi estruturada em forma de narrativa, sendo dividida nas seguintes etapas: experiência do familiar, conceitos relacionados à CIP (como o conceito de veia, cateter e motivos pelos quais é retirada a CIP), e explicação do passo a passo do procedimento; por fim, são listadas as estratégias que podem auxiliar os familiares a reduzirem o estresse antes, durante e após a CIP (5).

Após a elaboração da cartilha, seguiu-se para a validação de conteúdo e aparência com sete especialistas na temática e no desenvolvimento e validação de tecnologias instrucionais; com isso, obteve-se o índice global de validação de conteúdo de 0,98 (5).

Por conseguinte, iniciou-se o processo de validação com uma amostra não probabilística e intencional de 10 familiares de crianças hospitalizadas nas unidades clínicas médica, cirúrgica e oncológica. Estudos apontam que, para a validação de materiais instrucionais, o número de avaliadores varia entre 7 e 30 (16-19).

Os participantes foram selecionados mediante os seguintes critérios de inclusão: ser acompanhante da criança na atual hospitalização e ter presenciado pelo menos uma CIP. Foram excluídos os acompanhantes de crianças em enfermarias que necessitassem da utilização de alguma medida de precaução específica de contato ou respiratória e aqueles que não estivessem aptos para realizar a leitura da cartilha por não saberem ler ou estarem indispostos.

A coleta de dados ocorreu em agosto de 2016, de segunda a sexta-feira, no turno diurno, por duas alunas de iniciação científica, devidamente treinadas pelo pesquisador principal. As coletadoras, inicialmente, apresentaram aos familiares elegíveis os objetivos, a metodologia para a coleta de dados, os riscos e os benefícios da pesquisa, mediante a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Em seguida, após a obtenção do consentimento para participar da pesquisa, por meio da assinatura do TCLE, a cartilha foi apresentada para os participantes.

Após o familiar ter lido a cartilha no tempo que desejasse, foi aplicado um questionário para averiguar o sexo, o grau de parentesco e a idade do participante, o local de hospitalização da criança e o número de CIP observadas na unidade. O instrumento de coleta também continha 27 itens sobre o conteúdo, a linguagem, a ilustração, o *layout*, a motivação, a cultura e a aplicabilidade da cartilha a ser validada, que foram extraídos de pesquisas nacionais sobre validação de materiais educativos (20-23). Os familiares poderiam discordar fortemente, discordar, concordar ou concordar fortemente com os itens validados.

Os dados coletados foram digitados e analisados no Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 22.0. Os dados da caracterização dos participantes foram analisados por meio de estatística descritiva, sendo as variáveis quantitativas descritas por meio de médias e desvios-padrão (DP), e as qualitativas por frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Os dados dos 27 itens julgados foram analisados por meio do Índice de Validação de Conteúdo (IVC), sendo calculados o Item-level Content Validity Index (I-CVI) dos itens individuais, o qual corresponde à divisão entre a quantidade de respostas “concordo” dividida pelo número de participantes. Também se verificou a concordância relacionada às categorias específicas dos itens, com a utilização da Scale Level Content Validity Index (S-CVI/Ave), sendo calculada por meio da soma do I-CVI dos itens de uma categoria específica dividida pelo número total de itens dessa categoria. Por fim, calculou-se o índice global de validação de conteúdo (S-CVI Global), ou seja, a soma do I-CVI de todos os itens dividida pelo número total de itens (24). Adotou-se como consenso desejável IVC igual ou superior a 0,80 para cada item avaliado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana por meio do Parecer n.º 841612 e do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (Cae) n.º 34172014.7.0000.0053.

## Resultados

Participaram do estudo 10 familiares do sexo feminino; destas, 9 mães e 1 avó; com média de idade de 34,6 anos, sendo a idade mínima de 25 anos e a máxima de 57 anos (DP ± 9,1); com ensino médio completo (60 %). Os familiares estavam acompanhando

crianças com tempo médio de hospitalização de 7,3 dias (DP ± 7,7), nas unidades de clínica cirúrgica (50 %) e clínica oncológica (30 %), sendo 8,6 o número médio de CIP observadas (1-20 CIP, DP ± 6,0).

Nas Tabelas 1 e 2, são apresentados os I-CVI de cada item analisado e o S-CVI/Ave das categorias. A cartilha foi validada na primeira rodada de avaliação pelos familiares, na qual se obteve S-CVI global de 0,98.

**Tabela 1.** Distribuição dos índices de validação de conteúdo segundo a avaliação dos familiares para os critérios de conteúdo, linguagem e ilustração. Feira de Santana (BA), 2016

Variáveis	I-CVI
<b>Conteúdo</b>	
As falas estão de acordo com a experiência vivida pelos familiares durante a punção venosa.	1,0
O conteúdo está direcionado para um familiar.	1,0
O conteúdo é necessário para o conhecimento do familiar sobre a punção venosa.	1,0
O texto está organizado.	1,0
A apresentação do conteúdo facilita o entendimento.	1,0
S-CVI/Ave	1,0
<b>Linguagem</b>	
A forma da escrita é para um familiar.	1,0
Os textos são atrativos.	1,0
Os textos estão claros.	1,0
S-CVI/Ave	1,0
<b>Ilustração</b>	
As ilustrações estão de acordo com o conteúdo.	1,0
As ilustrações estão claras e facilitam o entendimento do conteúdo.	1,0
As ilustrações estão com uma boa qualidade.	1,0
A quantidade de ilustrações é suficiente para entender o assunto.	1,0
Cada ilustração é importante.	1,0
S-CVI/Ave	1,0

**Fonte:** coleta de dados.

Na avaliação do conteúdo (Tabela 1), os entrevistados consideraram que a cartilha possuía falas compatíveis com as experiências vivenciadas pelos familiares durante a CIP, direcionadas para um familiar e necessárias para a obtenção de conhecimento sobre o procedimento. O texto foi considerado organizado, e a apresentação do conteúdo facilitou a obtenção de conhecimento.

No que se refere à linguagem (Tabela 1), os familiares afirmaram que a forma da escrita estava direcionada para um familiar e que os textos eram atrativos e claros. As ilustrações foram consideradas claras e coerentes com o conteúdo, além de



facilitarem o entendimento do que estava sendo apresentado pela cartilha. Também, para os familiares, as ilustrações continham boa qualidade, e a quantidade era suficiente para entender o assunto.

**Tabela 2.** Distribuição dos índices de validação de conteúdo segundo a avaliação dos familiares para os critérios de *layout*, motivação, cultura e aplicabilidade. Feira de Santana (BA), 2016

Variáveis	I-CVI
<b>Layout</b>	
O tipo de letra ajuda na leitura.	1,0
As cores do texto facilitam na leitura.	1,0
O texto e a ilustração chamam a atenção.	1,0
O formato da cartilha está adequado.	1,0
A organização do texto está adequada.	1,0
O tamanho da letra está adequado.	1,0
O tamanho da cartilha está adequado.	1,0
S-CVI/Ave	1,0
<b>Motivação</b>	
Sentiu-se motivado a ler a cartilha do início ao fim.	0,9
O assunto despertou interesse.	1,0
O conteúdo esclareceu as dúvidas e ajudou a desenvolver estratégias que diminuíssem o estresse causado pela punção venosa.	1,0
S-CVI/Ave	0,96
<b>Cultura</b>	
A cartilha pode ser utilizada por qualquer familiar acompanhante da criança hospitalizada que recebe a punção venosa.	1,0
A cartilha ajuda a inserir o familiar no processo de cuidado à criança hospitalizada.	1,0
S-CVI/Ave	1,0
<b>Aplicabilidade</b>	
A cartilha pode ser usada como instrumento de cuidado ao familiar acompanhante da criança hospitalizada	1,0
S-CVI/Ave	1,0

Fonte: coleta de dados.

Na avaliação do *layout* (Tabela 2), os familiares consideraram que o tipo da letra e as cores dos textos facilitaram a leitura; o texto e as ilustrações chamaram a atenção; o formato da cartilha, a organização do texto, o tamanho da letra e o da cartilha eram adequados.

Os familiares consideraram que a cartilha motivou a leitura do início ao fim e apontaram que esse material educativo poderia ser utilizado por qualquer familiar e poderia ajudar a inseri-lo no cuidado à criança hospitalizada. O material didático e instrucional também possuía boa aplicabilidade prática (Tabela 2).

Os familiares avaliaram o título e a capa da cartilha. Esta chamava a atenção, estimulava a leitura e demonstrava o assunto abordado pela cartilha, e o título era adequado à temática proposta (Tabela 3).

**Tabela 3.** Distribuição do índice de validação de conteúdo segundo a avaliação dos familiares para a capa e o título da cartilha. Feira de Santana (BA), 2016

Variáveis	I-CVI
<b>Capa e título</b>	
A capa chama a atenção.	0,9
Ao ver a capa, sente vontade de ler a cartilha.	1,0
A capa demonstra o conteúdo que a cartilha abordará.	0,9
O título está adequado.	1,0
S-CVI/Ave	0,95

Fonte: coleta de dados.

Apesar de a cartilha alcançar a validade de conteúdo na primeira rodada, dois familiares sugeriam alterações nas imagens da capa, sendo acatadas as sugestões, e a imagem foi modificada por um familiar que presenciou a realização da CIP na criança.

## Discussão

A cartilha *Punção venosa periférica para família* foi elaborada com a finalidade de preparar os familiares para a CIP em crianças, de modo a introduzi-los no cuidado, a fim de promover o conforto da criança e amenizar o estresse e o sofrimento decorrentes da CIP.

A cartilha foi considerada válida quanto ao conteúdo e à aparência pelos familiares na primeira rodada, com i-cvi superior a 0,80 em todos os itens e s-cvi global de 98 %, o que demonstra a satisfação dos participantes com o material.

A validação da cartilha com o público-alvo é essencial para verificar a compreensão e a clareza do material proposto, para assim utilizá-lo na prática clínica. Outros estudos também adotaram o i-cvi como método de análise para a validação de conteúdo e aparência de materiais didáticos e instrucionais (16, 18, 22, 23).

O conteúdo apresentou facilidade de entendimento, além de linguagem adequada e textos atrativos e claros. Ao esclarecer dúvidas de maneira simples e acessível para os familiares, vê-se a promoção de segurança para o paciente (25).

Portanto, o conteúdo coerente e uma linguagem compreensível são elementos essenciais para a construção de um material didático e instrucional direcionado à promoção da segurança do paciente e do seu familiar, uma vez que são considerados instrumentos educacionais para o cuidado.

Também se verificou, por meio da análise da motivação, que a cartilha apresentava elementos que motivavam a leitura do início ao fim, o assunto despertava interesse, e o conteúdo esclarecia as dúvidas e ajudava os familiares a desenvolverem estratégias que diminuíssem o estresse tanto deles como o das crianças durante a CIP.

Destacam-se, como elemento diferencial da cartilha validada, as estratégias que os familiares podem adotar durante a CIP para amenizar o estresse, sendo estas apontadas por familiares que vivenciaram a inserção intravenosa de cateteres por via periférica em crianças e que participaram da pesquisa qualitativa que estimulou o desenvolvimento da cartilha *Punção venosa periférica para família* (5). Ressaltam-se, entre as estratégias, a solicitação de informações dos profissionais que realizaram a CIP e a prática de ações de afeto, como acalmar, abraçar, beijar ou segurar a mão do paciente (26).

Pesquisas apontam algumas estratégias utilizadas pelos familiares para auxiliar a criança durante a CIP, como tocar, falar sobre outros assuntos ou mostrar objetos para distrair, acariciar, beijar e abraçar (27). Autores discutem que a promoção de *coping* pelos pais durante a realização da CIP em pacientes pediátricos aumenta as taxas de enfrentamento infantil e diminui o comportamento *distress* da criança, já que a aflição dos pais causa maior *distress* e menor enfrentamento para as crianças (28).

Outro estudo, que analisou meios de confortos holísticos realizados por familiares durante a CIP em crianças, evidenciou que tocar em alguma parte do corpo, dar ou receber um abraço, produzem conforto para as crianças (29).

Assim, a utilização de tecnologias educacionais e métodos de distração durante a CIP influencia no comportamento dos familiares acompanhantes e reflete no comportamento e nos sentimentos manifestados pela criança mediante a necessidade de realizar o o procedimento (14, 30-33).

Um estudo experimental analisou o efeito da utilização de uma tecnologia de informação sobre o conceito de CIP e os fatores estressores acerca do procedimento direcionado para os familiares. No estudo, percebeu-se que o grupo de mães que recebeu a intervenção apresentou elevado nível de apoio para as crianças e diminuição de emoções negativas (31).

Outro item validado na presente pesquisa foi a categoria cultura, na qual se observou que a cartilha podia ser utilizada por qualquer acompanhante de criança que necessitasse de CIP. Isso configura acessibilidade a informações contextualizadas à vivência do indivíduo, o que possibilita o empoderamento para buscar melhorias e participação do processo de cuidado; assim, reafirmam-se contribuições para a integralidade em saúde (34).

Estudo aponta que os familiares valorizam a utilização de uma linguagem clara que se aproxima da sua realidade, para compreender elementos relacionados com a hospitalização da criança, como o diagnóstico, o tratamento e o estado clínico da criança, o que aponta a comunicação como uma forma de produzir segurança (11).

Por fim, pensa-se que a utilização da cartilha nos serviços de saúde será uma ferramenta de promoção da segurança do paciente, haja vista que a possibilidade de transferência de informações válidas sobre a CIP e sua compreensão pelos familiares pode potencializar o acompanhamento da criança de maneira mais tranquila e confortável.

As limitações da pesquisa foram a participação de poucos familiares acompanhantes para a avaliação do material e a incipiente produção de conhecimento sobre a construção e a validação de materiais educativos para familiares de crianças hospitalizadas tanto no âmbito nacional como no internacional. Percebe-se, também, a necessidade de realizar futuros estudos que possam mensurar o grau de compreensão da família com relação ao conteúdo da cartilha validada e seu impacto nos sentimentos e comportamentos de outros familiares durante a CIP.

Contudo, o estudo apresentou contribuições aos meios teórico, prático e social. Com relação ao contexto teórico, a validação do material contribuiu para construir conhecimento acerca da utilização de materiais didáticos e instrucionais para o preparo de familiares em procedimentos invasivos em criança nas diversas unidades pediátricas. Por

fim, como contribuição prática, a cartilha poderá ser incluída como um recurso educacional no plano de cuidado da enfermeira pediátrica destinado aos familiares, tornando-se uma tecnologia leve e de baixo custo, com potencial de contribuir socialmente com o fortalecimento da família e, por consequência, da própria criança com necessidade de CIP.

## Conclusão

O objetivo do estudo foi alcançado, haja vista que a cartilha *Punção venosa periférica para família* possui validade de conteúdo e aparência, conforme o julgamento de familiares acompanhantes de crianças hospitalizadas com necessidade de CIP. Recomenda-se a validação de critério desse material educativo e que ele possa ser utilizado na prática clínica da enfermeira pediatra como estratégia para a educação em saúde de familiares em ambientes hospitalares.

## Apoio financeiro

Agradecimento ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) o apoio à pesquisa “Segurança do paciente pediátrico e sua família: estudo de tecnologias e eventos adversos relacionados à terapia intravascular periférica”, sob a forma de bolsa de iniciação em desenvolvimento tecnológico e inovação, concedida à Cleonara Sousa Gomes e Silva.

## Referências

- (1) Santos LM, Santana LDS, Santana RCB, Oliveira VM, Lopes DM. Reações apresentadas por crianças pré-escolares durante a punção venosa periférica: um estudo com brinquedo terapêutico. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2013;13(1):13-20. Disponível em: <https://bit.ly/2S5ITQ9>
- (2) Conceição CM, Ribeiro CA, Borba RIH, Ohara CVS, Andrade PR. Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa ambulatorial: percepção dos pais e acompanhantes. *Esc Anna Nery.* 2011;15(2):346-53. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200018>
- (3) Shave K, Ali S, Scott SD, Hartling L. Procedural pain in children: a qualitative study of caregiver experiences and information needs. *BMC Pediatr.* 2018;18(1):324. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1300-y>
- (4) Medrado EDD, Whitaker COM. Experiências de familiares durante a hospitalização de sua criança/adolescente em uma unidade pediátrica. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2012;12(2):123-30. Disponível em: <https://bit.ly/2rUkylK>
- (5) Silva CSG, Dias SL, Santos LM, Carvalho ESS, Passos SSS, Santos SSBS. Elaboração e validação de conteúdo e aparência da cartilha “Punção venosa periférica para a família”. *Rev Cuid.* 2019;10(3):1-16. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.830>
- (6) Gomes GC, Erdmann AL, Oliveira PK, Xavier DM, Santos SSC, Farias DHR. The family living the time during the hospitalization of the child contributions for nursing. *Esc Anna Nery.* 2014;18(2):234-40. Disponível em: <https://bit.ly/2ExXxYk>
- (7) Salmani N, Abbaszadeh A, Rassouli M. Factors creating trust in hospitalized children's mothers towards nurses. *Iran J Pediatr.* 2014;24(6):729-38. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4442835/>
- (8) Johnson B, Conway J, Simmons L, Edgman-Levitan S, Sodomka P, For D. Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: recommendations and promising practices. 2.a ed. Maryland: Institute for Patient-and Family-Centered Care; 2008. Disponível em: <https://bit.ly/2Q24Exp>
- (9) Smith W. Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *J Pediatr Nurs.* 2018;42:57-64. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- (10) Cristal NS, Staab J, Chatham R, Ryan S, Mcnair B, Grubenhoff JA. Child life reduces distress and pain and improves family satisfaction in the pediatric emergency department. *Clin Pediatr.* 2018;57(13):1567-75. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1177/0009922818798386>
- (11) Byczkowski TL, Gillespie GL, Kennebeck SS, Fitzgerald MR, Downing KA, Alessandrini EA. Family-centered pediatric emergency care: a framework for measuring what parents want and value. *Acad Pediatr.* 2016;16(4):327-35. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.08.011>
- (12) Cunha MLR, Brandi S, Bonfim GFT, Severino KG, Almeida GCF, Campos PC et al. Aplicativo para preparo da criança/família na punção venosa: relato de experiência. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl. 3):1474-8. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0386>
- (13) Park M, Giap TT, Lee M, Jeong H, Jeong M, Go Y. Patient -and family-centered care interventions for improving the quality of health care: a review of systematic reviews. *Int J Nurs Stud.* 2018;87:69-83. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006>

- (14) Benchaya I, Ferreira EAP, Brasiliense ICS. Efeitos de instrução e de treino parental em cuidadores de crianças com câncer. *Psic: Teor e Pesq.* 2014;30(1):13-23. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100003>
- (15) Bezerra AR, Guarise V, Perterlini, MAS, Pedreira MLG, Pettengill MAMP. "Minha punção venosa periférica": um material didático-instrucional no preparo da criança para o procedimento. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2009;9(2):77-85. Disponível em: <http://sobep.org.br/revista/component/zine/article/120--minha-puno-venosa-perifrica-um-material-didticoinstrucional-no-preparo-da-criana-para-o-procedimento.html>
- (16) Teles LMR, Oliveira AS, Campos FC, Lima TM, Costa CC, Gomes LFS *et al.* Development and validating an educational booklet for childbirth companions. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(6):977-84. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700003>
- (17) Ribeiro LCC, Oliveira TC, Moreira S, Paula FA. Construction and validation of manual on burnout in teachers. *RECOM.* 2017;7:e1317. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1317>
- (18) Lima ACMAC, Costa BKC, Sousa DMN, Rocha JF, Oriá MOB. Development and validation of a booklet for prevention of vertical HIV transmission. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(2):181-9. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1982-0194201700028>
- (19) Figueiredo SV, Moreira TMM, Mota CS, Oliveira RS, Gomes ILV. Creation and validation of a health guidance booklet for family members of children with sickle cell disease. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2019;23(1):1-10. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0231>
- (20) Dodt RCM, Ximenes LB, Oriá MOB. Validation of a flip chart for promoting breastfeeding. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(2):225-30. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200011>
- (21) Oliveira PMP, Pagliuca LMF. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre amamentação. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(1):205-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n1/a26v47n1.pdf>
- (22) Oliveira SC, Lopes MVO, Fernandes AFC. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2014;22(4):611-20. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0104-1169.3313.2459>
- (23) Costa PB, Chagas ACMA, Joventino ES, Dod RCM, Oriá MOB, Ximenes LB. Development and validation of educational manual for the promotion of breastfeeding. *Rev Rene.* 2013;14(6):1160-7. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3733/2953>
- (24) Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health.* 2006;29(5):489-97.
- (25) Sousa FCP, Montenegro LC, Goveia VR, Corrêa AR, Rocha PK, Manzo BF. Family participation in patient safety in neonatal units from the nursing perspective. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(3):1-8. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0104-07072017001180016>
- (26) Santos LM, Lisboa DS, Silva CSG. Punção venosa periférica para família. Feira de Santana. 2017. 18 p.
- (27) Lemos IP, Ferreira EAP. Comportamento de crianças, acompanhantes e auxiliares de enfermagem durante sessão de punção venosa. *Psic: Teor e Pesq.* 2010;26(3):433-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a06v26n3.pdf>
- (28) Spagrud LJ, Baeyer CL, Ali K, Mpofu C, Fennell LP, Friesen K *et al.* Pain, distress, and adult-child interaction during venipuncture in pediatric oncology: an examination of three types of venous access. *J Pain Symptom Manage.* 2008;36(2):173-84. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.10.009>
- (29) Bice AA, Hall J, Devereaux MJ. Exploring holistic comfort in children who experience a clinical venipuncture procedure. *J Holist Nurs.* 2018;36(2):108-22. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1177/0898010117692719>
- (30) Gupta HV, Gupta VV, Kaur A, Singla R, Chitkara N, Bajaj K, Rawt HCL. Comparison between the analgesic effect of two techniques on the level of pain perception during venipuncture in children up to 7 years of age: a quasi-experimental study. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(8):1-4. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.7860/JCDR/2014/9731.4675>
- (31) Won D. Effects of programmed information on coping behavior and emotions of mothers of young children undergoing IV procedures. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* 2006;36(8):1301-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17215602>
- (32) Mccarthy MA, Kleiber C, Hanrahan K, Zimmerman MB, Westhus N, Allen S. Factors explaining children's responses to intravenous needle insertions. *Nurs Res.* 2010;59(6):407-16. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181f80ed5>
- (33) Mccarthy MA, Kleiber C, Hanrahan K, Zimmerman MB, Westhus N, Allen S. Impact of parent-provided distraction on child responses to an IV insertion. *Child Health Care.* 2010;39(2):407-16. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1080/02739611003679915>
- (34) Leite RAF, Brito ES, Silva LMC, Palha PF, Ventura CAA. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. *Interface.* 2014;18(51):661-71. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1807-57622013.0653>

# Índice de capacidad de trabajo en enfermeras en atención primaria de salud, Lima-Perú\*

Índice de capacidade de trabalho em enfermeiras no atendimento primário de saúde, Lima-Peru

Work capacity index in nurses in primary health care, Lima-Perú

\*Artículo derivado de la tesis "Índice de capacidad de trabajo de las enfermeras que laboran en los establecimientos de salud de los distritos del Rímac-San Martín de Porres-Los Olivos, 2018" presentada como parte de los requisitos para optar al grado de licenciado en Enfermería.

**Cómo citar:** Rúa Salinas J, Grados Lopez J, Chaname Ampuero E. Índice de capacidad de trabajo en enfermeras en atención primaria de salud, Lima-Perú. *Av Enferm*, 2020. 38(1): 37-45. DOI:<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.79693>

## 1 Johana Valeryn Rúa Salinas

Universidad Peruana Cayetano Heredia (Lima, Perú).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9692-8158>

Correo electrónico: [johana.rua@upch.pe](mailto:johana.rua@upch.pe)

**Contribución:** diseño de la investigación, recolección de datos, consolidación de información en base de datos, análisis y discusión de resultados, elaboración de artículo y ajustes.

## 2 Jessica Jushara Grados Lopez

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería (Lima, Perú).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1109-1406>

Correo electrónico: [jessica.grados@upch.pe](mailto:jessica.grados@upch.pe)

**Contribución:** diseño de la investigación, recolección de datos, consolidación de información de datos, análisis y discusión de resultados y ajustes al artículo.

## 3 Eva Verónica Chanamé Ampuero

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería (Lima, Perú).

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7225-5884>

Correo electrónico: [eva.chaname@upch.pe](mailto:eva.chaname@upch.pe)

**Contribución:** diseño de la investigación, asesoría, elaboración de informe final y ajustes al artículo.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.79693>

Recibido: 15/05/2019 Aprobado: 19/11/2019



## Resumen

**Objetivo:** determinar el índice de capacidad de trabajo estimado por los profesionales de enfermería en atención primaria de salud.

**Metodología:** estudio cuantitativo-descriptivo de corte transversal. Participaron 72 enfermeras y se utilizó un instrumento conformado por información general y el índice de capacidad de trabajo, el cual fue validado por medio de juicio de expertos y prueba piloto, resultando un coeficiente de 0,741 de alfa de Cronbach. Se cumplió con la entrega del consentimiento informado y se usó la estadística descriptiva y el chi-cuadrado para el análisis de datos.

**Resultados:** el índice de capacidad de trabajo fue excelente para 37,5 %, bueno para 43,1 %, moderado para 19,4 % y ningún participante estimó un índice bajo, además, estadísticamente se evidenció que el número de hijos presenta una asociación significativa con el índice (chi-cuadrado = 14,798,  $p = 0,022$ ).

**Conclusión:** prevalece un índice de capacidad de trabajo bueno; por lo tanto, se sugiere el respaldo de medidas para la mejora o mantenimiento de la capacidad laboral.

**Descriptores:** Salud Laboral; Atención Primaria de Salud; Enfermería en Salud Comunitaria; Evaluación de Capacidad de Trabajo (fuente: DeCS, BIREME).

## Resumo

**Objetivo:** determinar o índice de capacidade de trabalho estimado pelos profissionais de enfermagem em atendimento primário de saúde.

**Metodologia:** estudo quantitativo-descriptivo de corte transversal. Participaram 72 enfermeiras e utilizou-se um instrumento formado pela informação geral e o índice de capacidade de trabalho, que foi validado por meio do julgamento de especialistas e teste-piloto. O resultado foi um coeficiente de 0,741 de alfa de Cronbach. Cumpriu-se com a entrega do consentimento informado e utilizou-se a estatística descritiva e o qui-quadrado para a análise de dados.

**Resultados:** o índice de capacidade foi excelente para 37,5 %, bom para 43,1 %, moderado para 19,4 % e nenhum participante estimou um índice baixo, além disso, estatisticamente ficou evidente que o número de filhos apresenta uma associação significativa com o índice (qui-quadrado = 14,798,  $p = 0,022$ ).

**Conclusão:** prevalece um índice de trabalho bom; portanto, sugere-se o respaldo de medidas para melhorar ou manter a capacidade laboral.

**Descritores:** Saúde Laboral; Atendimento Primário de Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Avaliação de Capacidade de Trabalho (fonte: DeCS, BIREME).

## Abstract

**Objective:** to determine the estimated work capacity index estimated by nursing professionals in primary health care.

**Methodology:** quantitative-descriptive cross-sectional study. Seventy-two nurses participated, and an instrument consisting of general information and the working capacity index was used, which was validated through expert judgment and pilot testing, resulting in a coefficient of 0.741 Cronbach's alpha. The delivery of informed consent was fulfilled, and the descriptive statistic and chi-square were used for data analysis.

**Results:** the working capacity index was considered excellent for 37.5 %, good for 43.1 %, moderated to 19.4 % and no participant estimated a low rate; moreover, it was shown statistically that the number of children has a significant association with the index (chi-square = 14.798,  $p = 0.022$ ).

**Conclusion:** a good working capacity index prevails; therefore, it is suggested to support measures for the improvement or maintenance of work capacity.

**Descriptors:** Occupational Health; Primary Health Care; Nursing in Community Health; Work Capacity Assessment (source: DeCS, BIREME).

## Introducción

Hoy por hoy la salud de la persona y su fuerza laboral son afectadas por diferentes agentes, en especial el factor trabajo, conllevando una preocupación al trabajador frente a las consecuencias generadas por su labor. Por esa razón, el mantener y restaurar la capacidad de trabajo es una función importante de los servicios de salud, y para el personal sanitario (1-3).

Las complicaciones generadas por las deficientes y peligrosas condiciones en los empleos afectan la capacidad de trabajo del empleado, haciendo que este se esfuerce para satisfacer las exigencias laborales, lo cual ocasiona enfermedades, envejecimiento precoz, renuncia y jubilación anticipada, entre otros (4, 5).

Las consecuencias observadas hicieron que expertos en salud ocupacional pertenecientes al Finnish Institute of Occupational Health desarrollaran el modelo de capacidad de trabajo. El doctor Juhani Ilmarinen define dicha capacidad como el potencial de una persona, hombre o mujer, de realizar determinadas tareas manteniendo un equilibrio entre su bienestar físico y mental y las demandas laborales (6, 7).

En ese mismo contexto, se menciona que la capacidad de trabajo es influenciada por diversos factores; en efecto, si no se adaptan las exigencias laborales a la capacidad funcional del trabajador esta puede disminuir, lo que representa un reto para el operario y la empresa (8, 9).

La detección precoz de una disminución de la capacidad de trabajo se puede llevar a cabo con el uso del índice de capacidad de trabajo (ICT) (6), un cuestionario que representa una autoevaluación subjetiva propia del trabajador frente a su actual capacidad laboral (10).

Desde el ámbito de enfermería, el interés por conocer las condiciones de trabajo y vida de este profesional dio inicio al abordaje de temas en relación con la situación de trabajo difícil, carga laboral, división de funciones y jornada laboral que presentaba y afecta su estado físico y mental por la sobrecarga a la que se expone, por la demanda laboral que proviene del ambiente de trabajo, del paciente, familia y comunidad (11-13).

La aplicación del ICT es útil para la implementación de acciones preventivas en bien del trabajador y la mejora de una adecuada gestión en el trabajo, evidenciando pesquisas en las que se asocia con los problemas psicosociales, turnos laborales, hábitos alimenticios, estilos de vida del trabajador, entre otros; siendo un instrumento factible y fiable ya que demuestra una alta predictibilidad de la incapacidad y mortalidad del trabajador (14, 15).

En la sociedad peruana, las reformas de trabajo en torno al personal de salud son escasas, aunque este realice funciones en beneficio de la sociedad (16). Tal es el caso del profesional de enfermería en atención primaria de salud que tiene a su cargo estrategias sanitarias, programas de salud, directrices y lineamientos ejecutados en todas las etapas de vida de la persona, los cuales avalan su trabajo (17).

Existe evidencia que señala que las barreras administrativas, factores de organización y de imagen social, influyen en el trabajo de las enfermeras en atención primaria de Perú y México (18). Una investigación peruana identificó también que existía una insatisfacción laboral afectando la calidad de vida en el trabajo de la enfermera del primer nivel de atención, por lo que una adecuada gestión y política apoyaría en esta área (19). Además, en una ponencia del Colegio de Enfermeros del Perú se señaló que algunas de las problemáticas sobre la gestión de enfermería en atención primaria más relevantes se relacionan con los recursos humanos como la desmotivación, tareas pendientes, brechas profesionales, dotación de personal, entre otros (20).

A pesar de estas evidencias, el personal de enfermería especializado en salud pública continúa presentando dificultades para el cumplimiento de las exigencias laborales, lo que implica duplicar su esfuerzo para cumplir con sus actividades referentes a la salud de la persona en todas las etapas de vida y en todos los niveles de complejidad.

Frente a este contexto y antecedentes del estudio, se efectuó esta investigación en la cual el objetivo fue determinar el ICT estimado por los profesionales de enfermería en atención primaria de salud.

## Material y método

Se desarrolló un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal durante los meses de julio y agosto del 2018, respetando los aspectos éticos y contando con el permiso de las instituciones impli-

cad. La población se constituyó por profesionales de enfermería que laboraban en 35 establecimientos de salud situados al norte de la ciudad de Lima, lugar que se caracteriza por contar con zonas urbanas adyacentes a ríos y cerros, con un alto número de población (21).

La muestra la conformaron 72 enfermeros, nivel de confianza del 95 % y error estándar del 5 %, seleccionada bajo un muestreo no probabilístico realizando una invitación directa a cada participante. Se cumplió con los criterios de inclusión y exclusión considerando participantes de ambos sexos, con tiempo de trabajo mayor de un año en el establecimiento de salud, dispuestos a participar en el estudio de manera voluntaria y que firmaron el consentimiento informado.

Solo se excluyeron los profesionales de enfermería que estuvieran realizando prácticas comunitarias como parte de su especialización profesional y el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud, que es una asistencia que brinda cada profesional sanitario durante un año en zonas periféricas de alto índice de pobreza; ya que este grupo no cumplía una jornada laboral completa.

Se aplicó un cuestionario de 15 preguntas formuladas por las investigadoras en referencia a características demográficas (sexo, edad, estado civil, número de hijos, personas bajo su cuidado y grado de estudio) y laborales (tipo de contrato laboral, tiempo de ejercicio profesional, tiempo de trabajo en dicho lugar, actividades a cargo y labores externas al lugar del trabajo) y el ICT.

El ICT pretende conocer el ausentismo laboral, estado de salud, características del trabajo, capacidad funcional y una predicción futura (8) conteniendo diez preguntas que evalúan siete ítems teniendo en consideración tres dimensiones, basadas en anteriores investigaciones: *demandas laborales, salud física y salud mental, según estimación del trabajador* (22-24).

En la primera dimensión, *demandas laborales según estimación del trabajador*, se evaluaron tres ítems: (i) la capacidad de trabajo comparada con la mejor de toda la vida con una escala de medición con puntuación de 0-10 puntos; (ii) la capacidad para el trabajo con relación a las exigencias laborales incluye dos preguntas sobre demandas físicas y mentales evaluadas por una escala tipo Likert que va desde muy buena hasta muy mala, pasando por bastante buena, moderada y bastante mala; y

(iii) la capacidad para el trabajo dentro de dos años conteniendo respuestas codificadas (10).

*La dimensión salud física según estimación del trabajador* evalúa tres aspectos: (i) el número de enfermedades actuales diagnosticadas por un médico, aquí el puntaje se establece según el número de dolencias referidas por el participante y pueden ser más de una opción; (ii) la pérdida de trabajo estimada debido a las enfermedades y (iii) las ausencias en el trabajo producto de la enfermedad en los últimos doce meses evaluadas con preguntas codificadas (10).

La tercera dimensión, *salud mental según estimación del trabajador*, evalúa un ítem: los recursos mentales, conteniendo tres preguntas con escala tipo Likert (frecuentemente, casi siempre, a veces, raramente y nunca).

El puntaje total oscila entre 7 puntos y 49 puntos, siendo lo mínimo 7 y lo máximo 49 puntos, clasificando el ICT en deficiente, moderado, bueno y excelente.

Para la aplicación del ICT en Perú, se usó la versión en castellano de Argentina (22). Previa ejecución del estudio, el instrumento se sometió a la validación del contenido por expertos en salud pública y salud ocupacional obteniendo un  $p = 0,037$  en la prueba binomial y un valor de 0,741 de coeficiente de alfa de Cronbach, indicando su validez y confiabilidad.

La recolección de datos estuvo a cargo de las investigadoras, cada una tuvo que acudir al término de la jornada laboral de cada participante y solicitar el permiso respectivo al médico jefe de cada establecimiento o al personal encargado de recursos humanos. Cada participante recibió información sobre el propósito del estudio y se le hizo entrega del consentimiento informado, obteniendo así la firma de dicho documento. La aplicación del cuestionario llevó entre 20 y 30 minutos a cada participante, previa orientación sobre el llenado del instrumento.

Se realizó el control de calidad de los datos obtenidos; estos fueron codificados y sometidos a digitación en una plantilla de Microsoft Excel 2016. Para el análisis estadístico se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences versión 24. El análisis descriptivo se ejecutó con el cálculo de la media, desviación estándar, medianas y se mostraron en tablas estadísticas con frecuencias y porcentajes. La clasificación del ICT por dimensiones se efectuó a través de la escala de estatinos. Por último, como parte del análisis se usó el chi-cuadrado para la comparación



de la variable y datos generales de relevancia, en el que se identificó una significancia estadística entre el ICT y el número de hijos asumiendo como significancia estadística un valor de  $p < 0,05$ .

## Resultados

Del estudio se identificó que predominaba el sexo femenino en un 93,1 % y la edad promedio fue de 39,76 (rango 25-65 años). El porcentaje de participantes sin pareja representaba el 52,8 % y tenían entre uno y más hijos el 61,1 %. Con respecto al programa que tienen a cargo, el 38,9 % de participantes refirió que era el programa de crecimiento y desarrollo (CRED), sin embargo, los participantes afirmaron realizar distintas actividades simultáneamente (Tabla 1).

El ICT estimado por los profesionales de enfermería fue excelente para 37,5 % de enfermeras, bueno para 43,1 %, moderado para 19,4 % y ningún participante estimó un ICT bajo (Tabla 2). De los resultados se observa en cuanto a la clasificación del ICT por dimensiones que la *estimación de la salud mental del trabajador* obtuvo en mayor proporción (58,3 %) un índice bueno en comparación con las demás dimensiones, y la *salud física estimada por el trabajador* obtuvo un porcentaje mayor de índice excelente (31,9 %) que las otras dimensiones.

En la dimensión *demandas laborales según estimación del trabajador* se tomó en cuenta la calificación de la capacidad de trabajo con respecto a las demandas físicas que la calificaban como muy buena (47,22 %) y con respecto a las demandas mentales la calificaban como bastante buena (47,22 %). En lo atinente al pronóstico de realizar su trabajo dentro de dos años, refirieron que es bastante probable un 76,39 %. Sin embargo, hubo participantes que no estaban muy seguros (13,89 %) y para otros era improbable (9,72 %).

Con respecto a la dimensión *salud física según estimación del trabajador*, las enfermedades que actualmente afectaban a los participantes, diagnosticadas por un médico, fueron enfermedades digestivas (Tabla 3). Por consiguiente, confirmaron que no sufren enfermedades o que estas no les causan impedimento para laborar un 63,89 %. Por otro lado, las enfermeras que son capaces de realizar su trabajo, pero les causa síntomas representan un 20,83 % y otro grupo de enfermeras (12,5 %) señaló que tuvo que disminuir el ritmo de su trabajo o cambiar sus métodos laborales por su dolencia. En

cuanto al número de días por ausentismo debido a enfermedad o exámenes clínicos en el último año, no presentaron inasistencias un 73,61 %.

**Tabla 1.** Información general de los profesionales de enfermería participantes en el estudio, 2018

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>		
Masculino	5	6,9
Femenino	67	93,1
<b>Edad (años)</b>		
25-38	36	50,0
39-52	27	37,5
53-65	9	12,5
<b>Estado Civil</b>		
Viudo(a)	2	2,8
Divorciado(a)	2	2,8
Soltero(a)	34	47,2
Conviviente	8	11,1
Casado(a)	26	36,1
<b>N° hijos</b>		
De 3 a más	2	2,8
2 hijos	23	31,9
1 hijo	19	26,4
Ninguno	28	38,9
<b>Estudios realizados</b>		
Licenciatura	34	47,2
Especialización	24	33,3
Maestría	14	19,5
Doctorado	-	-
<b>Tipo de contrato</b>		
Contrato por terceros	22	30,5
Contrato Administrativo de Servicios (CAS)	1	1,4
Nombrado	49	68,1
<b>Tiempo laborando en el primer nivel de atención (años)</b>		
1-12	55	76,4
13-24	12	16,7
25-36	5	6,9
<b>Programas a cargo*</b>		
CRED	28	38,9
ESNI	15	20,8
Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT)	19	26,4
Otros	10	13,9
<b>Trabaja en otra institución</b>		
Sí	22	30,6
No	50	69,4
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100</b>

\*Actividad en la que se desempeña con mayor frecuencia.

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 2.** Índice de capacidad de trabajo según la estimación de los profesionales de enfermería que participaron en el estudio, 2018

Índice	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	27	37,5
Bueno	31	43,1
Moderado	14	19,4
Bajo	-	-
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100</b>

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 3.** Dimensión salud física - enfermedades mencionadas por los profesionales de enfermería que participaron en el estudio, 2018

Tipos de trastornos*	N° de eventos	Porcentaje
Digestivos	18	18,19
Musculoesqueléticos	13	13,13
Respiratorios	13	13,13
Endocrinos	10	10,10
Lesiones por accidentes	10	10,10
Cardiovasculares	8	8,08
Neurológicos	8	8,08
Genitourinarios	6	6,06
Hematológicos	5	5,05
Cutáneos	4	4,04
Tumorales	2	2,02
Mentales	1	1,01
Otros	1	1,01
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100</b>

\*Trastornos referidos por las enfermeras actualmente diagnosticadas por el médico.

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, en la dimensión *salud mental según estimación del trabajador* los participantes afirmaron que casi siempre se sienten capaces de disfrutar sus actividades cotidianas (43,06 %); siempre se sienten activos y dispuestos últimamente, (54,17) % y continuamente se sienten esperanzados y animados con el futuro (58,33 %).

Como aporte adicional se determinó la relación entre el ICT y los datos generales de los profesionales de enfermería, lo que dio como resultado una asociación significativa (chi-cuadrado = 14,798,  $p = 0,022$ ) entre el ICT y el número de hijos (Tabla 4).

**Tabla 4.** Índice de capacidad de trabajo y datos generales de los profesionales de enfermería que participaron en el estudio, 2018

Variable	p-valor
Sexo	0,203
Edad	0,424
Estado civil	0,753
Número de hijos	0,022 *
Estudios realizados	0,338
Tipo de contrato	0,649
Tiempo de ejercicio en el primer nivel de atención	0,435
Programas a su cargo	0,817
Actividades intramurales	0,180
Actividades extramurales	0,180
Otros trabajos	0,390

\*Resultados estadísticamente significativos con un  $p < 0,05$

Fuente: elaboración propia.

## Discusión

La investigación señaló que el mayor porcentaje de participantes estimó un ICT bueno, resultados similares se presentaron en otras investigaciones con una población con características semejantes a las del presente estudio (25). Dentro de las características más resaltantes tenemos que los participantes eran adultos jóvenes entre los 25 y 38 años y un gran porcentaje tenía a su cargo uno a más hijos, lo cual puede acentuar lo postulado por Ilmarinen (10), que la capacidad funcional va disminuyendo a través del tiempo, pues la persona comienza a envejecer afectando la capacidad de trabajo, por lo que se podía considerar un hecho, ya que en el estudio no hubo puntajes bajos de ICT. Por otro lado, al evidenciar cierta relación significativa entre el número de hijos y el ICT, confirma lo postulado por Ilmarinen (10), que el tener hijos motiva al trabajador a realizar sus actividades.

Al comparar evidencias en relación con las demandas laborales se coincidió con estudios en Brasil y Jordania (26, 27), en donde se presentó vínculo entre la satisfacción laboral y la capacidad laboral. En el presente estudio las demandas laborales físicas y mentales fueron catalogadas como buenas, los participantes refirieron no trabajar en otra institución y que continuarán trabajando en un futuro, lo cual puede indicar que una mayor cantidad de personal nombrado que no trabaja en otro lugar genera alta satisfacción y motivación laboral, en vista de que la enfermera perteneciente a esta área

goza de ciertos beneficios laborales como flexibilidad de horarios, asunto salarial con bonificaciones por producción, tipo de contrato, entre otros (28, 29).

En nuestra serie, llama la atención la presencia de enfermedades digestivas, musculoesqueléticas, respiratorias y endocrinas en los participantes, sin embargo, el ausentismo no fue mayor a nueve días y no hubo un impedimento de ejecutar sus labores. El existir una dolencia en especial crónica afecta la capacidad de trabajo, como se observó en un estudio hecho con enfermeras en Irán (30), asimismo Ilmarinen postula que las enfermedades crónicas limitan el trabajo en ocupaciones con alta y baja demanda (10), ya que una enfermedad crónica requiere ciertos cuidados especiales, visitas médicas, entre otros (31), disminuyendo la capacidad de trabajo. El estudio demostró que las enfermedades que predominaban eran agudas, lo que puede explicar la alta prevalencia de ICT bueno, sin embargo, la demanda laboral puede recortar esta capacidad laboral.

Resultados adicionales, no reportados en este artículo, muestran que el personal de enfermería se siente activo y dispuesto últimamente para realizar sus labores, esperanzado y animado para el futuro y casi siempre se siente capaz de disfrutar sus actividades cotidianas, lo que condujo a que el trabajador estime un ICT bueno con respecto a la salud mental.

En efecto, existe una relación entre salud mental y capacidad de trabajo reportada en la literatura (32, 33). Por ejemplo, la flexibilidad del ritmo de trabajo y la existencia de turnos diurnos con días de descanso intercalados hacen posible que el trabajador disfrute de actividades recreacionales y afiance relaciones familiares; consecuentemente, estima su capacidad de trabajo como buena (34). Lo que se pudo evidenciar en el estudio y podría ser una estrategia para que los trabajadores eviten enfermedades, en particular aquellos con mayor tiempo de servicio en el ámbito laboral.

Una limitación del estudio fue la selección de la muestra por conveniencia, principalmente por la accesibilidad geográfica del personal distribuido en varias zonas de la ciudad predominando los participantes solteros y del sexo femenino. No obstante, esto corresponde al perfil reconocido en los profesionales de enfermería en el Perú. En estudios posteriores se sugiere considerar un muestreo aleatorio y en otros campos del área de enfermería, con el fin de presentar diferentes resultados que conlleven el mejoramiento de la capacidad de trabajo.

## Conclusiones

La prevalencia de un ICT bueno entre los participantes de este estudio sugiere la implementación de medidas para el incremento de la capacidad de trabajo, en especial en el área de salud física.

El trabajador como actor importante en una empresa sufre riesgos laborales que pueden intensificarse en el tiempo. En este caso los servicios del personal sanitario pueden disminuir por no priorizar la salud del profesional, ocasionando el descenso de la empresa, acarreando consecuencias no solo en el ambiente laboral sino también en el ambiente externo.

Igualmente, el grupo que estimó un ICT moderado y excelente debe mantener las medidas que se están desarrollando o rediseñarlas para que estén acordes con las demandas laborales.

Los resultados de la investigación se pueden reforzar con la puesta en marcha de proyectos en el área de atención primaria de salud, con el propósito de aplicar medidas para una adecuada distribución y equipamiento de personal en los establecimientos de salud y así cumplir con los objetivos programados.

## Apoyo financiero

El estudio no tuvo financiación.

## Referencias

- (1) Buijs P, Gunnyeon B, Van Weel C. Primary health care: what role for occupational health? *Br J Gen Pract.* 2012;62(605):623-4. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.3399/bjgp12X659141>
- (2) Organización Internacional del Trabajo. Seguridad y salud en el centro del futuro del trabajo: aprovechar 100 años de experiencia. Ginebra: OIT; 2019. 87 p. Disponible en: <https://bit.ly/2YHmhXz>
- (3) Hermosilla A, Paravic T, Valenzuela S. Fuerza laboral que envejece, ¿qué hacer ante esta tendencia? *Cienc Trab.* 2015;17(54):166-70. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.4067/S0718-24492015000300002>
- (4) Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Luxemburgo: OMS; 2015. 32 p. Disponible en: <https://bit.ly/2P4SmVX>

- (5) EU-OSHA, Cedefop, Eurofound, Eige. Towards age-friendly work in Europe: a life-course perspective on work and ageing from EU agencies. Luxembourg: Unión Europea; 2017. 84 p. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.2802/130548>
- (6) Ilmarinen J, Gould R, Järviskoski A, Järvisalo J. Dimensions of work ability. Helsinki: Finish Centre for Pensions; 2008. Disponible en: <https://bit.ly/2PrniP2>
- (7) Ilmarinen J. From work ability research to implementation. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(16):2882. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16162882>
- (8) Ahlstrom L, Grimby A, Hagberg M, Dellve L. The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health—a prospective study of women on long-term sick leave. *Scand J Work Environ Health*. 2010;36(5):404-12. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.5271/sjweh.2917>
- (9) Linhares E, Pessa R, Bortoluzzi C, Luz R. Work ability and functional aging: a systemic analysis of the literature using ProkNow-C (knowledge development process - constructivist). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(1):53-66. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018241.00112017>
- (10) Jääskeläinen A, Kausto J, Seitsamo J, Ojajarvi A, Nygård C-H, Arjas E, Leino-Arjas P. Work ability index and perceived work ability as predictors of disability pension: a prospective study among Finnish municipal employees. *Scan J Work Environ Health*. 2016;42(6):490-9. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.5271/sjweh.3598>
- (11) Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. Washington: OPS; 2018. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34959>
- (12) Pines D, Ramos R, Soratto J, Dos Anjos M, Resque A, Lima L. Cargas de trabajo de enfermería en la salud de la familia: implicaciones para el acceso universal. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016; 24:1-9. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682>
- (13) Bosi T, Colomé C, Toscani P, Petri J, Prochnow A, Marion R. Avaliação da capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem de pronto-socorro. *Rev Electr Enf*. 2013;15(2):523-32. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.15344>
- (14) Viera P, Silvino R, Antunes E. Evaluation of the work ability: nursing care strategy. *J Nurs UFPE*. 2016;10(1):18-23. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.7275-62744-1SM.0904201503>
- (15) Viola F, Larese Filon F. Job satisfaction and work ability index in nurses. *Med Lav*. 2015;106(2):129-39. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25744313>
- (16) Carrasco-Cortez V. Los trabajadores de salud, los actores olvidados de las reformas. *Acta Med Per*. 2014;31(1):50-6. Disponible en: <https://bit.ly/2PzSE7v>
- (17) Castañeda C, Romero K. La atención primaria de salud y la enfermería. *Rev Ciencia, Tecnología e Innovación*. 2016;3(3):1-18. Disponible en: <https://bit.ly/356qGpc>
- (18) Peñarrieta M, Mier N, Gonzales N, Gutiérrez T, Piñones S, Borda A. Role and working conditions of nurses in public health in Mexico and Peru: a binational qualitative study. *J Nurs Manag*. 2013;21(8):1034-43. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01465.x>
- (19) Peñarrieta I, Santiago S, Krederdt S, Guevara M, Carhuapoma M, Chávez E. Validación del instrumento: calidad de vida en el trabajo "CVT-GOHISALO" en enfermería del primer nivel de atención. *Rev Enferm Heredia-na*. 2014;7(2):124-31. Disponible en: <https://bit.ly/2LEut5h>
- (20) Revilla L. Estructura organizacional y funcional de enfermería. *Foro Internacional: Las Prioridades de Salud en el Primer Nivel de Atención y la Gestión de Enfermería en el Perú*. Lima: Colegio de Enfermeros del Perú; 2017.
- (21) Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte. Análisis de situación de salud 2018. Lima: Dirección de Redes Integradas Lima Norte; 2018. 123 p. Disponible en: <https://bit.ly/38JMTx>
- (22) Peralta N, Godoi AG, Härter G, Miller L. Validez y confiabilidad del índice de capacidad para el trabajo en trabajadores del primer nivel de atención de salud en Argentina. *Salud Colectiva*. 2012;8(2):163-73. Disponible en: <https://bit.ly/36PpKWf>
- (23) Rodríguez G, López G, Marrero ML. Confiabilidad test-retest del cuestionario 'índice de capacidad de trabajo' en trabajadores de la salud de servicios hospitalarios de Arroyo Naranjo, La Habana. *Rev Cubana de Salud y Trabajo*. 2013;14(2):45-54. Disponible en: <https://bit.ly/36dg7AK>
- (24) Martínez M, Carmen, Latorre M, Fischer F. Validity and reliability of the Brazilian version of the work ability index questionnaire. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):525-32. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000017>
- (25) Da Silva M, De Medeiros S, Pereira A, Santos J, Gomes Y, Rezende D. Work ability of nurses in primary health care. *Inter Med Soc*. 2016;9(60):1-8. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.3823/1931>
- (26) Fabiani E, Lautert L. Capacidad de trabajo, características sociodemográficas y laborales de las enfermeras de un hospital universitario. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(3):520-7. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300013>
- (27) Heyam D, Beshar G, Nesreen, A. Work ability index of shift working hospital nurses in Jordan. *The Open Nursing Journal*. 2018; 12:116-24. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.2174/1874434601812010116>
- (28) Moreno B, Báez C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2011. 189 p. Disponible en: <https://bit.ly/2S4UW0z>

(29) Eurofound. Sustainable work over the life course: concept paper. Luxemburgo: European Union; 2015. 22 p. Disponible en: <https://bit.ly/2RCqUjU>

(30) Rostamabadi A, Zamanian Z, Sedagha Z. Factors associated with work ability index (WAI) among intensive care units' (ICUs) nurses. *J Occup Health.* 2017;59(2):147-55. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1539/joh.16-0060-OA>

(31) Gomero-Cuadra R, Francia-Romero J. La promoción de la salud en el lugar de trabajo, una alternativa para los peruanos. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2018;35(1):139-44. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.351.3561>

(32) Das S, Biswas C, Reza A, Akhtar K, Kawsar A, Hossain S. Occupational stress and work ability among nurses in an academic hospital. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin.* 2019;44(3):113-7. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.3329/bmrcb.v44i3.39933>

(33) Magnago T, Prochnow A, Urbanetto J, Greco P, Beltrame M, Ferreira L. Relationship between work ability in nursing and minor psychological disorders. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(2):362-70. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1590/0104-07072015002580013>

(34) Cordeiro T, Araújo T. Prevalência da capacidade para o trabalho inadequada entre trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. *Rev Bras Med Trab.* 2017;15(2):150-7. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.5327/Z1679443520177004>

# Hospitalizações infantis por condições sensíveis à atenção primária em cidade brasileira

Hospitalizaciones infantiles por afecciones asociadas a la atención primaria en ciudad brasileña

Children's hospitalizations for conditions associated with primary care in brazilian city

**Cómo citar:** Amaral J, Araujo Filho A, da Rocha S. Hospitalizações infantis por condições sensíveis à atenção primária em cidade brasileira. Av Enferm, 2020. 38(1):46-54.  
DOI:<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.79093>

## 1 Jackeline Vieira Amaral

Universidade Federal do Piauí (Teresina, Piauí, Brasil).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9721-4846>  
Correio eletrônico: jackelinevamaral@gmail.com

**Contribuição:** concepção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão final do artigo.

## 2 Augusto Cezar Antunes de Araújo Filho

Universidade Estadual do Piauí (Floriano, Piauí, Brasil).  
Universidade Federal do Piauí (Teresina, Piauí, Brasil).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3998-2334>  
Correio eletrônico: araujoaugusto@hotmail.com

**Contribuição:** concepção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão final do artigo.

## 3 Silvana Santiago da Rocha

Universidade Federal do Piauí (Teresina, Piauí, Brasil).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1325-9631>  
Correio eletrônico: silvanasantiago27@gmail.com

**Contribuição:** concepção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão final do artigo.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.79093>

Recebido: 13/4/2019 Aceito: 05/12/2019



## Resumo

**Objetivo:** analisar a evolução temporal das hospitalizações, de crianças menores de cinco anos, por condições sensíveis à atenção primária em Teresina-PI, Brasil, de 2003 a 2012.

**Método:** trata-se de estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo, realizado a partir de dados secundários extraídos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde, disponíveis no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. As hospitalizações foram analisadas em dois grupos etários: crianças menores de um ano de idade e crianças entre um e quatro anos de idade.

**Resultados:** apesar das flutuações no período analisado, a taxa de hospitalizações teve um decréscimo de 71,88 %. Em crianças menores de um ano, o declínio foi de 71,49 % e, com idade entre um e quatro anos, a redução foi de 72,30 %. A maioria das hospitalizações ocorreu no sexo masculino, e as causas que predominaram foram gastroenterites infecciosas e pneumonias bacterianas.

**Conclusões:** as hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária tiveram um declínio ao longo da década analisada, entretanto houve um predomínio de condições sensíveis que poderiam ser evitadas ou até mesmo solucionadas se fossem aplicadas as medidas disponíveis e de baixo custo nos serviços primários de saúde.

**Descritores:** Hospitalização; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança (fonte: DeCS, BIREME).

## Resumen

**Objetivo:** analizar la evolución temporal de las hospitalizaciones de niños menores de cinco años por condiciones asociadas a la atención primaria en Teresina-PI, de 2003 a 2012.

**Método:** estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo basado en datos secundarios extraídos de la Red Interagencial de Información para la Salud, disponibles en el sitio web del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud de Brasil. Se analizaron las hospitalizaciones en dos grupos de edad: niños menores de un año y niños entre uno y cuatro años.

**Resultados:** a pesar de las fluctuaciones en el periodo de estudio las tasas de hospitalización se redujeron en un 71,88 %. En niños menores de un año la disminución fue del 71,49 % y en la edad entre uno y cuatro años fue del 72,30 %. La mayoría de las hospitalizaciones ocurrieron en hombres y las causas predominantes fueron la gastroenteritis infecciosa y la neumonía bacteriana.

**Conclusiones:** las hospitalizaciones por condiciones asociadas a la atención primaria tuvieron una reducción a lo largo de la década analizada. Sin embargo, hubo predominio de condiciones que se podrían evitar o incluso solucionar si se aplicaran las medidas disponibles y de bajo costo en los servicios de atención primaria.

**Descriptoros:** Hospitalización; Atención Primaria de Salud; Salud del Niño (fuente: DeCS, BIREME).

## Abstract

**Objective:** to analyze a temporal evolution of hospitalizations of children under five years of age, affected by conditions associated with primary care in Teresina-PI, from 2003 to 2012.

**Method:** this is a retrospective, descriptive and quantitative study, based on extracted secondary data of the Interagency Network of Health Information, available on the website of the Department of Informatics of the Unified Health System. The hospitalizations were analyzed in two age groups: children under one year of age and children between one and four years of age.

**Results:** despite fluctuations in the analyzed period, hospitalization rates decreased by 71.88 %. In children under one year the decrease was 71.49 % and the age between one and four years the reduction was 72.30 %. Most hospitalizations occurred in males, and the causes that prevailed were infectious gastroenteritis and bacterial pneumonia.

**Conclusions:** hospitalizations for conditions associated with primary care presented a decline over the analyzed decade. However, there was a predominance of conditions that could have been avoided or even resolved by applying available and low-cost measures in primary health services.

**Descriptors:** Hospitalization; Primary Health Care; Child Health (source: DeCS, BIREME).

## Introdução

Em 1988, foi promulgada, no Brasil, uma nova Constituição Federal, vigente até os dias atuais. Com ela, assegura-se a saúde como direito de todos e dever do Estado, o que se concretiza com a criação do Sistema Único de Saúde (sus), no qual o acesso deixou de ser restrito a uma parcela da população, vinculada ao setor produtivo, e tornou-se mais acessível a todos (1). Como forma de garantir o acesso aos serviços de saúde de modo equânime, integral e universal, surgiram programas voltados para a atenção primária à saúde (APS), como a Estratégia Saúde da Família (ESF) (1, 2). Com essa expansão assistencial, o modelo tradicional, voltado para a cura, foi modificado a fim de proporcionar, sobretudo, a promoção da saúde (3).

A APS, por ser a “porta de entrada” dos usuários nos serviços do sus (4), exerce importante papel na redução de doenças e de outros agravos que levam a internações desnecessárias (5). Diante da relevância da APS, é reconhecida a necessidade da avaliação constante do seu funcionamento, para a qual se utilizam indicadores de mortalidade e morbidade, sendo as hospitalizações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) um exemplo deste último (6).

As hospitalizações por CSAP são decorrentes de problemas de saúde evitáveis, que não careceriam de internação, tendo em vista que deveriam ser contemplados pela resolutividade da APS (7). A taxa de hospitalizações por CSAP representa um indicador do desempenho da APS (8), tanto de acesso como de qualidade dos serviços primários de saúde, e também é utilizada como medida de eficácia de novas políticas de saúde da APS (7).

Em estudo ecológico, foi verificado um crescimento da cobertura da ESF no Brasil entre 2006 e 2016, a qual passou de 45,3 % para 64 %, respectivamente, o que representa um avanço de 18,7 pontos percentuais. Além disso, todas as regiões brasileiras apresentaram tendência crescente. Apesar da tendência crescente da Região Nordeste, no Piauí, estado em que a cidade de Teresina se encontra, a cobertura da ESF se manteve estável, a qual, em 2006, era de 95,2 % e, em 2016, 98,7 % (9).

A taxa nacional de hospitalizações por CSAP teve uma redução estimada de 45 %, passando de 120 para 66 internações por 10.000 habitantes, de 2001 a 2016. Essa alteração foi associada com os avanços da cobertura da ESF (1). Mesmo com a redução das taxas, observa-se elevado número de internações por gastroenterites, que corresponde à condição responsável pela maior parte das hospitalizações por CSAP na Região Nordeste do Brasil. Em segundo lugar, estão as doenças respiratórias. Ambas as condições apresentam determinantes modificáveis que podem ser evitados mediante a atuação da APS (10).

Somada à redução das internações por CSAP, houve um declínio da taxa de mortalidade infantil, o que também pode estar correlacionado com o aumento do acesso aos serviços primários em saúde (11). Entretanto, mesmo com a redução considerável da taxa de mortalidade infantil, quando se compara a países mais desenvolvidos, ainda transparece a necessidade de melhorias (12).

As taxas de hospitalizações por CSAP, por sua vez, tendem a refletir essas diferenças (13). Assim, é fundamental a observação cautelosa dessas internações e, portanto, da efetividade da APS (6, 14), a qual prioriza as crianças, devido à vulnerabilidade e ao predomínio de doenças de apresentação aguda nesse grupo (6).

Em linhas gerais, é de grande pertinência a análise das hospitalizações por CSAP; a partir dela, é possível obter informações importantes a fim de proporcionar melhorias na APS e, por consequência, reduzir as hospitalizações por CSAP na população infantil. Este estudo tem como objetivo analisar a evolução temporal das hospitalizações, de crianças menores de cinco anos, por condições sensíveis à atenção primária em Teresina-PI, no período de 2003 a 2012.

## Materiais e métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo, realizado a partir de dados secundários da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), a qual possui como função disponibilizar dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde e suas tendências. Entretanto, apesar de terem sido extraídos no ano de 2019, referem-se ao período de 2003 a 2012, tendo em vista que os dados estão disponíveis e calculados apenas até esse período.



Neste estudo, foram utilizados números absolutos e taxas de internação por condições sensíveis à atenção primária, estratificados por ano de ocorrência, sexo, grupo de causa sensível e por faixa etária. Destaca-se que as hospitalizações por CSAP foram analisadas em dois grupos etários: crianças menores de um ano de idade (do nascimento até 11 meses e 29 dias) e crianças entre um e quatro anos de idade (dos 12 meses até 59 meses e 29 dias). Além disso, ressalta-se que, quanto às CSAP, utilizou-se a lista nacional do Ministério da Saúde do Brasil (MS), divulgada pela Portaria 221, de 17 de abril de 2008, a qual é composta por 19 categorias (15).

Foram consideradas as taxas de hospitalizações por CSAP de crianças menores de cinco anos residentes em Teresina, capital do estado do Piauí. Segundo o censo de 2010, este estado possui uma população de 59.111 crianças menores de cinco anos. O seu índice de desenvolvimento humano, do ano de 2010, foi de 0,751 (16). O município de Teresina adotou a ESF como modelo prioritário de atenção e possui cobertura de 100 % da população.

A coleta dos dados foi realizada por um dos autores do estudo. Ressalta-se que os dados coletados se encontram prontamente calculados na plataforma Ripsa, que pode ser acessada através do site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. A extração dos dados se deu da seguinte forma: acessou-se a seção de indicadores e

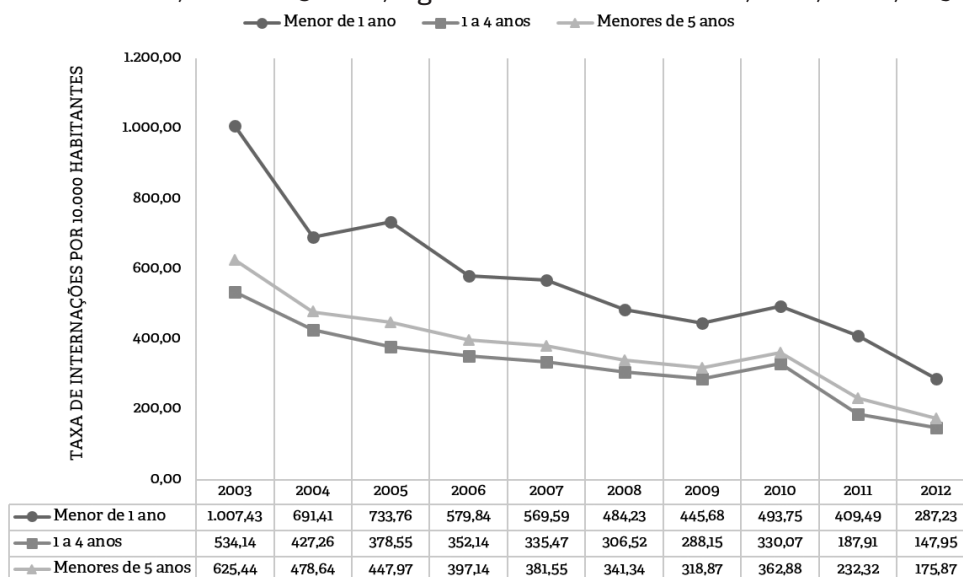
dados básicos do Brasil (2012); em seguida, a subseção indicadores de morbidade e, posteriormente, o tópico taxa de internação hospitalar (sus) por causas selecionadas. Após a coleta, os dados foram dispostos em gráficos e tabelas, pois se encontram calculados e prontos para a utilização.

Este estudo não foi submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa, apoiando-se na Resolução 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, do MS, tendo em vista que se trata de estudo realizado com dados secundários, que não permite a identificação dos indivíduos, disponíveis de forma on-line e gratuita, em plataforma de domínio público. Apesar disso, adverte-se que todos os princípios éticos e legais contidos em resoluções nacionais e internacionais foram respeitados.

## Resultados

No período estudado (de 2003 a 2012), a taxa de hospitalizações por CSAP em Teresina-PI teve um decréscimo de 71,88 %, entre crianças menores de cinco anos. Em crianças menores de um ano, esse indicador reduziu de 1.007,43/10.000, em 2003, para 287,23/10.000, em 2012, o que corresponde a um declínio de 71,49 %. No grupo etário de um a quatro anos, as hospitalizações por CSAP, em 2003, foram de 534,14/10.000 e, em 2012, de 147,95/10.000, o que expressa uma redução de 72,30 % (Figura 1).

**Figura 1.** Taxa de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária de crianças menores de cinco anos, por 10.000 habitantes, entre 2003 e 2012, segundo faixa etária. Teresina, Piauí, Brasil, 2019



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Dados extraídos em janeiro de 2019.

A Tabela 1 apresenta a distribuição por faixa etária e os grupos de causas de hospitalizações por CSAP, com um total de 19 categorias, elaboradas de acordo com a lista da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Dentre essas categorias, as gastroenterites infecciosas e suas complicações compõem a maior parte das hospitalizações. No total, ocorreram 13.939 casos em crianças menores de cinco anos por gastroenterites infecciosas e suas complicações, o que corresponde a uma taxa de 208,93/10.000. Observa-se que crianças menores de um ano apresentaram taxa maior (289,84/10.000) do que crianças com idade entre um e quatro anos para esse grupo de causas.

**Tabela 1.** Número e taxas de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária de crianças menores de cinco anos, por 10.000 habitantes, em Teresina-PI, por grupo de causas, segundo faixa etária. Teresina, Piauí, Brasil, 2019

Grupo de causas	< 1 ano		1 a 4 anos		< 5 anos	
	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	19	1,45	31	0,58	50	0,75
Gastroenterites infecciosas e complicações	3.806	289,84	10.133	189,11	13.939	208,93
Anemia	14	1,07	17	0,32	31	0,46
Deficiências nutricionais	58	4,42	36	0,67	94	1,41
Infeções do ouvido, nariz e garganta	22	1,68	44	0,82	66	0,99
Pneumonias bacterianas	1.682	128,09	3.475	64,85	5.157	77,30
Asma	692	52,70	3.132	58,45	3.824	57,32
Doenças pulmonares	807	61,45	284	5,30	1.091	16,35
Hipertensão	10	0,76	2	0,04	12	0,18
Angina	3	0,23	1	0,02	4	0,06
Insuficiência cardíaca	37	2,82	36	0,67	73	1,09
Doenças cerebrovasculares	0	0	1	0,02	1	0,01
Diabetes mellitus	17	1,29	31	0,58	48	0,72
Epilepsias	115	8,76	379	7,07	494	7,40
Infeção do rim e do trato urinário	124	9,44	166	3,10	290	4,35
Infeção da pele e do tecido subcutâneo	25	1,90	45	0,84	70	1,05
Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	2	0,15	0	0	2	0,03
Úlcera gastrointestinal	11	0,84	8	0,15	19	0,28
Doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto	86	6,55	2	0,04	88	1,32

**Fonte:** Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Dados extraídos em janeiro de 2019.

O grupo das pneumonias bacterianas representou a segunda maior causa de hospitalizações, com 5.157 casos em crianças menores de cinco anos, correspondente a uma taxa de hospitalizações por CSAP de 77,30/10.000. Em crianças menores de um ano, ocorreram 1.682 internações por pneumonias bacterianas, o que configura taxa de hospitalizações por CSAP de 128,09/10.000. Na faixa etária de um a quatro anos, ocorreram 3.475 casos por esse grupo, o que corresponde à taxa de hospitalizações por CSAP de 64,85/10.000 (Tabela 1).

Na Tabela 2, observou-se, em todos os anos analisados, o predomínio de hospitalizações por CSAP no sexo masculino. Em 2012, foram observadas as menores taxas de hospitalizações CSAP em ambos os sexos.

**Tabela 2.** Taxa de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária de crianças menores de cinco anos, por 10.000 habitantes, entre 2003 e 2012, segundo sexo, em Teresina-PI. Teresina, Piauí, Brasil, 2019

Ano	Masculino	Feminino	Total
2003	660,48	588,57	625,44
2004	496,71	459,56	478,64
2005	463,89	431,09	447,97
2006	415,64	378,17	397,14
2007	392,81	369,99	381,55
2008	368,24	313,73	341,34
2009	351,68	285,19	318,87
2010	387,61	337,02	362,88
2011	245,46	218,59	232,32
2012	197,05	153,72	175,87
Total	402,03	357,12	380,02

**Fonte:** Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Dados extraídos em janeiro de 2019.

## Discussão

As taxas de hospitalizações por CSAP são de grande relevância para a análise do funcionamento da APS, uma vez que possibilitam identificar as mudanças no modelo assistencial, como aquelas provenientes de investimentos financeiros e da implantação de programas (2). As hospitalizações por CSAP vêm sofrendo declínio no Brasil (17), embora não tenha ocorrido de forma proporcional em todo o território (4, 5).

O decréscimo dessas taxas traz benefício tanto para a população em geral como para os sistemas de saúde, embora isso não reflita necessariamente melhores resultados clínicos (4, 18). Em contrapartida, os altos níveis de internações repercutem em custos elevados para o sistema de saúde, tendo em vista que são geralmente consideradas falha na resolutividade do atendimento (17, 19). Nesse sentido, considera-se fundamental que os formuladores de políticas públicas priorizem esforços a fim de reduzir o número desse tipo de internação (19), pois isso representa ganho substancial em termos de custos e sofrimento do paciente (20).

Neste estudo, também foi observado um decréscimo de 71,88 %, o que reflete taxas consideravelmente menores, quando comparadas à média de internações do país (17). Tal fato pode ser explicado pelo aumento da cobertura da ESF em Teresina-PI, ao longo do período analisado, pois se sabe que ela contribui para a prevenção e tratamento de doenças que comumente geram internações (1, 4, 21). Em estudo realizado na Bahia, foi demonstrado o declínio das hospitalizações com a ampliação da cobertura da ESF, além de fazer menção a mudanças nos fatores demográficos e socioeconômicos que aconteceram em paralelo à queda das hospitalizações por CSAP e, provavelmente, exerceram influência positiva (5).

A relação esperada entre indicadores de acessibilidade da APS e hospitalização por CSAP foi confirmada pela maioria dos estudos primários de uma revisão sistemática, tendo em vista que a maior parte dos estudos demonstrou que as taxas de hospitalizações por CSAP são menores em áreas de maior acesso à APS (22).

Teoricamente, a APS deve ser apta para a resolução de 85 % de sua demanda, porém são reconhecidos alguns fatores que contribuem negativamente, o que impede que essa meta seja atingida. São incluídas, nesse grupo, as dificuldades no acesso ao serviço, o que impossibilita o usuário de receber o cuidado inicial e usufruir dos benefícios da APS. Além disso, a postura ativa do indivíduo interfere diretamente na demanda, ao mesmo tempo que sofre influência de características do serviço, como a capacidade de solucionar os casos de CSAP e pelo acolhimento oferecido pelo serviço de saúde (23).

A resolutividade da APS depende de mudanças não só no próprio serviço, mas também de estratégias que levem ao esclarecimento dos usuários

sobre o papel que ela desempenha. Esse tipo de atuação consiste em alertar sobre a importância de exercer uma postura ativa quanto aos cuidados com a saúde (23), o que permite uma ação precoce e, assim, evita complicações e maior demanda em emergências e hospitalizações (23, 24).

Observou-se, neste estudo, maior frequência de hospitalizações por CSAP no sexo masculino, o que corresponde a pouco mais da metade dos casos, além de predominar em todos os anos analisados. Resultado semelhante foi apontado em estudo realizado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil (25), e na Itália (26). Assim como em outras regiões (27), segundo o censo de 2010, o sexo masculino apresentou-se em maior número na população de menores de cinco anos (16), o que pode justificar a maior concentração de internações desse sexo.

Neste estudo, os grupos de causas de hospitalizações que prevaleceram foram o das gastroenterites e o das pneumonias bacterianas, o que corresponde às mesmas causas relatadas em estudo nacional (28). Em outro estudo, realizado no Ceará, as taxas de internações, em menores de um ano, por gastroenterites e pneumonias bacterianas tiveram uma redução de cerca de 77,5 % e 30,0 %, respectivamente. Apesar disso, essas causas permaneceram como principais responsáveis pelas internações de menores de cinco anos (29).

Dentre os grupos de causas evitáveis, o das gastroenterites representou a principal causa de hospitalizações, com um total de 13.939 casos, sendo que a maior parte aconteceu em crianças de um a quatro anos. De forma geral, as hospitalizações em menores de um ano apresentaram-se em menor número quando comparadas às hospitalizações na faixa de um a quatro anos. Esse declínio é esclarecido pela existência de programas, destinados a esse grupo populacional, que objetivam tanto o aumento da qualidade de vida quanto a redução da morbidade infantil (5, 30), como o Programa Nacional de Imunização e Pré-Natal (5).

A APS dispõe de tecnologias de baixa complexidade e alta efetividade na prevenção de gastroenterites, além da capacidade de identificar manifestações iniciais dessa condição. A terapia de reidratação e a vacina oral contra o rotavírus são exemplos de medidas disponíveis na APS. No entanto, a classificação das gastroenterites como principal causa de hospitalizações por CSAP reflete falha no funcionamento do serviço, uma vez que este dispõe de

métodos eficazes na prevenção. Ademais, a permanência do modelo assistencial voltado para práticas curativas também é um dos fatores que pode justificar as altas taxas de hospitalizações por CSAP, o que demonstra que o desenvolvimento de ações preventivas pela ESF ainda não foi consolidado efetivamente (6).

As pneumonias bacterianas foram a segunda maior causa de internações (5.157 casos) em menores de cinco anos, predominando na faixa etária de um a quatro anos (3.475 casos). Em algumas regiões do Brasil, essa causa permanece como responsável pela maior taxa de hospitalizações por CSAP (25, 31). Embora as hospitalizações em menores de um ano tenham sido inferiores, quando comparadas às de crianças entre um e quatro anos, são valores que merecem certa preocupação, pois, nessa faixa etária, os riscos de complicação e mortalidade são maiores, em decorrência da imaturidade do sistema imunológico. Fatores como aleitamento insatisfatório e moradia em regiões com cobertura vacinal limitada contribuem para o aumento desses números (31).

A introdução de vacinas destinadas à imunização de pneumonias bacterianas, consolidou-se como uma importante estratégia de prevenção de formas graves dessa doença (32), por isso considera-se importante melhorar a cobertura vacinal para a doença pneumocócica a fim de reduzir hospitalizações por pneumonia bacteriana (33). Em estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, um número significativo de internações por pneumonias foi associado à vacinação incompleta, o que evidencia a necessidade de otimizar os programas voltados para a imunização (34).

É notado que as hospitalizações por CSAP são resultantes de vários fatores, desde a cobertura da ESF a aspectos demográficos e socioeconômicos (5). Desse modo, é necessária ação mais ampla que abranja todos os determinantes de internações conforme as carências do território, pois, como foi mostrado em alguns estudos (23, 34), as características de cada região são diferentes e, por consequência, os motivos das hospitalizações por CSAP.

A limitação deste estudo está relacionada, sobretudo, ao fato de terem sido utilizadas informações secundárias; por isso, pode-se ocorrer imprecisão quanto aos dados fornecidos pela plataforma utilizada para a coleta das informações, especialmente, no que se refere à subnotificação.

## Conclusão

Este estudo demonstrou que, apesar das flutuações existentes no período, as hospitalizações por CSAP tiveram declínio ao longo da década analisada. Além disso, houve predomínio de gastroenterites e de pneumonias bacterianas, ambas se apresentaram como condições sensíveis que poderiam ser evitadas ou até mesmo solucionadas se fossem aplicadas as medidas disponíveis e de baixo custo nos serviços primários de saúde.

Entende-se, com isso, que existe a necessidade de mobilização de gestores em prol da reorganização dos serviços primários de saúde, com o intuito de torná-los mais acessíveis e qualificados. Somado a isso, torna-se imprescindível a promoção de políticas públicas que visem a melhorias socioeconômicas, tendo em vista que interferem nas taxas de adoecimento e, por consequência, nas de hospitalizações. Por fim, o estudo é um importante subsídio para as pesquisas posteriores, pois incita ao aprofundamento quanto aos problemas determinantes para as hospitalizações por CSAP, que predominaram na capital do Piauí.

## Referências

- (1) Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1903-13. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
- (2) Morimoto T, Costa JS. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(3):891-900. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.27652016>
- (3) Santos LA, Oliveira VB, Caldeira AP. Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2016;16(2):179-88. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1806-93042016000200006>
- (4) Carvalho SC, Mota E, Dourado I, Aquino R, Teles C, Medina MG. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, northeast Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(4):744-54. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00069014>

- (5) Pinto-Junior EP, Aquino R, Medina MG, Silva MG. Efeitos da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(2):e00133816. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00133816>
- (6) Pedraza DF, Araujo EM. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. *Rev Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(1):169-82. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5123/s1679-49742017000100018>
- (7) Laberge M, Wodchis WP, Barnsley J, Laporte A. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions across primary care models in Ontario, Canada. *Soc Sci Med*. 2017;181:24-33. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.040>
- (8) González-Vélez AE, Mejía-Colmenares CC, Padilla-Low E, Marín-Moreno SY, Bobadilla-Rengifo PA, Sánchez-Rueda JP et al. Ambulatory care sensitive conditions hospitalization for emergencies rates in Colombia. *Rev Saúde Pública*. 2019;53:1-9. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000563>
- (9) Neves RG, Flores TR, Duro SMS, Nunes BP, Tomasi E. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e unidades da federação, 2006-2016. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(3):e2017170. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5123/s1679-49742018000300008>
- (10) Ribeiro MGC, Araujo-Filho ACA, Rocha SS. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em crianças do nordeste brasileiro. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2019;19(2):499-506. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1806-93042019000200013>
- (11) Araujo-Filho ACA, Sales IMM, Almeida PD, Araújo AKL, Rocha SS. Mortalidade infantil por causas evitáveis em capital do nordeste do Brasil. *Rev Eletrôn Enferm Actual en Costa Rica*. 2017;34:1-12. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.15517/revenf.voi34.30094>
- (12) Araujo-Filho ACA, Araújo AKL, Almeida PD, Rocha SS. Mortalidade infantil em uma capital do nordeste brasileiro. *Enferm Foco*. 2017;8(1):32-6. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.888>
- (13) Souza LA, Rafael RM, Moura AT, Neto M. Relações entre a atenção primária e as internações por condições sensíveis em hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0067. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0067>
- (14) Sousa NP, Rehem TC, Santos WS, Santos CE. Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do distrito federal. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):118-25. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.20166901161>
- (15) Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Define a lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União, Brasília*, 18 abr. 2008. Seção 1, 70 p. Disponível em: <https://bit.ly/ztDsQyN>
- (16) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do censo demográfico 2010. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Teresina (PI). Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2010. Disponível em: <https://bit.ly/35IhdEF>
- (17) Castro AL, Andrade CL, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(11):2353-66. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126114>
- (18) Longman JM, Passey ME, Ewald DP, Rix E, Morgan GG. Admissions for chronic ambulatory care sensitive conditions — a useful measure of potentially preventable admission? *BMC Health Serv Res*. 2015;15:472-5. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1137-0>
- (19) Weeks WB, Ventelou B, Paraponaris A. Rates of admission for ambulatory care sensitive conditions in France in 2009-2010: trends, geographic variation, costs, and an international comparison. *Eur J Health Econ*. 2016;17(4):453-70. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0692-y>
- (20) Eggli Y, Desquins B, Seker E, Halfon P. Comparing potentially avoidable hospitalization rates related to ambulatory care sensitive conditions in Switzerland: the need to refine the definition of health conditions and to adjust for population health status. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(25):1-10. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-25>
- (21) Araújo WR, Queiroz RC, Rocha TA, Silva NC, Thumé E, Tomasi E et al. Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações por condições sensíveis. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:75-86. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007033>
- (22) Rosano A, Loha CA, Falvo R, Van der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2013;23(3):356-60. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks053>
- (23) Ferrer AP, Grisi SJ. Assessment of access to primary health care among children and adolescents hospitalized due to avoidable conditions. *Rev Assoc Med Bras*. 2016;62(6):513-23. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.06.513>
- (24) Mendonça SS, Albuquerque EC. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(3):463-74. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000300009>
- (25) Lima RC, Gama ME, Lima RD. Condições sensíveis à atenção primária em hospital de referência pediátrica no Maranhão. *Rev Pesq Saúde*. 2017;18(2):97-101. Disponível em: <https://bit.ly/36TSpKg>

(26) Zucco R, Pileggi C, Vancheri M, Papadopoli R, Nobile CGA, Pavia M. Preventable pediatric hospitalizations and access to primary health care in Italy. *PLoS One*. 2019;14(10):e0221852. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221852>

(27) Santos IL, Gaíva MA, Abud SM, Ferreira SM. Hospitalização de crianças por condições sensíveis à atenção primária. *Cogitare Enferm*. 2015;20(1):171-9. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5380/ce.v20i1.37586>

(28) Souza DK, Peixoto SV. Descriptive study on the evolution of hospitalization costs for ambulatory care sensitive conditions in Brazil, 2000-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(2):285-94. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000200006>

(29) Costa LQ, Pinto-Júnior EP, Silva MG. Time trends in hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions among children under five years old in Ceará, Brazil, 2000-2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(1):51-60. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000100006>

(30) Prezotto KH, Chaves MM, Mathias TAF. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):44-53. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100006>

(31) Caldart RV, Marrero L, Basta PC, Orellana JD. Fatores associados à pneumonia em crianças yanomami internadas por condições sensíveis à atenção primária na região norte do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2016;21(5):1597-606. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.08792015>

(32) Lima EJ, Mello MJ, Albuquerque MF, Lopes MI, Serra GH, Lima DE *et al*. Risk factors for community-acquired pneumonia in children under five years of age in the post-pneumococcal conjugate vaccine era in Brazil: a case control study. *BMC Pediatrics*. 2016;16:157-65. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0695-6>

(33) Lu S, Kuo DZ. Hospital charges of potentially preventable pediatric hospitalizations. *Acad Pediatr*. 2012;12(5):436-44. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.06.006>

(34) Pina JC, Moraes SA, Freitas IC, Mello DF. Papel da atenção primária à saúde na hospitalização de crianças por pneumonia: um estudo caso-controle. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2892. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1731.2892>

# Melhoria da qualidade do cuidado à hipertensão gestacional em terapia intensiva\*

Mejoramiento de la calidad del cuidado a la hipertensión gestacional en terapia intensiva

Improvement of the quality of care for gestational hypertension in intensive care

\*Este artigo é derivado da dissertação de mestrado "Gestão da qualidade em unidade de terapia intensiva materna" realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte pelo autor principal deste texto.

**Cómo citar:** Vale ÉL, Cunha de Menezes LC, Bezerra INM, Frutuoso ES, Silva Gama ZA, Wanderley VB, Piuevezam G. Melhoria da qualidade do cuidado à hipertensão gestacional em terapia intensiva. *Av Enferm*. 2020;38(1):55-65. DOI:<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.81081>

## 1 Érico de Lima Vale

Maternidade Escola Januário Cicco (Natal, Brasil).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4780-907X>  
Correio eletrônico: valerico4@gmail.com

**Contribuição:** concepção, delineamento, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica.

## 2 Luzia Clara Cunha de Menezes

Maternidade Escola Januário Cicco (Natal, Brasil).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8281-6892>  
Correio eletrônico: luizaclara@gmail.com

**Contribuição:** coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica.

## 3 Isaac Newton Machado Bezerra

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal, Brasil).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5860-6588>  
Correio eletrônico: isaac.ufrn30@gmail.com

**Contribuição:** coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica.

## 4 Everton Souza Frutuoso

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal, Brasil).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4089-2237>  
Correio eletrônico: evertonfrutuoso1@yahoo.com

**Contribuição:** coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica.

## 5 Zenewton André da Silva Gama

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal, Brasil).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0818-9680>  
Correio eletrônico: zasgama@gmail.com

**Contribuição:** análise, interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica.

## 6 Viviani Barros Wanderley

Grau Técnico Natal e Parnamirim (Natal, Brasil).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0340-3003>  
Correio eletrônico: vivianniwanderley@hotmail.com

**Contribuição:** análise, interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica.

## 7 Grasiela Piuevezam

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal, Brasil).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2343-7251>  
Correio eletrônico: gpiuevezam@yahoo.com.br

**Contribuição:** concepção, delineamento e análise dos dados da pesquisa, redação do artigo e revisão crítica.



## Resumo

**Objetivo:** avaliar o efeito de um ciclo de melhoria da qualidade na implementação de práticas baseadas em evidências no tratamento de mulheres com doenças hipertensivas gestacionais admitidas em Unidade de Terapia Intensiva Materna (UTIM).

**Método:** estudo quase-experimental, sem grupo de controle, realizado numa UTIM de um hospital universitário que seguiu as etapas de um ciclo de melhoria da qualidade. Avaliaram-se nove critérios de processo em todas as mulheres admitidas com diagnóstico de doenças hipertensivas gestacionais nos períodos anterior (n = 50) e posterior à intervenção (n = 50) em 2015. Estimou-se a conformidade com intervalo de confiança de 95 %, as não conformidades com gráficos de Pareto e a significância da melhoria com teste do valor Z unilateral ( $\alpha = 5\%$ ).

**Resultados:** o nível de qualidade inicial foi alto em seis dos nove critérios (amplitude: 94-100 %), as práticas com menor adesão foram a “manutenção de sulfato de magnésio” (54 %), “solicitação de ultrassom fetal” (72 %) e “restrição hídrica intravenosa” (78 %). Houve melhoria absoluta em cinco dos nove critérios (amplitude: 2-16 %), que foi significativa para a solicitação de ultrassom fetal (melhoria absoluta: 16 %;  $p = 0,023$ ) e para o total de critérios (4 %;  $p = 0,01$ ).

**Conclusão:** a intervenção de melhoria da qualidade proposta aumentou a adesão às recomendações baseadas em evidência para o tratamento de pacientes com doenças.

**Descritores:** Qualidade da Assistência à Saúde; Melhoria de Qualidade; Hipertensão Induzida pela Gravidez; Unidades de Terapia Intensiva (fonte: DeCS, BIREME).

## Resumen

**Objetivo:** evaluar el efecto de un ciclo de mejora de la calidad en la implementación de prácticas basadas en la evidencia en el tratamiento de mujeres con enfermedades gestacionales hipertensivas admitidas en la Unidad de Cuidados Intensivos Maternos (UCIM).

**Método:** estudio cuasiexperimental, sin grupo de control, realizado en una UCIM de un hospital universitario que ha seguido los pasos de un ciclo de mejoramiento de la calidad. Se evaluaron nueve criterios de proceso en todas las mujeres admitidas con un diagnóstico de enfermedades gestacionales hipertensivas en los períodos anterior (n = 50) y posterior a la intervención (n = 50) en 2015. Se estimó el cumplimiento con el intervalo de confianza al 95 %, el porcentaje de no conformidad en los gráficos de Pareto y la significancia del mejoramiento con la prueba de valor Z unilateral ( $\alpha = 5\%$ ).

**Resultados:** el nivel de calidad inicial fue alto en seis de los nueve criterios (amplitud: 94-100 %), las prácticas con menor adherencia fueron “mantenimiento de sulfato de magnesio” (54 %), “solicitud de ultrasonido fetal” (72 %) y “restricción de agua intravenosa” (78 %). Hubo una mejoría absoluta en cinco de los nueve criterios (amplitud: 2-16 %), que ha sido significativa para la solicitud de ultrasonido fetal (mejoría absoluta: 16 %;  $p = 0,023$ ) y para el criterio total (4 %;  $p = 0,01$ ).

**Conclusión:** la intervención de mejoramiento de la calidad propuesta incrementó el cumplimiento de las recomendaciones basadas en la evidencia para el tratamiento de pacientes con hipertensión gestacional ingresados en una UCIM.

**Descritores:** Calidad de la Atención de Salud; Mejoramiento de la Calidad; Hipertensión Inducida en el Embarazo; Unidades de Cuidados Intensivos (fuente: DeCS, BIREME).

## Abstract

**Objective:** to assess the effect of a cycle of quality improvement on the implementation of evidence-based practices in the treatment of women with gestational hypertensive diseases admitted to the Maternal Intensive Care Unit (MICU).

**Method:** quasi-experimental study, without a control group, performed in a MICU of a university hospital which followed the steps of a cycle of quality improvement. Nine process criteria were assessed in all women admitted with a diagnosis of gestational hypertensive diseases in the periods before (n = 50) and after the intervention (n = 50) in 2015. The compliance was estimated with the confidence interval of 95 %, the non-conformities with Pareto charts and the significance of improvement with one-tailed Z-test ( $\alpha = 5\%$ ).

**Results:** the initial quality level was high in six out of nine criteria (amplitude: 94-100 %), the practices with the lowest adherence were “magnesium sulfate maintenance” (54 %), “fetal ultrasound request” (72 %) and “intravenous fluid restriction” (78 %). There was absolute improvement in five out of nine criteria (amplitude: 2-16 %), which was significant for fetal ultrasound request (absolute improvement: 16 %;  $p = 0.023$ ) and for the total criteria (4%;  $p = 0.01$ ).

**Conclusion:** the proposed intervention of quality improvement increased the adherence to evidence-based recommendations for the treatment of patients with gestational hypertension admitted to a MICU.

**Descriptors:** Quality of Health Care; Quality Improvement; Hypertension, Pregnancy-Induced; Intensive Care Units (source: DeCS, BIREME).



## Introdução

A mortalidade materna tem sido um problema de difícil solução no contexto dos serviços de saúde brasileiros. No ano 2000, no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio traçados para os países-membros da Organização das Nações Unidas, o Brasil se comprometeu a reduzir em três quartos sua razão de mortalidade materna (RMM) para um valor máximo de 35 óbitos a cada 100.000 nascimentos, o que corresponderia a uma taxa de redução anual de 5,5 % (1). Entretanto, ao final de 2015, a RMM brasileira manteve-se em 65 óbitos a cada 100.000 nascimentos, bem acima da meta estabelecida, o que representou uma redução média anual de apenas 1 % (2) e ainda com uma tendência à estagnação nos últimos anos (3).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, dentre as causas de mortalidade materna, o grupo de doenças hipertensivas gestacionais (hipertensão crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia/eclâmpsia e hipertensão crônica associada à pré-eclâmpsia/eclâmpsia) é uma das mais relevantes, principalmente na América Latina e no Caribe (4). No Brasil, as doenças hipertensivas gestacionais (DHG) são responsáveis pela maioria das admissões em unidades de terapia intensiva maternas (UTIM) (5), chegando a corresponder a 87 % do total das internações (6) e a ser a principal causa isolada de morbidade (7) e mortalidade materna (13,8 mortes a cada 100.000 nascimentos) (1).

Após ampla produção científica sobre esse tema, várias sociedades internacionais de Ginecologia e Obstetrícia têm publicado diretrizes clínicas baseadas em evidências com a intenção de padronizar boas práticas de cuidado às DHG para diminuir a morbimortalidade materna (8, 9), tendo diferentes níveis de aprofundamento e qualidade (10). No entanto, apesar dessas publicações, análises mostram que a maioria das pacientes que morrem por DHG ainda recebe assistência inadequada mesmo em países desenvolvidos (11). No Brasil, 92 % dos óbitos maternos ocorrem em ambiente hospitalar (7), o que denota a necessidade de melhorar a qualidade de atendimento prestado a essas pacientes quando da sua internação.

Os ciclos de melhoria são uma atividade de gestão da qualidade com potencial utilidade para melhorar a adesão a recomendações do tratamento de DHG. Suas etapas incluem: identificação e priorização da oportunidade de melhoria; análise de causas; construção de critérios para avaliação; elaboração do estudo sobre o nível de qualidade; análise e apresentação dos dados; elaboração e implementação de intervenções de melhoria; e reavaliação e registro da melhoria conseguida. O objetivo final dos ciclos de melhoria é entregar um produto ou serviço de saúde melhor que o inicialmente avaliado (12), no entanto sua efetividade depende de uma aplicação rigorosa da técnica e do uso de intervenções de melhoria da qualidade potencialmente efetivas (13).

Apesar desses antecedentes e de que a regulamentação sanitária brasileira exija a implantação de gerenciamento da qualidade como uma boa prática de funcionamento dos serviços de saúde (14), relatos de ciclos de melhoria ainda são raros na literatura científica brasileira e não encontramos nenhum estudo que abordasse sua aplicação a esse importante problema de saúde pública.

Portanto, considerando a elevada frequência das DHG como causa de internação e seu elevado impacto na RMM, este estudo teve como objetivo avaliar o efeito de um ciclo de melhoria da qualidade na implementação de práticas baseadas em evidências no tratamento de mulheres com DHG admitidas em UTIM.

## Método

O estudo foi desenvolvido numa UTIM pertencente a um hospital universitário, localizado em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. A UTIM entrou em funcionamento em maio de 2010, com seis leitos destinados a atender mulheres com doenças ligadas ao ciclo gravídico puerperal. A média de admissões na UTIM ao longo dos anos foi de aproximadamente 500 pacientes/ano, dos quais 70 % com DHG.

O delineamento do estudo foi do tipo quase experimental antes e depois, para avaliar o efeito do ciclo de melhoria na taxa de cumprimento das recomendações internacionais para o manejo de pacientes admitidas com DHG (8, 9). Foram seguidos rigorosamente os passos e ferramentas de um ciclo de melhoria da qualidade (15). As etapas do ciclo de melhoria são descritas a seguir.

### Identificação e priorização da oportunidade de melhoria

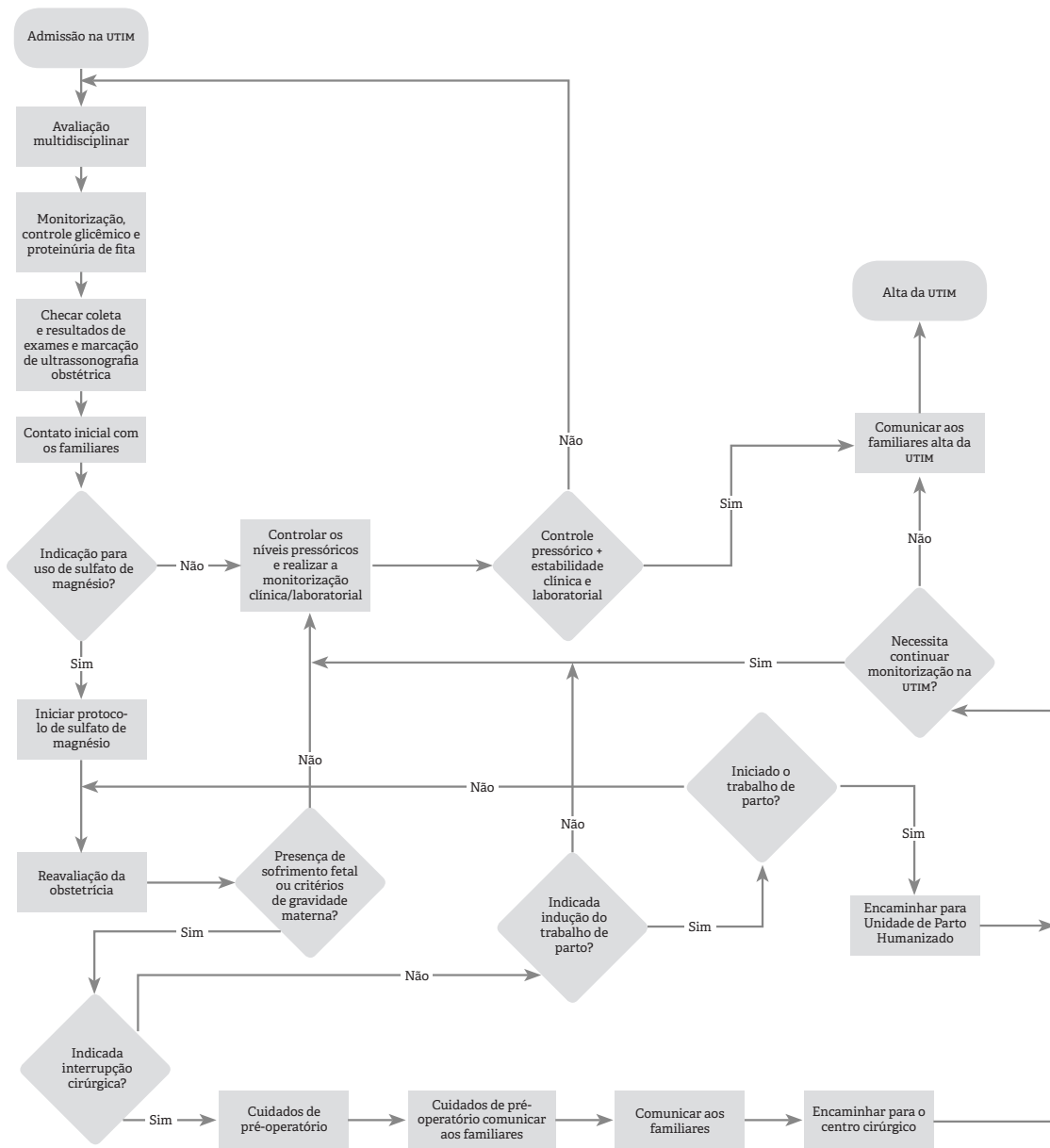
Foi utilizada a técnica de grupo nominal (16), com a participação de representantes do corpo médico, da enfermagem e da fisioterapia que atuam na UTIM para a seleção e priorização das oportunidades de melhoria. O resultado final por consenso geral para ser submetido ao ciclo de melhoria foi

a “padronização de condutas e procedimentos na hipertensão gestacional”.

### Análise do problema de qualidade

Após a escolha do tema, foi desenhado o mapa de fluxo de pacientes admitidas na UTIM com DHG (Figura 1).

**Figura 1.** Fluxograma do processo de atendimento das pacientes com doença hipertensiva gestacional



UTIM: Unidade de Terapia Intensiva Materna.  
 Fonte: elaboração própria (2016).

Em seguida, procedeu-se à identificação dos passos críticos de atuação, das causas da atenção inadequada e à busca dos critérios de qualidade definidos na literatura. Como o serviço não monitorava nenhum desses critérios ou causas do problema na sua rotina, deu-se início à etapa seguinte: a sua construção e validação.

### Construção de critérios para avaliar a qualidade

Os critérios de qualidade foram construídos baseados nas recomendações presentes nas revisões sistemáticas realizadas pelo American College of Obstetricians and Gynecologists (8) e pela International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (9), sendo utilizado como critério de escolha um grau de recomendação considerado “forte” e sua aplicabilidade na unidade. Os critérios de qualidade definidos foram submetidos a uma avaliação de face, de conteúdo e de validade de critério. Ao final, foram eleitos nove critérios, todos relativos ao processo assistencial, para a avaliação nas etapas pré e pós-intervenção (Quadro 1).

**Quadro 1.** Critérios de qualidade elegíveis para a avaliação na unidade de terapia intensiva materna, nos momentos pré-intervenção e pós-intervenção. Natal-RN, 2016

Critério	
1	Manutenção do sulfato de magnésio no pós-parto
2	Solicitação de ultrassom obstétrico para a avaliação fetal na admissão da UTIM
3	Restrição hídrica intravenosa
4	Uso do sulfato de magnésio para a prevenção ou tratamento de eclampsia
5	Uso de hidralazina para o tratamento da hipertensão grave
6	Uso de corticoide betametasona para a maturação fetal
7	Uso de IECA ou BRA na gestante
8	Uso de anti-hipertensivos orais para o controle pressórico
9	Solicitação de exames laboratoriais para avaliar órgãos-alvo

BRA: Bloqueador do Receptor da Angiotensina; IECA: Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina.

Fonte: elaboração própria (2016).

#### Etapa 1: Coleta de dados

Elaboração do estudo sobre o nível de qualidade

A definição dos critérios de qualidade permitiu a elaboração de um instrumento de coleta de dados para sua avaliação nos momentos pré e pós-intervenção. Tal instrumento consta de um questionário com dados da internação, dados sociodemográficos,

tipos de parto, lista de exames solicitados pelo médico da UTI, uso de medicações, dentre outros. Previamente ao início da pesquisa, foi realizado um estudo-piloto para ajustar o instrumento de coleta de dados baseado na revisão de prontuários.

A população do estudo foi composta por mulheres com diagnóstico de DHG, admitidas na UTIM da Maternidade Escola Januário Cicco da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Brasil, em 2015. Para a avaliação inicial, foi realizada uma amostragem aleatória sistemática de 50 prontuários de mulheres admitidas de janeiro a abril de 2015 (N = 149). Por se tratar de um ciclo de melhorias, não é necessário um quantitativo grande de casos, contudo deve se garantir que estes sejam representativos e que possam traduzir as oportunidades de melhorias que a gestão busca identificar para poder intervir de forma pontual e eficiente (17).

Para a reavaliação, foram selecionadas todas as pacientes admitidas na UTIM de agosto a outubro de 2015 até atingir o quantitativo de 50 casos. O senso foi utilizado para averiguar a efetividade do ciclo de melhoria logo após sua realização e averiguar necessidades de adequação ao método.

Nas duas avaliações, quando não foi possível a localização do prontuário ou a realização da coleta dos dados necessários devido ao seu preenchimento parcial ou incompleto, foi selecionado outro imediatamente posterior na lista. Assim, o tamanho da amostra foi de 50 casos pré-intervenção e 50 casos pós-intervenção, isto é, um total de 100 mulheres com DHG.

Os dados foram coletados pelo pesquisador principal, médico coordenador da UTIM, e por dois auxiliares de pesquisa, treinados, do curso de medicina da UFRN.

#### Etapa 2: Realização do ciclo de melhorias

Elaboração e implementação da intervenção de melhoria

Foi realizada uma intervenção de melhoria da qualidade multifacetada que incluiu a elaboração participativa de uma lista de verificação das práticas baseadas em evidência, auditorias, *feedbacks* sobre a adesão ao instrumento, lembretes quanto à utilização do instrumento e apresentação dos dados da avaliação sobre a conformidade das práticas baseadas em evidência.

As recomendações selecionadas da revisão bibliográfica foram apresentadas e discutidas em reunião aberta a todos os setores relacionados ao atendimento das pacientes com DHG. A partir dessa reunião, foi criado, de forma participativa, o esboço de um *checklist* com os principais tópicos referentes ao diagnóstico e ao tratamento constante nas recomendações. Durante o período de uma semana, foram estimuladas e solicitadas contribuições de forma ativa a toda a equipe da UTIM e a todos os profissionais de outros setores para o desenvolvimento e adaptações necessárias dos tópicos apresentados. Uma nova reunião foi realizada com a equipe multidisciplinar da UTIM para a apresentação do esboço final e a validação do *checklist* que entrou em uso no dia 18 de maio de 2015.

O instrumento trouxe informações sobre o estado da gestante no momento da admissão, tais como: alterações de visão, pressão ou neurológicas; presença de edema pulmonar; convulsões; presença de cefaleia forte e persistente após o uso de medicação; idade gestacional; diagnósticos prováveis e indicação de tratamento. Esse instrumento foi assinado pelos(as) responsáveis, enfermeiro(a) ou médico(a).

O preenchimento total e correto das informações contidas no *checklist* servirá como orientação para os procedimentos e o tratamento que a paciente receberá durante sua internação. É primordial que todas as informações sejam preenchidas de modo a orientar os profissionais que seguiram com o atendimento. Vale ressaltar que esse instrumento é um guia e que, caso os profissionais não concor-

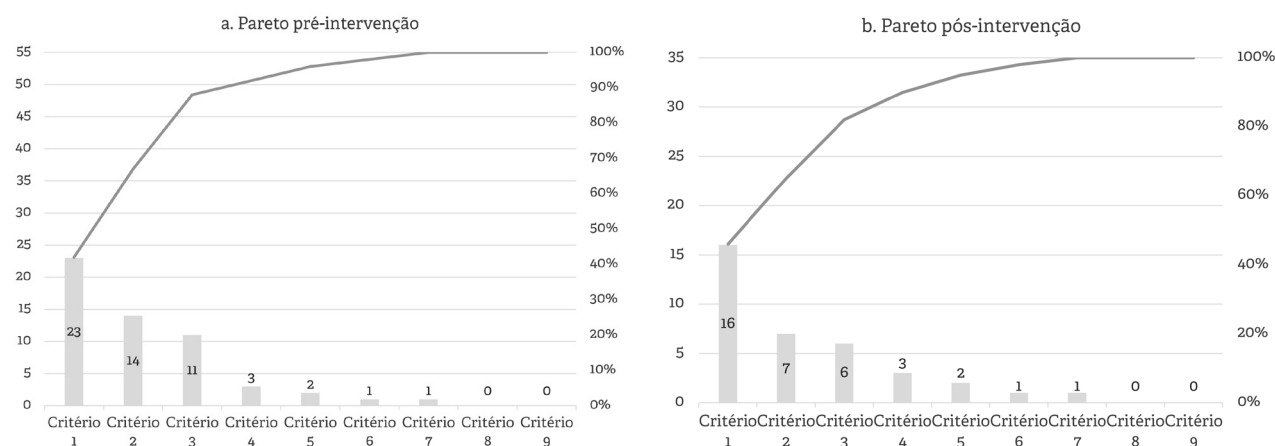
dem com a indicação, poderão optar por realizar uma nova anamnese.

Após o início do seu uso, foram estimulados o preenchimento e a anexação do *checklist* no prontuário para todas as pacientes admitidas na UTIM com diagnóstico de DHG. Concomitantemente, os coordenadores das equipes de medicina e de enfermagem realizaram auditorias diárias nos prontuários das pacientes admitidas para checar a sua utilização. Nos casos em que não houve adesão da ferramenta ou violação das recomendações sem justificativa claramente explicitada, o profissional médico responsável era alertado imediatamente e solicitado o esclarecimento por mensagem eletrônica.

### Análise e apresentação dos dados da avaliação pré e pós-intervenção

Os resultados das não conformidades nas duas avaliações foram analisados por meio de um gráfico de Pareto (Figura 2), cujo eixo abscissa contém as barras dos diferentes critérios avaliados, ordenados a partir do mais frequente para o menos frequente de não conformidade, sendo o eixo das ordenadas da esquerda o número absoluto de casos de não cumprimento e o da direita para as frequências relativas correspondentes calculadas como percentual em relação ao número total de casos de não conformidade na avaliação. As diferenças em conformidade antes e depois da intervenção foram testadas para a significância estatística e foi calculado o valor Z (uma cauda) para a hipótese alternativa de existência de melhoria, que é aceito quando a probabilidade da hipótese nula é  $p < 0,05$ .

**Figura 2.** Gráfico de Pareto com a prevalência de não cumprimentos antes (a) e depois (b) da realização do ciclo de melhoria. Natal, 2016



Fonte: elaboração própria (2016).

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da UFRN, sob o Parecer 1.324.733.

## Resultados

Quanto às características da amostra, os grupos pré e pós-intervenção apresentaram semelhanças nos aspectos relativos à procedência das mulheres, ao diagnóstico de DHG na admissão e à prevalência de patologias sistêmicas e obstétricas prévias. O principal tipo de parto observado em ambos os grupos foi a cesárea, e a quase totalidade das pacientes recebeu alta da UTIM, sendo que uma paciente do grupo pré-intervenção foi transferida para outro serviço. Os dados também mostraram que não houve diferenças em relação à idade, ao número de gestações, à idade gestacional na admissão na maternidade, ao tempo para admissão e ao tempo de permanência na UTIM (Tabela 1).

A análise dos critérios no momento pré-intervenção mostrou que a taxa de cumprimento variou entre 54 % (“manutenção da infusão de sulfato de magnésio no pós-parto”) a 100 % (“avaliação através de exames laboratoriais” e “prescrição adequada de anti-hipertensivos orais”). Quatro critérios (“uso de corticoide para pacientes com idade gestacional menor que 35 semanas”, “não uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina para o controle pressórico”, “início adequado de sulfato de magnésio” e “uso de hidralazina para o controle de hipertensão grave”) apresentaram uma taxa de cumprimento superior a 90 %. A “solicitação de ultrassom para a avaliação fetal” e a “restrição da hidratação intravenosa” tiveram taxa percentual superior a 70 % (Tabela 2).

Após a realização do ciclo de melhoria, houve um aumento das taxas de cumprimento em seis dos nove critérios avaliados, com significância estatística na solicitação de ultrassom obstétrico ( $p = 0,02$ ) e na taxa total de cumprimentos ( $p = 0,01$ ). Na avaliação final, oito dos nove critérios apresentaram uma taxa de conformidade superior a 85 %, dois atingiram 100 % e apenas um manteve-se inferior a 70 %.

Em relação às oportunidades de melhorias, na fase pré-intervenção, foi observada uma não conformidade total de 12 % (55/450 oportunidades), sendo a distribuição absoluta e relativa apresentada no gráfico de Pareto (Figura 2). Esse gráfico mostrou que os critérios que deveriam ser priorizados eram a “manutenção do sulfato de magnésio - Critério 1”, a “realização de ultrassom obstétrico - Critério 2” e

a “necessidade de restrição hídrica durante a intervenção - Critério 3”, que, somados, corresponderam a mais de 85 % do total de não cumprimentos.

**Tabela 1.** Características das mulheres atendidas na unidade de terapia intensiva materna do hospital universitário, nos momentos pré e pós-intervenção. Natal-RN, 2016

Variáveis categóricas	Pré-intervenção		Pós-intervenção		Teste Z p
	n	%	n	%	
<b>Local de origem</b>					
Capital	16	32	17	34	0,61
Interior	34	68	33	66	0,45
<b>Diagnóstico na admissão</b>					
Presença de DHG	47	94	48	96	0,67
Ausência de DHG	3	6	2	4	0,67
<b>Primiparidade</b>					
Sim	24	48	31	62	0,08
Não	26	52	19	38	0,08
<b>Tipo de parto</b>					
Cesárea	48	96	47	94	0,32
Vaginal	2	4	3	6	0,32
<b>Doenças preexistentes</b>					
Sim	18	36	17	34	0,42
Não	32	64	33	66	0,57
<b>Patologias obstétrica prévias</b>					
Sim	3	6	4	8	0,65
Não	47	94	46	92	0,34
<b>Desfecho à UTI</b>					
Alta	49	98	50	100	0,84
Transferência	1	2	0	0	0,15
Variáveis numéricas	Pré-intervenção		Pós-intervenção		Teste Z p
	Média (+DP)	Média (+DP)	Média (+DP)	Média (+DP)	
Idade (anos)	26 (± 7,4)	24,6 (± 7,3)			0,17
Número de gestações	2 (± 1,2)	2 (± 1,5)			0,50
Idade gestacional na admissão na maternidade	35 (± 3,8)	35 (± 4,5)			0,50
Número de consultas pré-natal	6,3 (± 2,9)	6,3 (± 2,7)			0,50
Tempo para a admissão na UTI (dias)	0,6 (± 1,1)	0,9 (± 1,5)			0,87
Tempo de permanência na UTI (dias)	2,9 (± 2,5)	2,4 (± 2,2)			0,14

Teste Z unilateral com valor significativo de  $p < 0,05$ .  
**Fonte:** elaboração própria (2016).

Após a realização do ciclo de melhoria, pôde ser observada uma redução da frequência total de não cumprimentos de 12 % para 8 % (36/450 oportunidades), sendo que os critérios anteriores permaneceram como os mais prevalentes (80 % do total de não cumprimentos) apesar da redução do seu valor absoluto (Figura 2).

**Tabela 2.** Percentual de cumprimento dos critérios e efeito observado pré-intervenção (P1) e pós-intervenção (P2) do ciclo de melhoria. Natal, 2016

n	Critérios	Pré-intervenção n = 50	Pós-intervenção n = 50	Melhoria absoluta	Melhoria relativa	Teste Z p
		P1(IC95 %)	P2(IC95 %)	P2-P1	(P2-P1)/(1-P1)	
1	Manutenção do sulfato de magnésio no pós-parto	43-54	62-68	14	30	0,92
2	Solicitação de ultrassom obstétrico para a avaliação fetal na admissão da UTIM	62-72	84-88	16	57	0,02*
3	Restrição hídrica intravenosa	71-78	81-86	8	36	0,85
4	Uso do sulfato de magnésio para a prevenção ou tratamento de eclampsia	92-96	96-98	2	50	0,72
5	Uso de hidralazina para o tratamento da hipertensão grave	89-94	96-96	2	33	0,67
6	Uso de corticoide betametasona para a maturação fetal	95-98	96-98	-	-	0,50
7	Uso de IECA ou BRA na gestante	95-98	100	2	100	0,84
8	Uso de anti-hipertensivos orais para o controle pressórico	100	91-94	-6	-	-
9	Solicitação de exames laboratoriais para avaliar lesões órgãos-alvo	100	100	-	-	0,50
<b>Total dos critérios</b>		<b>85-88</b>	<b>91-92</b>	<b>4</b>	<b>35</b>	<b>0,01*</b>

IC: Intervalo de Confiança; BRA: Bloqueador do Receptor da Angiotensina; IECA: Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina. P1: percentual de cumprimento na pré-intervenção; P2: percentual de cumprimento na pós-intervenção. Teste Z unilateral com valor significativo de  $p < 0,05$ ; \*houve significância estatística ( $p < 0,05$ ).

Fonte: elaboração própria (2016).

## Discussão

Em relação às características da amostra, as pacientes admitidas na UTIM eram jovens com uma média de idade de 26 (P1) e 24,6 anos (P2); fizeram, em média, 6,3 consultas no pré-natal; em sua maioria eram provenientes de cidades do interior do Estado, e a principal via de parto foi a cesárea, resultado semelhante a outros estudos realizados em UTIM do Nordeste (5, 7). Houve uma pequena variação na redução do tempo de internação após o ciclo de melhoria,  $P1 = 2,9 (\pm 2,5)$  dias e  $P2 = 2,4 (\pm 2,2)$  dias que, apesar de não atingir significância estatística ( $p = 0,14$ ), mostrou-se menor que o encontrado na literatura (6).

Por outro lado, três critérios em conjunto concentravam a maioria dos não cumprimentos (87%). O primeiro deles, “uso do sulfato de magnésio”, é a principal intervenção para evitar e tratar a eclampsia em pacientes graves (18), entretanto ainda não há um consenso sobre o melhor momento de início, dose, duração ou término do seu uso (19); na nossa UTIM, foi adotada a recomendação de manutenção por, pelo menos, 24 horas no pós-parto. O uso por tempo menor que o recomendado se deu em parte à elevada taxa de reações adversas relacionadas ao uso do sulfato de magnésio (18) e à frequente presença de oligúria nas pacientes, o

que constitui um fator de risco para a intoxicação grave (19). A intervenção realizada para adequar o tempo de manutenção foi a modificação do regime de sibaí (4 gramas intravenoso bolus dose + 2 gramas/hora) para o de zuspan (4 gramas intravenoso bolus dose + 1 grama/hora intravenoso) e a redefinição dos critérios de suspensão que se baseavam inicialmente na presença de oligúria e/ou hipotensão para as alterações neurológicas (hiporreflexia patelar ou rebaixamento no nível de consciência). Apesar da alta frequência de suspensão, não houve relato de casos de convulsão.

O segundo critério do grupo mais problemático foi o “uso do ultrassom como forma de avaliação do bem-estar fetal”, prática ainda controversa na literatura (20). Estudos mostram que seu uso em pacientes portadoras de pré-eclâmpsia grave está associado à redução na indução do trabalho de parto e à realização de cesáreas (21), e que a presença de alterações no Doppler estaria relacionada a uma maior mortalidade perinatal (22, 23). Uma recente revisão sugere a incorporação dos resultados da avaliação ultrassonográfica fetal a outros achados de mau prognóstico materno para o desenvolvimento de um escore de desfecho neonatal (23).

Nosso serviço não dispõe de acesso em tempo integral à realização de ultrassonografia, o que prova-

velmente desencorajasse a solicitação do exame e pudesse ser um fator contribuinte para o alto percentual de cesáreas observado nesse grupo de pacientes. Contudo, foi estimulada, por meio do *check-list*, a solicitação do exame independentemente do momento de admissão, como forma de avaliação da real demanda do setor, o que aumentou significativamente o cumprimento desse critério [P1 = 72 % ( $\pm$  10 %), P2 = 88 % ( $\pm$  4 %);  $p = 0,02$ ].

A oligúria é um achado comum em pacientes com pré-eclâmpsia grave (9) e a sua tentativa de tratamento com aumento da volemia pode predispor essas pacientes ao desenvolvimento de edema pulmonar (19). Além disso, a administração de fluidos com o objetivo de promover a expansão plasmática nas pacientes gestantes não se correlacionou com a melhora da perfusão placentária (24). Dessa forma, o terceiro critério que estava no grupo dos pouco conformes recomendava “restrição hídrica” nessas pacientes (9), ficando a expansão volêmica restrita aos casos de hipotensão relacionada à hipovolemia. Essa recomendação foi adotada em nosso serviço e pôde-se observar um aumento no seu cumprimento, entretanto sem significância estatística.

O ciclo de melhoria teve um efeito positivo para a adesão a práticas baseadas em evidências, pois observamos melhora absoluta em 6 dos 9 critérios avaliados (critérios 1, 2, 3, 4, 5 e 7) (Tabela 2). É possível que o sucesso se deva à aplicação rigorosa das fases do ciclo de melhoria, que incluem o uso extenso da participação dos profissionais para definir parâmetros de qualidade e intervenções de melhoria (15).

Outra possível explicação foi o uso de uma intervenção multimodal, que inclui uma soma de intervenções potencialmente úteis para melhorar a qualidade (25). O uso de *checklists*, auditoria, *feedback* (26-28) aos profissionais e lembretes tem sido intervenções com achados positivos em estudos prévios. É possível que seguir essa metodologia do ciclo de melhoria e o tipo de intervenção escolhida seja útil para melhorar esse problema em contextos semelhantes.

Apesar dos resultados positivos, obtidos por meio do ciclo de melhoria, o presente estudo apresentou algumas limitações. Houve uma mudança de estrutura de gestão da Maternidade Escola Januário Cicco que passou a ser administrada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), o que levou à mudança do quadro de médicos e enfer-

meiros da UTIM e pôde ter impactado a efetividade do ciclo de melhoria. Ainda, devido a restrições de recursos humanos, as atividades da UTIM foram descontinuadas em outubro de 2015, só retornando em maio de 2016, o que limitou a quantidade de pacientes disponíveis para a avaliação do serviço na fase pós-intervenção.

Este trabalho limitou-se a avaliar a taxa de cumprimento das recomendações consideradas fortes, presentes nas revisões de literatura realizadas (8, 9) e que podiam ser desenvolvidas no ambiente da UTIM; portanto, não fizeram parte do escopo as intervenções realizadas nos momentos prévios à admissão das pacientes na unidade ou após ela. Dessa forma, não foram avaliados cuidados e intervenções com elevado grau de evidência, que interferem de forma positiva no desenvolvimento da gestação e devem ser realizadas nos períodos pré-natal ou no puerpério tardio. De forma semelhante, não foram avaliados os impactos do cumprimento das recomendações nos desfechos de morbimortalidade materno-fetal.

Os resultados mostraram que o desenvolvimento de intervenções multimodal de caráter participativo apresentaram potencial de melhoria em um serviço de terapia intensiva materna. Essas intervenções apresentam custo financeiro baixo, propiciam melhora significativa na qualidade do serviço em pouco tempo e são facilmente incorporadas na rotina de gestão da qualidade da unidade. Novos estudos que avaliem a relação entre a maior adesão às recomendações propostas e o impacto na morbimortalidade materno-fetal podem tornar ainda mais significativo o desenvolvimento de ciclos de melhoria na área.

## Conclusão

A realização de um ciclo de melhoria resultou em um aumento na taxa de cumprimento das recomendações baseadas em evidências e teve um efeito positivo na assistência multiprofissional às pacientes portadoras de DGH admitidas na UTIM.

## Apoio financeiro

A pesquisa recebeu o apoio financeiro da Pró-Reitoria de Pesquisa da UFRN, por meio de bolsa de iniciação científica.

## Referências

- (1) Da Silva BGC, Lima NP, Da Silva SG, Antúnez SF, Seerig LM, Restrepo-Méndez MC *et al.* Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. *Rev Bras Epidemiol.* 2016;19(3):484-93. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1980-5497201600030002>
- (2) Kassebaum NJ, Barber RM, Bhutta ZA, Dandona L, Gething PW, Hay SI *et al.* Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.* 2016;388(10053):1775-812. Disponível em: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31470-2)
- (3) Rodrigues NCP, Monteiro DLM, De Almeida AS, Barros MBL, Pereira-Neto A, O'Dwyer G *et al.* Evolução temporal e espacial das taxas de mortalidade materna e neonatal no Brasil, 1997-2012. *J Pediatr.* 2016;92(6):567-73. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.03.004>
- (4) Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J *et al.* Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Heal.* 2014;2(6):e323-33. Disponível em: DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
- (5) Saintrain SV, De Oliveira JGR, Saintrain MVL, Bruno ZV, Borges JLN, Daher EF *et al.* Fatores associados à morte materna em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2016;28(4):397-404. Disponível em: <https://bit.ly/30thEke>
- (6) De Amorim MMR, Katz L, Ávila MB, Araújo DE, Valença M, Albuquerque CJM *et al.* Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2006;6(Suppl 1):s55-s62. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S1519-38292006000500008>
- (7) Oliveira LC, Da Costa AAR. Near miss materno em unidade de terapia intensiva: aspectos clínicos e epidemiológicos. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2015;27(3):220-7. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5935/0103-507X.20150033>
- (8) American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' task force on hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013;122(5):1122-31. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88>
- (9) Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, Von Dadelszen P *et al.* Hypertension Guideline Committee. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014;36(7):575-6. Disponível em: DOI: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30588-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30588-0)
- (10) Bazzano AN, Green E, Madison A, Barton A, Gillispie V, Bazzano LAL. Assessment of the quality and content of national and international guidelines on hypertensive disorders of pregnancy using the AGREE II instrument. *BMJ Open.* 2016;6:e009189. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009189>
- (11) The Magpie Collaboration Group. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *The Lancet.* 2002;359(9321):1877-90. Disponível em: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08778-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08778-0)
- (12) Liggins GC, Howie RN. A controlled trial of antepartum glucocorticoid treatment for prevention of the respiratory distress syndrome in premature infants. *Pediatrics.* 1972;50(4):515-25. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4561295>
- (13) Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle M-H. Ten years of confidential inquiries into maternal deaths in France, 1998-2007. *Obstet Gynecol.* 2013;122(4):752-60. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31829fc38c>
- (14) Oliveira AMC, Ianni AMZ. Caminhos para a vigilância sanitária: o desafio da fiscalização nos serviços de saúde. *Vigil Sanit Debate.* 2018;6(3):4-11. Disponível em: <https://bit.ly/38gWngz>
- (15) Saturno PJ, Gascón JJ. Identificación y priorización de oportunidades de mejora. En: Saturno PJ. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Murcia: Universidad de Murcia; 2008. p. 1-27.
- (16) Urquhart-Secord R, Craig JC, Hemmelgarn B, Tam-Tham H, Manns B, Howell M *et al.* Patient and caregiver priorities for outcomes in hemodialysis: an international nominal group technique study. *Am J Kidney Dis.* 2016;68(3):444-54. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.02.037>
- (17) Saturno PJ. Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2015.
- (18) Shields LE, Wiesner S, Klein C, Pelletreau B, Hedriana HL. Early standardized treatment of critical blood pressure elevations is associated with a reduction in eclampsia and severe maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216(4):415.e1-415.e5. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.01.008>
- (19) Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E *et al.* Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(3):363-85. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006>



(20) Pratt JJ, Niedle PS, Vogel JP, Oladapo OT, Bohren M, Tunçalp Ö *et al.* Alternative regimens of magnesium sulfate for treatment of preeclampsia and eclampsia: a systematic review of non-randomized studies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016;95(2):144-56. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/aogs.12807>

(21) Leone M, Einav S. Severe preeclampsia: what's new in intensive care? *Intensive Care Med.* 2015;41(7):1343-6. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1007/s00134-015-3701-9>

(22) Alfirevic Z, Stampalija T, Dowswell T. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6:1-137. Disponível em: DOI: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007529.pub4>

(23) Gruslin A, Lemyre B. Pre-eclampsia: fetal assessment and neonatal outcomes. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2011;25(4):491-507. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2011.02.004>

(24) Bhorat IE, Bagratee JS, Reddy T. Assessment of fetal myocardial performance in severe early onset pre-eclampsia (EO-PET) with and without intrauterine growth restriction across deteriorating stages of placental vascular resistance and links to adverse outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;210:325-33. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.01.014>

(25) Valim MD, Rocha ILS, Souza TPM, Da Cruz YA, Bezerra TB, Baggio E *et al.* Eficácia da estratégia multimodal para adesão à higiene das mãos: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):552-65. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0584>

(26) Bodí M, Oliva I, Martín MC, Sirgo G. Real-time random safety audits: a transforming tool adapted to new times. *Med Intensiva.* 2017;41(6):368-76. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.medine.2017.05.003>

(27) Vratsistas-Curto A, McCluskey A, Schurr K. Use of audit, feedback and education increased guideline implementation in a multidisciplinary stroke unit. *BMJ Open Qual.* 2017;6(2):e000212. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-000212>

(28) Livorsi DJ, Goedken CC, Sauder M, Vander-Weg MW, Perencevich EN, Reisinger HS. Evaluation of barriers to audit-and-feedback programs that used direct observation of hand hygiene compliance. *JAMA Netw Open.* 2018;1(6):e183344. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.3344>

# Mortalidade por suicídio no Espírito Santo, Brasil: análise do período de 2012 a 2016

Mortality by suicide in Espírito Santo, Brazil: analysis of the period 2012 to 2016

Suicide mortality in Espírito Santo, Brazil: analysis for the period 2012 to 2016

**Cómo citar:** Tavares F, Borgo V, Leite F, Cupertino E, Pereira J, Alves R, Rosa M. Mortalidade por suicídio no Espírito Santo: uma análise do período de 2012 a 2016. Av Enferm, 2020.38(1): 66-76. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.79960>

## 1 Fabio Lucio Tavares

Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória, Espírito Santo, Brasil).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4725-0897>  
Correio eletrônico: [fabiotavares54@hotmail.com](mailto:fabiotavares54@hotmail.com)

**Contribuição:** concepção da pesquisa, levantamento bibliográfico, metodologia, coleta dos dados, discussão dos resultados, redação do artigo, aprovação da versão final e realização de correções solicitadas.

## 2 Vinicius Marti Pedroni Borgo

Corpo de Bombeiros Militar do Espírito Santo (Vitória, Espírito Santo, Brasil).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1740-993X>  
Correio eletrônico: [pedroni193@gmail.com](mailto:pedroni193@gmail.com)

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

## 3 Franciele Marabotti Costa Leite

Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória, Espírito Santo, Brasil).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6171-6972>  
Correio eletrônico: [francielemarabotti@gmail.com](mailto:francielemarabotti@gmail.com)

**Contribuição:** análise estatística dos dados, fez contribuições significativas na discussão dos resultados e análise crítica do artigo.

## 4 Edleusa Gomes Ferreira Cupertino

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. (Vitória, Espírito Santo, Brasil).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9539-5997>  
Correio eletrônico: [edleusagfcupertino@gmail.com](mailto:edleusagfcupertino@gmail.com)

**Contribuição:** contribuições significativas para a melhoria do projeto de pesquisa, escrita e análise crítica do artigo.

## 5 Jacira dos Anjos Pereira

Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde (Vitória, Espírito Santo, Brasil).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3987-8377>  
Correio eletrônico: [jacianjos@gmail.com](mailto:jacianjos@gmail.com)

**Contribuição:** contribuições significativas para a melhoria do projeto de pesquisa, escrita e análise crítica do artigo.

## 6 Rodrigo Nascimento Ribeiro Alves

Corpo de Bombeiros Militar do Espírito Santo (Vitória, Espírito Santo, Brasil).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6144-2687>  
Correio eletrônico: [ribeirobm@yahoo.com.br](mailto:ribeirobm@yahoo.com.br)

**Contribuição:** contribuições significativas para a melhoria do projeto de pesquisa, escrita e análise crítica do artigo.

## 7 Mauro Rosa

Corpo de Bombeiros Militar do Espírito Santo (Vitória, Espírito Santo, Brasil).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8508-1353>  
Correio eletrônico: [maurocbmes@gmail.com](mailto:maurocbmes@gmail.com)

**Contribuição:** contribuições significativas para a melhoria do projeto de pesquisa, escrita e análise crítica do artigo.



## Resumo

**Objetivo:** descrever a mortalidade dos óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente no Espírito Santo, Brasil.

**Materiais e métodos:** estudo epidemiológico, baseado em dados secundários sobre a tendência dos suicídios ocorridos no Espírito Santo no período de 2012 a 2016.

**Resultados:** a análise de tendência indicou crescimento da taxa de mortalidade por suicídio ao longo do período de 2012 a 2016 ( $R^2 = 0,9307$ ;  $p < 0,001$ ). A maioria das vítimas foram homens (73,5 %), pardos (47,9 %), adultos (81,4 %) que morreram por enforcamento, seguido de envenenamento e arma de fogo. O enforcamento foi mais prevalente entre os homens ( $P = 63$ ;  $p < 0,001$ ); entre as mulheres, o envenenamento ( $P = 20,8$  %;  $p < 0,001$ ) e a precipitação de lugar elevado ( $P = 14$  %;  $p < 0,001$ ).

**Conclusão:** o aumento na mortalidade por suicídio entre a população estudada vem acompanhando a tendência de crescimento no Brasil e no mundo. Acredita-se que este estudo se constitui como mais um recurso de acesso à informação sobre o suicídio de modo a facilitar a tomada de decisão por parte dos órgãos competentes no enfrentamento dessa problemática, bem como estimular e ampliar a discussão sobre o tema.

**Descritores:** Suicídio; Mortalidade; Epidemiologia; Morte (fonte: DeCS, BIREME).

## Resumen

**Objetivo:** describir la mortalidad de las muertes por lesiones autoprovocadas intencionalmente en Espírito Santo, Brasil.

**Materiales y métodos:** estudio epidemiológico basado en datos secundarios sobre la tendencia de los suicídios ocurridos en Espírito Santo, en el periodo 2012-2016.

**Resultados:** el análisis de tendencia indicó crecimiento de la tasa de mortalidad por suicidio a lo largo del periodo 2012-2016 ( $R^2 = 0,9307$ ;  $p < 0,001$ ). La mayoría de las víctimas fueron hombres (73,5 %), mestizos (47,9 %), adultos (81,4 %) que murieron por ahorcamiento, envenenamiento y arma de fuego. El ahorcamiento fue más prevalente entre los hombres ( $P = 63$  %;  $p < 0,001$ ), mientras que envenenamiento ( $P = 20,8$  %;  $p < 0,001$ ) y precipitación de lugar elevado ( $P = 14$  %;  $p < 0,001$ ) predominaron entre las mujeres.

**Conclusión:** el aumento en la mortalidad por suicidio entre los nacidos en Espírito Santo viene acompañando la tendencia de crecimiento en Brasil y en el mundo. El presente estudio es un recurso más de acceso a la información sobre el suicidio para facilitar la toma de decisiones por parte de las instituciones competentes en el enfrentamiento de esa problemática, así como para estimular y ampliar la discusión sobre el tema.

**Descriptorios:** Suicidio; Mortalidad; Epidemiología; Muerte (fuente: DeCS, BIREME).

## Abstract

**Objective:** to describe the mortality of deceases due to intentional self-harm in Espírito Santo, Brazil.

**Materials and methods:** epidemiological study based on secondary data on the trend of suicides occurred in Espírito Santo for the period 2012-2016.

**Results:** trend analysis indicated an increased rate of suicide mortality over the period 2012-2016 ( $R^2 = 0.9307$ ;  $p < 0.001$ ). Most of the victims were men (73.5 %), brown-skinned (47.9 %), adults (81.4 %) who died by hanging, followed by poisoning and firearm. Hanging was more prevalent among males ( $P = 63$ ;  $p < 0.001$ ), while poisoning ( $P = 20.8$  %;  $p < 0.001$ ) and high site precipitation ( $P = 14$  %;  $p < 0.001$ ) prevailed among women.

**Conclusion:** the increase in suicide mortality among the studied population has been following the growing trend in Brazil and the world. It is believed that the present study is an extra resource to access information on suicide to facilitate decision making by the competent bodies when facing this problem, as well as to stimulate and broaden the discussion on the subject.

**Descriptors:** Suicide; Mortality; Epidemiology; Death (source: DeCS, BIREME).

## Introdução

Conceituado como lesão autoprovocada e incluído nas categorias que vão de X60 a X84 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (conhecida pela sigla CID) 10ª Revisão (1), o suicídio é um fenômeno vivenciado por pessoas que compreendem, na realização desse ato, a libertação de uma dor psicológica intolerável (2). Nesse contexto, vale ponderar que essa grave situação, de provocar deliberadamente a própria morte, está relacionada a múltiplos fatores determinantes e explicativos como o resultado da complexa interação de condições psicológicas, biológicas, sociais, culturais e econômicas (3).

De proporções universais, há registros de suicídio desde a alta Antiguidade, evocado pelos mitos das sociedades primitivas; é um fenômeno grandemente criticado pelas religiões por ser considerado uma atitude de extrema rebelião contra o criador; contudo, existem muitas linhas filosóficas que tratam o autoextermínio como um ato de máxima liberdade (4). Dessa maneira, o suicídio é, muitas vezes, considerado um dos comportamentos humanos mais brutais (5). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que ocorram mais de 800 mil casos de suicídio no mundo por ano, com taxa global de mortalidade de aproximadamente 11,6 óbitos por 100 mil habitantes (6).

Além disso, a análise dessas mortes apresenta uma grande assimetria em sua distribuição. No Leste Europeu, por exemplo, as taxas de mortalidade são superiores a 30 por 100 mil habitantes; nos países escandinavos, esses valores ficam em torno de 20, ao passo que, no Sul da Europa, não atingem 10 por 100 mil habitantes (7).

No ano de 2014, o Brasil se configurou na lista dos dez países que registraram os maiores números absolutos de suicídio (10.653) (6). Vale destacar que, entre 2004 e 2014, ocorreu aumento na tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente entre os brasileiros, avançando de 4,56 por 100 mil em 2004, alcançando 5,73 por 100 mil em 2014 em todo o território nacional. Tal incremento, ao se comparar a estratificação por regiões, revela que a Região Sudeste foi onde ocorreu maior inclinação ascendente na reta de tendência, sendo superior àquela observada no país (8). Essa

assimetria de distribuição já vem sendo observada em estudo que analisou a mortalidade por suicídio no Brasil no período entre 2000 e 2012, no qual se evidenciou maior coeficiente de mortalidade na Região Sul (9,8 por 100 mil) e maior crescimento percentual na Região Nordeste (72,4 %) (9).

Nesse contexto, considerando que a morte por lesões autoinfligidas é um fenômeno complexo, que exige a articulação dos diversos setores e a ação de vários atores sociais nas medidas de prevenção, e que somente a partir do estabelecimento do cenário epidemiológico do problema será possível a elaboração e implementação de medidas que visem mitigar a problemática do autoextermínio, o presente estudo tem por objetivo descrever a mortalidade dos óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente no Espírito Santo, Brasil.

## Materiais e métodos

Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo, baseado em dados secundários, no qual foram analisados os registros relacionados aos suicídios no Espírito Santo, referentes ao período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016.

O Espírito Santo, cuja capital é a cidade de Vitória, está localizado na Região Sudeste do Brasil; apresenta área geográfica de aproximadamente 46 mil quilômetros quadrados e é constituído por 78 municípios agrupados em quatro Regiões de Saúde (Região Central, Região Metropolitana, Região Norte e Região Sul). A população do Espírito Santo estimada em 2018 foi de aproximadamente quatro milhões de habitantes.

Nesse cenário, foram analisados os óbitos por suicídios de indivíduos com idade igual ou superior a 10 anos (idade mínima encontrada no banco). Os dados foram coletados a partir do banco do Centro Integrado Operacional de Defesa Social do Espírito Santo (Ciodes), que contém os registros das ocorrências atendidas pela Polícia Militar do Espírito Santo e pelo Corpo de Bombeiros Militar do Espírito Santo.

Inicialmente, foram calculadas as taxas de suicídio para cada ano em estudo. Para o cálculo, foi feita a razão entre o número de óbitos por suicídio em pessoas com idade igual ou maior que 10 anos e a população com a mesma faixa etária no Espírito Santo, no período, e multiplicado por 100 mil. Em seguida, calculou-se a variação percentual das

taxas de suicídio no período de 2012 a 2016. Esses cálculos foram realizados em planilhas do programa Microsoft Excel.

Para analisar a tendência da mortalidade por suicídio, no período do estudo, primeiramente, foram gerados diagramas de dispersão das taxas de óbitos por suicídio conforme os anos. Em seguida, foi feita a regressão linear simples ( $y = \beta^0 + \beta^1x$ ), cujos  $y$  = taxa de óbito por suicídio,  $\beta^0$  = taxa média do período,  $\beta^1$  = incremento médio anual e  $x$  = ano. Além do coeficiente de determinação  $R^2$ , que varia no intervalo de 0 a 1.

Ainda, os casos de suicídio foram caracterizados segundo as variáveis: sexo, idade, raça/cor, meios utilizados, hora de ocorrência e região, sendo os resultados apresentados em frequência bruta, relativa e intervalo de confiança de 95 %.

Em seguida, os óbitos por suicídio segundo os meios utilizados foram analisados como desfecho de acordo com as variáveis independentes (sexo, idade, raça/cor, meios utilizados, hora de ocorrência e região). Para analisar a relação entre as variáveis, foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, conforme pressuposto (total de observações e valor esperado nas caselas), determinando-se diferenças significantes quando  $p < 0,05$ . As análises univariadas e bivariadas foram feitas através do programa Stata versão 13.0.

A pesquisa obedeceu aos critérios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, mediante o Parecer n.º 2.354.510, de 27 de outubro de 2017, e com o registro do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n.º 764677177.0000.5060.

## Resultados

O estudo permite identificar a ocorrência de 888 casos de suicídio no estado do Espírito Santo de 2012 a 2016, apresentando as seguintes taxas por 100 mil habitantes ao longo do período: 4,75 (2012), 4,92 (2013), 5,09 (2014), 5,72 (2015) e 6,20 (2016). No que tange à análise da variação percentual de 2012 a 2016, observa-se um aumento de 30,3 %, passando de 4,75 para 6,20 casos de suicídio por 100 mil (Figura 1).

A análise de tendência (Figura 1) indicou crescimento da taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil, ao longo do período de 2012 a 2016 ( $R^2 = 0,9307$ ,  $p < 0,001$ ).

**Tabela 1.** Distribuição das ocorrências de suicídio registradas no Centro Integrado Operacional de Defesa Social do Espírito Santo, de 2012 a 2016. Vitória-ES, 2017. (N = 888)

Variável	N	%	IC95 %
<b>Sexo**</b>			
Feminino	233	26,2	22,5-30,3
Masculino	647	72,9	69,3-74,8
Ignorado	8	0,9	0,2-1,8
<b>Idade*</b>			
10-19	34	3,8	2,5-5,9
20-59	689	77,6	68,7-82,7
60 ou mais	123	13,9	12,1-17,8
Ignorada	42	4,7	3,4-5,9
<b>Raça/cor***</b>			
Branca	229	25,8	22,7-44,1
Preta	48	5,4	4,7-10,5
Parda	255	28,7	22,7-42,3
Ignorada	356	40,1	33,5-54,7
<b>Meios utilizados</b>			
Afogamento	11	1,2	0,7-2,2
Arma branca	39	4,4	3,2-6,0
Arma de fogo	97	10,9	9,0-13,1
Enforcamento	472	53,2	49,9-56,4
Precipitação de lugar elevado	71	8,0	6,4-10,0
Envenenamento	98	11,0	9,1-13,3
Outros	17	1,9	1,2-3,1
Não identificado	83	9,3	7,6-11,4
<b>Hora de ocorrência</b>			
6h-11h59	326	36,7	33,6-39,9
12h-17h59	248	27,9	25,1-31,0
18h-5h59	314	35,4	32,3-38,6
<b>Região</b>			
Região Metropolitana	502	56,5	53,2-59,8
Região Sul	156	17,6	15,2-20,2
Região Central	141	15,9	13,6-18,4
Região Norte	89	10,0	8,2-12,2

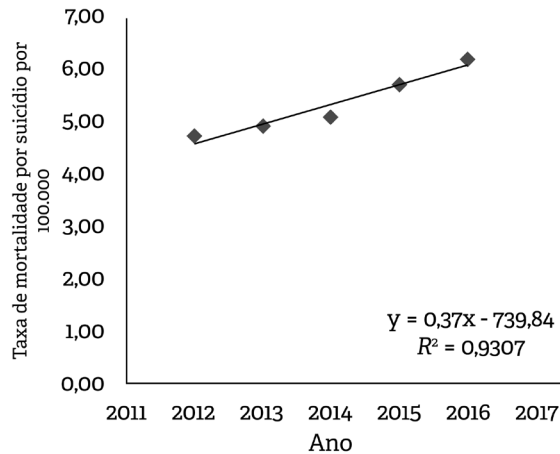
\* N = 846; \*\* N = 880; \*\*\* N = 532; IC: Intervalo de Confiança.

Fonte: os autores.

A Tabela 1 apresenta os casos de suicídios registrados no Ciodes no período de 2012 a 2016. Em relação ao sexo, verifica-se que, em 72,9 % dos casos, as vítimas são homens e, em 26,2 %, mulheres. Observa-se uma maior prevalência de óbitos na faixa etária adulta (N = 689; P = 77,6 %). Apesar de menor a frequência no grupo de adolescentes e idosos, vale destacar a ocorrência de casos nesse ciclo de vida, o que representa uma prevalência de 3,8 % e 13,9 %, respectivamente. Em relação à raça/cor, 28,7 %

dos casos foram classificados como pardos; 25,8 %, brancos e 5,4 %, pretos.

**Figura 1.** Regressão linear simples da taxa anual de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes, no Espírito Santo, no período de 2012 a 2016.



Fonte: os autores.

Quanto aos meios utilizados, 53,2 % (n = 472) ocorreram por enforcamento, seguidos de envenena-

mento (n = 98) e arma de fogo (n = 97), com 11 % cada. Em 8 % (n = 71) dos casos, o meio utilizado foi a precipitação de lugar elevado, e a arma branca foi registrada em 4,4 % (n = 39). Vale destacar que, em aproximadamente 9 % dos registros, não se sabe o meio utilizado no suicídio.

Quanto ao horário de ocorrência de suicídio, nota-se que 36,7 % ocorreram no horário matutino (das 6h às 11h59) e 35,4 % entre 18h e 5h59. Uma menor proporção dos casos (27,9 %) aconteceu no período da tarde (das 12h às 17h59). No que tange à região, a maioria dos casos aconteceu na região metropolitana do Espírito Santo (56,5 %) (Tabela 1).

Verifica-se, conforme a Tabela 2, que o suicídio com a utilização do meio enforcamento acontece de forma mais prevalente entre os homens (P = 63,7 %; p < 0,001). Por sua vez, o uso do envenenamento e a precipitação de lugar elevado são os meios mais utilizados pelas mulheres (P = 20,8 %; p = < 0,001; P = 14,0 %; p = 0,007). Outro achado relevante foi a maior frequência de suicídio por precipitação de lugar elevado, na região metropolitana (P = 13,8 %; p = < 0,001) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição do tipo de suicídio de acordo com horário de ocorrência, idade, sexo, raça/cor e região. Centro Integrado Operacional de Defesa Social do Espírito Santo, de 2012 a 2016. Vitória-ES, 2017

Variável	Enforcamento			Precipitação lugar elevado			Envenenamento			Afogamento			Arma branca			Arma de fogo		
	N	%	p-valor	N	%	p-valor	N	%	p-valor	N	%	p-valor	N	%	p-valor	N	%	p-valor
<b>Hora de ocorrência</b>																		
6h-11h59	181	63,1	0,210*	22	7,8	0,423*	29	10,1	0,231*	5	1,7	0,928**	17	5,9	0,331*	33	11,5	0,788*
12h-17h59	135	60,8		19	8,6		28	12,6		3	1,4		7	3,1		30	13,5	
18h-5h59	156	55,9		30	10,8		41	14,7		3	1,1		15	5,4		34	12,2	
<b>Idade (anos)</b>																		
10-19	21	63,6	0,760*	2	6,1	0,444**	4	12,1	0,269**	–	–	0,523**	–	–	0,218**	6	18,2	0,429*
20-59	370	60,7		55	9,0		83	13,6		8	1,3		27	4,4		67	11,0	
60 ou mais	65	57,5		14	12,0		9	8,0		3	2,7		8	7,1		14	12,4	
<b>Sexo</b>																		
Feminino	99	47,8	< 0,001*	27	14,0	0,007*	43	20,8	< 0,001*	4	0,9	0,018**	11	5,3	0,767*	18	8,7	0,078*
Masculino	372	63,7		44	7,7		55	9,6		7	3,4		28	4,8		78	13,4	
<b>Raça/cor</b>																		
Branca	127	57,5	0,075*	25	11,3	0,345**	28	12,8	0,124*	3	1,4	0,451**	5	2,3	0,171**	33	14,9	0,032**
Negra	30	65,2		2	4,4		9	19,6		1	2,2		1	2,2		3	6,3	
Parda	159	67,8		21	8,9		22	9,4		2	0,8		13	5,5		18	7,7	
<b>Região</b>																		
Região Metropolitana	265	58,1	0,065*	63	13,8	< 0,001**	54	11,8	0,283*	8	1,8	0,337**	22	4,8	0,881**	44	9,7	0,007*
Região Sul	77	57,9		3	2,3		23	17,3		3	2,3		8	6,0		19	14,3	
Região Central	75	60,0		5	4,0		14	11,2		–	–		5	4,0		26	20,8	
Região Norte	55	74,3		–	–		7	9,5		–	–		4	5,4		8	10,8	

\* Teste Qui-quadrado de Pearson; \*\* Teste Exato de Fisher.  
Fonte: os autores

Na Tabela 2, verifica-se uma maior prevalência de suicídio por afogamento entre os homens ( $p = 0,018$ ). Nota-se ainda que o uso da arma de fogo como meio para provocar o suicídio foi mais prevalente entre os brancos e entre aqueles residentes da região Central ( $p < 0,05$ ).

## Discussão

O suicídio tem se tornado um problema de saúde de proporções assustadoras. Importante destacar que, dentre as causas externas da violência autoprovocada, no mundo, está entre as três principais causas de mortalidade, o que reflete um aumento de 60 % nos últimos 45 anos, com tendência de crescimento nas próximas décadas (10, 11).

O presente trabalho revelou a ocorrência de 888 casos de suicídio entre 2012 e 2016. Em números absolutos, esse valor representa 177 mortes por ano, 14 por mês e dois óbitos por semana. Em termos relativos, o risco de morrer por suicídio entre os capixabas apresentou tendência de crescimento ( $R^2 = 0,9307$ ,  $p < 0,001$ ), saindo de 4,75 em 2012 para 6,20 casos por 100 mil habitantes em 2016, incremento da ordem de 30,3 %, o que foi superior aos 16,2 % encontrados no Brasil, no período de 2000 a 2012 (9).

O aumento na taxa de mortalidade por suicídio, somado aos fatores psicossociais e biológicos apontados como capazes de desencadear o ato suicida, pode-se relacionar à maior identificação e classificação do suicídio como causa de morte, provavelmente em decorrência do progresso na cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do preenchimento das declarações de óbito (12).

No Brasil, em decorrência das questões culturais, do estigma e do preconceito social, há uma ineficiência dos serviços de saúde pública ante o suicídio (13). Pode-se deduzir que o país não possui um programa de prevenção para esse grave desvio de saúde, embora algumas atividades no sentido de orientar profissionais da rede de serviços de saúde no que se refere aos cuidados com as vítimas de tentativa de suicídio são conhecidas, mas incipientes para abranger a magnitude do problema (9).

Quanto à variável raça/cor, nota-se que, em 40 % das ocorrências, não havia o registro de tal variável ( $n = 356$ ). De acordo com os parâmetros de qualidade de completude de dados (14), tal variável é classificada como ruim, apontando para a fragilidade na fonte de informação e para as dificuldades no

delineamento do perfil das vítimas, o que interfere no planejamento e nas intervenções de cunho preventivo.

No Paraná, Brasil, estudo epidemiológico da mortalidade por suicídio ocorrida no período de 1999 a 2012, o qual utilizou o banco de dados do SIM, foi detectado incompletude em vários campos, com destaque para a ausência de informação sobre a escolaridade (33,1 %), sobre o local de ocorrência do óbito (4,4 %) e a situação conjugal da vítima (3,1 %) (15).

Reconhecer os fatores implicados na gênese do suicídio e quais suas principais características torna-se importante na medida em que podem subsidiar a implementação de estratégias mais eficazes no enfrentamento da problemática e prevenir sua ocorrência por parte dos gestores de políticas públicas. Estudos vêm apontando que a análise da distribuição da mortalidade e seu perfil epidemiológico tem orientado ações preventivas exitosas nos diversos setores e níveis governamentais (9, 15).

A maioria dos óbitos analisada neste estudo ocorreu entre os homens, respondendo por 72,9 % dos casos. Esse dado vai ao encontro de diversos outros estudos (9, 10, 12, 16-18) que demonstram sobremortalidade masculina (razão em torno de 3,7/1 homens por mulher). A maior prevalência de óbitos entre homens é encontrada na maioria dos países, todavia vale ponderar que esse achado não é evidenciado em países como a Índia, onde a razão de mortalidade é de 1,3:1 (19, 20).

Diversos fatores podem contribuir para a diferença de gênero verificada na mortalidade por suicídio. Culturalmente, é atribuída ao homem maior agressividade, assim como a esse grupo é mais acessível meios de agressão do tipo letal, como a arma de fogo. No grupo de mulheres, há uma menor exposição, bem como se destaca maior capacidade de lidar com as emoções decorrentes de falência financeira, competitividade e impulsividade. Importante ponderar que os conflitos nas relações afetivas são os mais significativos na etiologia do suicídio e suas tentativas (21).

Além disso, outro aspecto associado à proteção das mulheres em relação ao suicídio é a religião. Mulheres geralmente são mais religiosas, e a religiosidade pode auxiliar no enfrentamento de situações difíceis. Desse modo, esse grupo desenvolve com mais frequência estratégias para lidar com conflitos, uma vez que, ao longo da vida, as mulheres são mais comumente submetidas a

mudanças de papéis e possuem maior facilidade de reconhecer sinais de risco de suicídio e buscar ajuda profissional (21).

Outros fatores que explicam a maior prevalência masculina nos casos de suicídio estão relacionados ao maior consumo de álcool, ao tipo de ocupação e ao nível educacional e de renda (22). O diagnóstico psiquiátrico também é elencado como fator de risco entre eles, especialmente a esquizofrenia, o transtorno de humor bipolar e a dependência de álcool e de outras drogas psicoativas (23).

Na faixa etária adulta, entre 20 e 59 anos, foi encontrada maior prevalência de óbitos por autoextermínio, o que correspondeu a 77,6 % dos casos. Apesar do amplo espectro de eventos que geralmente ocorrem nessa fase da vida, tais como a definição e o ingresso em uma carreira profissional, os desafios de conquistar e se manter no mercado de trabalho, os conflitos que advêm do estabelecimento das relações erótico-afetivas e os confrontos enfrentados por muitos por deixarem a casa dos pais, sendo obrigados a desenvolver a capacidade de cuidar de si e assumir responsabilidades até então não preocupantes, podem ser apontados como situações geralmente associadas ao medo, à ansiedade e a conflitos, aumentando o risco de suicídio nesse grupo etário.

O início da vida universitária nessa fase leva à ocorrência de múltiplas mudanças na dinâmica de vida do sujeito. Estas, muitas vezes, acompanhadas de desafios e incertezas que podem dar origem a vários problemas de saúde mental, entre eles o comportamento suicida. As pressões sociais e acadêmicas, associadas ao isolamento e à falta de suporte social, podem representar importante fator de risco de suicídio para esse grupo populacional (24).

Ademais, o diagnóstico de doenças com grande estigma social, tais como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e o câncer, pode estar associado à importante sensação de desamparo que culmina em ideação suicida e, até mesmo, em suicídio (25).

Vale destacar que, mesmo com menor prevalência, este trabalho demonstra que, nas faixas etárias de 10 a 19 anos e de 60 anos ou mais, respondendo respectivamente por 3,8 % e 13,9 % dos casos, o tema exige um olhar cuidadoso. Óbitos por suicídio na adolescência são pouco estudados, mas

vem-se observando uma curva ascendente na ocorrência nas últimas décadas, fato que levou a OMS a recomendar o desenvolvimento de estratégias de prevenção de suicídio em escolas, as quais envolvem estudantes, familiares e toda a equipe escolar (26).

Ao longo do tempo, a assistência à clientela infanto-juvenil no Sistema Único de Saúde tem permitido acompanhar muitas mudanças e transformações nas demandas apresentadas pelos adolescentes (27). A quantidade e a gravidade dos casos de adolescentes que chegam aos serviços de saúde passaram a chamar a atenção dos profissionais, especialmente relacionados às situações de automutilação e tentativas de suicídio; no que se refere à situação de rua, tem-se percebido aumento no comportamento de risco, atos impulsivos e auto e heteroagressividade (28).

Na maioria dos casos, tais comportamentos refletem mecanismos mal-adaptativos de enfrentamento de conflitos, comuns nessa faixa etária, e a automutilação deliberada aparece como um comportamento autodestrutivo cada vez mais frequente como uma tentativa de alívio de emoções fortes e difíceis de lidar por parte do adolescente e uma estratégia para diminuir sua tensão psíquica (29). Portanto, as automutilações exigem acompanhamento de perto, pois, além de resultarem em ferimentos graves, elas estão associadas com o risco aumentado de tentativa de suicídio e de suicídio entre os adolescentes (28).

Outra questão que permeia a problemática do suicídio infanto-juvenil refere-se ao quadro de depressão. Uma revisão de literatura sobre a temática revelou haver certa dificuldade em se construir um diagnóstico da depressão em adolescentes, considerando a gama de possibilidades que sugerem sua presença (28). Assim, questões pautadas à idade e ao gênero precisam ser consideradas no entendimento do suicídio (6, 30).

Outro aspecto relevante é o suicídio entre idosos. Vale ponderar que esse grupo vem apresentando elevadas taxas de mortalidade por essa causa, em todas as regiões do mundo. Na década de 1990, a taxa de óbito por suicídio por 100 mil habitantes era em torno de 41 óbitos para homens com 65 anos ou mais, chegando a valores maiores que 50 óbitos para aqueles com idade igual ou maior que 75 (6). Ainda, vale acrescentar que, de 2000 a 2014, em virtude do suicídio, no Brasil, morreram aproximadamente 19 mil pessoas com 60 anos ou mais.



Nesse cenário, observa-se que, comparado à população geral, os idosos apresentam duas vezes mais risco de suicídio (31, 32).

Neste trabalho, a prevalência de suicídio entre os de 60 anos ou mais foi de 13,9 %, o que representou 123 mortes no período de 2012 a 2016. Tais valores vão ao encontro de outros estudos realizados no Brasil (9, 33, 34) que vêm apontando para o crescimento da mortalidade por autoextermínio nessa população, em ambos os sexos, mas de forma mais intensificada no sexo masculino, no qual se observa uma razão das taxas de mortalidade entre os sexos masculino e feminino de 4:1 (12, 35, 36).

Tais dados se mostram preocupantes visto que, no Brasil, são poucas as discussões sobre o autoextermínio que envolve pessoas idosas no contexto das políticas públicas de saúde, nas quais o maior enfoque é dado para a população jovem, grupo que possui maiores ações de prevenção e de controle, subvalorizando o fenômeno do suicídio entre as pessoas idosas (12).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, ao fazer referência ao campo das violências em seu texto, ressalta apenas ações de combate às violências doméstica e institucional, o que demonstra a importância de se ampliar a discussão sobre as questões de saúde do idoso, com a inclusão do debate sobre a prevenção do suicídio entre eles (12).

O suicídio, na pessoa idosa, pode ser desencadeado por inúmeros fatores, em especial por doenças de caráter mental, como a depressão. Além disso, podem contribuir com o aumento desse agravo as doenças terminais, o mal-estar físico, o isolamento social, a solidão e a ausência ou a deficiência de rede suporte social (35).

No que tange à menor mortalidade por suicídio no grupo de mulheres quando comparado aos homens, isso pode ocorrer devido ao sexo feminino cuidar mais de sua saúde e apresentar, ao longo da vida, maior sociabilidade. Ainda, as mulheres costumam exercer mais a função de cuidadoras, em especial em âmbito doméstico, fato que as torna mais próximas da família e da comunidade; além disso, do ponto de vista cultural, esse grupo é mais persistente à dor e ao sofrimento (36).

Quanto à variável cor da pele/raça, este estudo demonstrou maior prevalência de suicídio entre indivíduos de cor parda (28,7 %), seguido de branca

(25,8 %) e preta (5,4 %); contudo, tais dados merecem uma maior observação, haja vista que tal variável foi amplamente ignorada no registro das ocorrências.

O enforcamento ( $P = 53,2\%$ ), seguido de envenenamento ( $P = 11,0\%$ ) e arma de fogo (10,9 %) foram os meios mais frequentemente detectados neste estudo para se perpetrar o ato suicida no período de 2012 a 2016. Tal perfil foi semelhante ao encontrado em outros estudos realizados no mundo (37, 38) e no Brasil (39).

Investigações sobre os meios utilizados para o suicídio são de suma importância na caracterização do perfil epidemiológico das vítimas, na medida em que o acesso ao meio se torna um fator concorrente para elevar a letalidade e varia de acordo com as características culturais de cada país (39).

O fácil acesso e o alto poder letal desses meios podem justificar sua prevalência. Assim, iniciativas que foquem suas ações na limitação do acesso a tais meios, especialmente os resultantes de atitudes impulsivas, poderiam auxiliar na diminuição da mortalidade por suicídio (6).

Nesse contexto, os resultados da presente pesquisa sugerem que a adoção de regulamentação mais rigorosa para o acesso aos pesticidas e às armas de fogo pode contribuir para a redução da mortalidade por suicídios no Espírito Santo. Infelizmente, o Brasil vem realizando discussões no âmbito do Governo Federal que caminha em direção oposta, com medida que acena para a possibilidade de diminuir o controle de comercialização de pesticidas e agrotóxicos, bem como uma tendência nacional em diminuir as restrições para a aquisição e porte de armas de fogo.

Estudo realizado no Paraná aponta um maior rigor no registro, posse e comercialização de armas de fogo a partir da instauração do Estatuto do Desarmamento (15). Somando-se a isso, em 2004, com a Campanha Nacional do Desarmamento, esforços foram somados para que as pessoas se conscientizassem acerca do risco de se ter uma arma de fogo em casa. Essas atitudes colaboraram com a redução da mortalidade e, por consequência, com a diminuição das taxas de suicídio (40).

A redução na mortalidade por suicídio também pode ser observada em alguns países. Sugere-se,

na Austrália, que a queda na mortalidade tenha se dado por conta do maior rigor na posse de armas de fogo, enquanto, em Hong Kong, a diminuição do suicídio tenha decorrido da restrição na divulgação desse agravo. Por fim, no Reino Unido, a capacitação dos profissionais da atenção primária em identificar os comportamentos suicidas foram importantes ações no processo de redução de óbitos por essa causa (6).

Do ponto de vista da Enfermagem, a literatura aponta para o papel importante do enfermeiro na prevenção do suicídio (41, 42). Entretanto, percebe-se, na prática, que esses profissionais, em sua maioria, não se percebem suficientemente preparados para o cuidado nessa situação (42).

A elevação da taxa de mortalidade por suicídio e sua tendência de crescimento apontam para a necessidade de preparo do enfermeiro no sentido de atuar diante dessa questão de modo a planejar a assistência de enfermagem tanto nas intervenções de prevenção quanto no acompanhamento de vítimas de tentativa de suicídio, uma vez que o risco de suicídio é maior entre aqueles que já tentaram o autoextermínio (6).

Existe associação entre atitudes negativas relacionadas ao suicídio, ao despreparo de profissionais, ao estigma e à discriminação com a assistência de pior qualidade. Nesse sentido, conhecer o fenômeno do suicídio e suas características pode contribuir para melhor abordar a temática no preparo dos enfermeiros que lidam com tal realidade (43).

O conhecimento sobre o perfil epidemiológico das vítimas contribui com o planejamento das ações de formação e treinamento do enfermeiro, seja no âmbito do saber acadêmico, seja na educação continuada em serviço, especialmente em um contexto no qual a compreensão sobre o fenômeno do suicídio é ainda tão escassa (43).

## Conclusão

A partir dos resultados apontados, o presente estudo verificou que o aumento na mortalidade por suicídio vem acompanhando a tendência de crescimento no Brasil e no mundo.

É importante destacar a sobremortalidade masculina na faixa etária adulta, contudo sem deixar de apontar para a importância do autoextermínio entre os adolescentes e os idosos.

A maior acessibilidade e o grau de letalidade dos meios utilizados tais como artefatos para o enforcement, substâncias tóxicas e arma de fogo podem explicar o aumento dos suicídios por esses meios. Além disso, ficou evidenciado que a importância da adoção de medidas de contenção e proteção na Terceira Ponte (localizada em Vitória, capital do Espírito Santo) como possibilidade de redução dos suicídios por precipitação de lugares elevados devem ser consideradas.

Assim, esta pesquisa contribui no sentido de apontar o panorama da mortalidade por autoextermínio para futuros estudos, especialmente diante das novas perspectivas na legislação de controle de agrotóxicos e de porte de arma no Brasil. Além disso, pode colaborar para a tomada de decisões por parte dos órgãos competentes no enfrentamento dessa problemática, bem como estimular e ampliar a discussão do tema.

Ainda, esta pesquisa pode contribuir com a prática do enfermeiro, na medida em que, ao revelar as características do ato suicida e de suas vítimas, permite uma reflexão por parte da Enfermagem sobre a importância de desenvolver pesquisa nessa área, já que o enfermeiro atua em diferentes frentes de prevenção e tratamento.

Quanto às limitações do estudo, pode-se mencionar a falta de informações fundamentais no registro para o delineamento do perfil epidemiológico das vítimas. Nesse sentido, para garantir a qualidade das informações para futuras pesquisas, é necessário que os órgãos envolvidos no atendimento às vítimas de autoextermínio criem estratégias para catalogar a maior quantidade de informações sobre a sua ocorrência.

## Apoio financeiro

Este estudo não recebeu apoio financeiro

## Referências

- (1) World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems: instruction manual. 10<sup>th</sup> rev. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em: <https://bit.ly/2vwEuMH>

- (2) Sousa GS, Silva RM, Figueiredo AEB, Minayo MCS, Vieira LJES. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2014;18(49):1-13. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1807-57622013.0241>
- (3) Kposowa AJ, McElvain JP. Gender, place, and method of suicide. *Soc Psych Psych Epidem.* 2006;41(6):435-43. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s00127-006-0054-2>
- (4) Minayo MCS. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cad Saúde Pública.* 1998;14(2):421-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n2/0120.pdf>
- (5) Nock MK, Kessler RC, Franklin JC. Risk factors for suicide ideation differ from those for the transition to suicide attempt: the importance of creativity, rigor, and urgency in suicide research. *Clin Psychol Sci Pract.* 2016;23(1):31-4. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1111/cpsp.12133>
- (6) World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Genebra: World Health Organization; 2014. Disponível em: <https://bit.ly/36HeBH7>
- (7) World Health Organization. World Health Statistics data visualization dashboard. Genebra: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://bit.ly/31azLFA>
- (8) Pinto LLT, Meira SS, Ribeiro IJS, Nery AA, Casotti CA. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. *J Bras Psiquiatr.* 2017;66(4):203-10. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0047-2085000000172>
- (9) Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr.* 2015;64(1):45-54. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0047-2085000000056>
- (10) Magalhães APN, Alves VM, Comassetto I, Lima PC, Mancussi-Faro AC, Nardi AE. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. *J Bras Psiquiatr.* 2014;63(1):16-22. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0047-2085000000003>
- (11) Santos JC. Prevenção do suicídio: uma tarefa de todos! *Rev Portug Saude Mental.* 2018;19:6-7. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.19131/rpesm.0196>
- (12) Carmo EA, Santos PHS, Ribeiro BS, Soares CJ, Santana MLAD, Bomfim ES et al. Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2018;27(1):1-8. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100001>
- (13) Rios MA, Anjos KF, Meira SS, Nery AA, Casotti CA. Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia. *J Bras Psiquiatr.* 2013;62(2):131-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n2/v62n2a06.pdf>
- (14) Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad Saúde Pública.* 2006;22(3):673-81. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300022>
- (15) Rosa NM, Oliveira RR, Arruda GO, Mathias TAF. Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. *J Bras Psiquiatria.* 2017;66(2):73-82. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0047-2085000000153>
- (16) Segura-Cardona A, Cardona-Arango D. Mortalidad y años potenciales de vida perdidos por causas externas: Colombia 1998-2015. *Univ Salud.* 2018;20(2):149-59. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.22267/rus.182002.119>
- (17) Sousa GS, Perrelli JGA, Botelho ES. Diagnóstico de enfermagem. Risco de suicídio em idosos: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2017-0120. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0120>
- (18) Ribeiro NM, Castro SS, Scatena LM, Haas VJ. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(2):2110016. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0104-070720180002110016>
- (19) Kumar V. Burnt wives. A study of suicides. *Burns.* 2003;29:31-5. Disponível em: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0305-4179\(02\)00235-8](https://doi.org/10.1016/S0305-4179(02)00235-8)
- (20) Lee S, Kleinman A. Suicide as resistance in Chinese society. Em: Perry EJ, Selden M, editores. *Chinese society: change, conflict and resistance.* 2.ª ed. Londres: Routledge; 2003. p. 289-311.
- (21) Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. *Soc Sci Med.* 2011;72(4):608-16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10888055>
- (22) Stack S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature part I: Cultural and economic factors. *Suicide & Life-Threatening Behavior.* 2000;30(2):145-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb01073.x>
- (23) Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP.* 2014;25(3):231-6. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>
- (24) Vasconcelos-Raposo J, Soares AR, Silva F, Fernandes MG, Teixeira CM. Níveis de ideação suicida em jovens adultos. *Estud Psicol.* 2016;33(2):345-54. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1982-02752016000200016>

- (25) Ceccon RF, Meneghel SN, Hirakata-Vania N. Women with HIV: gender violence and suicidal ideation. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):758-65. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005228>
- (26) Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2014. Os jovens do Brasil. Brasília: Presidência da República; 2014. Disponível em: <https://bit.ly/37NsgNU>
- (27) Jucá VS, Vorcaro AMR. Adolescência em atos e adolescentes em ato na clínica psicanalítica. *Psicologia USP*. 2018;29(2):246-52. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0103-656420160157>
- (28) Silva AC, Botti NCL. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: revisão integrativa da literatura. *Rev Portug de Enferm de Saúde Mental*. 2017;18:67-76. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.19131/rpesm.0194>
- (29) Melo AK, Siebra AJ, Moreira V. Depressão em adolescentes: revisão da literatura e o lugar da pesquisa fenomenológica. *Psicol Cienc Prof*. 2017;37(1):18-34. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-37030001712014>
- (30) Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de mortalidade. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/36GJVfH>
- (31) Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1587-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/07.pdf>
- (32) Gomes LMX, Barbosa TLA, Caldeira AP. Mortalidade por causas externas em idosos em Minas Gerais, Brasil. *Esc Anna Nery*. 2010;14(4):779-86. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S1414-81452010000400018>
- (33) Macente LB, Zandonade E. Estudo da série histórica de mortalidade por suicídio no Espírito Santo (de 1980 a 2006). *J Bras Psiquiatr*. 2011;60(3):151-7. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0047-20852011000300001>
- (34) Silva RM, Sousa GS, Vieira LJES, Caldas JMP, Minayo MCS. Suicidal ideation and attempt of older women in Northeastern Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 2):755-62. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0413>
- (35) Santos MGO, Oliveira YOMC, Azevedo UN, Nunes ADS, Amador AE, Barbosa IR. Spatial temporal analysis of mortality by suicide among the elderly in Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(6):854-65. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170115>
- (36) Corona-Miranda B, Hernández-Sánchez M, Lomba-Acevedo P. Epidemiology of suicide in Cuba, 1987-2014. *MEDICC Rev*. 2016;18(3):15-20. Disponível em: <https://bit.ly/2thgpZH>
- (37) Baker SP, Hu G, Wilcox HC, Baker TD. Increase in suicide by hanging/suffocation in the U.S., 2000-2010. *Am J Prev Med*. 2013;44(2):146-9. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.10.010>
- (38) Park S, Ahn MH, Lee A, Hong JP. Associations between changes in the pattern of suicide methods and rates in Korea, the US, and Finland. *Int J Ment Health Syst*. 2014;8:22-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-22>
- (39) Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(9):2841-50. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>
- (40) Brasil. Estatuto do desarmamento: Lei n.º 10.826 de 2003, e legislação correlata. 4.ª ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara; 2012. Disponível em: <https://bit.ly/31aIOo0>
- (41) Vedana KGG, Magrini DF, Zanetti ACG, Miasso AI, Borges TL, Dos Santos MA. Attitudes towards suicidal behaviour and associated factors among nursing professionals: a quantitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017;24:651-9. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12413>
- (42) Vedana KGG, Magrini DF, Miasso AI, Zanetti ACG, De Souza J, Borges TL. Emergency nursing experiences in assisting people with suicidal behavior: a grounded theory study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(4):345-51. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.003>
- (43) Karman P, Kool N, Poslowsky IE, Van Meijel B. Nurses attitudes towards self-harm: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22(1):65-75. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12171>

# Gestante com esclerose múltipla: reflexão fenomenológica da mulher sobre o parto

Gestante con esclerosis múltiple: reflexión fenomenológica de la mujer sobre el parto

Pregnancy in multiple sclerosis: a phenomenological reflection of a woman regarding labor

Cómo citar: Belarmino A, Azevedo L, Teixeira A, Sousa B, Alves L, Ferreira Junior A. Gestante com esclerose múltipla: reflexão fenomenológica da mulher quanto ao parto. Av Enferm, 2020, 38(1): 77-86. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.81405>

## 1 Adriano da Costa Belarmino

Universidade Estadual do Ceará (Fortaleza, Ceará, Brasil).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4401-9478>  
Correio eletrônico: [adrian.belarmino@aluno.uece.br](mailto:adrian.belarmino@aluno.uece.br)

**Contribuição:** concepção do estudo, coleta dos dados, análise dos dados, redação do artigo, aprovação da versão final.

## 2 Leonara Jesuana Martins Azevedo

Hospital Regional Norte (Sobral, Ceará, Brasil).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4401-9478>  
Correio eletrônico: [leonara\\_martins@hotmail.com](mailto:leonara_martins@hotmail.com)

**Contribuição:** análise dos dados, redação do artigo, aprovação da versão final.

## 3 Ana Karoline Marques Teixeira

Centro Universitário INTA (Sobral, Ceará, Brasil).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3037-8576>  
Correio eletrônico: [carol-marques02@hotmail.com](mailto:carol-marques02@hotmail.com)

**Contribuição:** análise dos dados, redação do artigo, aprovação da versão final.

## 4 Bruna Aparecida Teixeira Sousa

Centro Universitário INTA (Sobral, Ceará, Brasil).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9918-6583>  
Correio eletrônico: [bruna.aparecida22@hotmail.com](mailto:bruna.aparecida22@hotmail.com)

**Contribuição:** análise dos dados, redação do artigo, aprovação da versão final.

## 5 Larissa Cunha Alves

Centro Universitário INTA (Sobral, Ceará, Brasil).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6173-7549>  
Correio eletrônico: [larissacalves@hotmail.com](mailto:larissacalves@hotmail.com)

**Contribuição:** análise dos dados, redação do artigo, aprovação da versão final.

## 6 Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

Universidade Estadual do Ceará (Fortaleza, Ceará, Brasil).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9483-8060>  
Correio eletrônico: [arodrigues.junior@uece.br](mailto:arodrigues.junior@uece.br)

**Contribuição:** orientação na elaboração do estudo e construção do artigo, análise dos dados, aprovação da versão final.



## Resumo

**Objetivo:** descrever o parto e o nascimento na perspectiva da portadora de esclerose múltipla.

**Materiais e método:** estudo fenomenológico alicerçado na fenomenologia descritiva de Husserl e na fenomenologia social de Alfred Schütz. A descrição foi obtida por meio de entrevista fenomenológica efetuada com puérpera em agosto de 2018 em um hospital do Nordeste, Brasil. Foi aplicada a redução fenomenológica eidética para analisar os discursos da mulher com esclerose no pós-parto.

**Resultados:** da análise dos depoimentos, emergiram as categorias: *Medo de engravidar com esclerose múltipla (EM)*, *Dor terrível e medo do parto*, e *Felicidade com o bebê*.

**Conclusões:** a maternidade em condições crônicas como a EM proporciona novos significados no mundo da vida, em que o nascimento do bebê projeta novas perspectivas positivas para o futuro da mulher.

**Descritores:** Esclerose Múltipla; Gravidez; Período Pós-parto; Pesquisa Qualitativa (fonte: DeCS, BIREME).

## Resumen

**Objetivo:** describir el parto y el nacimiento desde la perspectiva de la paciente con esclerosis múltiple.

**Materiales y método:** estudio fenomenológico basado en la fenomenología descriptiva de Husserl y la fenomenología social de Alfred Schütz. La descripción se obtuvo mediante una entrevista fenomenológica realizada a una mujer puérpera en agosto de 2018 en un hospital en el noreste de Brasil. Se aplicó la reducción fenomenológica eidética para analizar los discursos de la mujer con esclerosis en el posparto.

**Resultados:** a partir del análisis de los testimonios surgieron las categorías: *Miedo a quedar embarazada con esclerosis múltiple (EM)*; *Dolor terrible y miedo al parto*, y *Felicidad con el bebé*.

**Conclusiones:** la maternidad en condiciones crónicas como la EM proporciona nuevos significados en el mundo de la vida, en el cual el nacimiento del bebé proyecta nuevas perspectivas positivas para el futuro de una mujer.

**Descritores:** Esclerosis Múltiple; Embarazo; Periodo Posparto; Investigación Cualitativa (fuente: DeCS, BIREME).

## Abstract

**Objective:** to describe labor and childbirth from the perspective of multiple sclerosis patient.

**Materials and method:** phenomenological study based on Husserl's descriptive phenomenology and Alfred Schütz's social phenomenology. The description was obtained through a phenomenological interview with a puerperal woman in August 2018 in a hospital in the Northeast, Brazil. The eidetic phenomenological reduction was applied to analyze the speeches of the postpartum woman with sclerosis.

**Results:** from the analysis of the testimonials emerged the following categories: *Fear of getting pregnant with multiple sclerosis (MS)*; *Terrible pain and fear of labor*, and *Happiness with the baby*.

**Conclusions:** motherhood in chronic conditions such as MS provides new meanings in the world of life, in which the birth of the baby projects new positive perspectives for a woman's future.

**Descriptors:** Multiple Sclerosis; Pregnancy; Postpartum Period; Qualitative Research (source: DeCS, BIREME).

## Introdução

A esclerose múltipla (EM) configura-se como patologia crônico-degenerativa, caracterizada pela inflamação e destruição da bainha de mielina, que prejudicam a condução de impulsos nervosos no sistema nervoso central, culminando em comprometimentos físicos e cognitivos (1). Sua etiologia ainda é desconhecida, no entanto acredita-se que possa ser desencadeada pela combinação de fatores genéticos e ambientais (2, 3).

Epidemiologicamente, é considerada principal causadora de déficits neurológicos não traumáticos, com 2,5 milhões de portadores em todo o mundo e 0,4 milhões somente na Europa. Em estudo realizado no Norte da África e em países do Oriente Médio, sua prevalência foi de 52 por 100.000 habitantes. Da mesma forma, nos Estados Unidos, é relatado cerca de 400.000 portadores, com o risco aumentado associado aos seguintes fatores: etnia caucasiana, histórico familiar de EM, origem geográfica, tabagismo, obesidade, deficiência de vitamina D e aumento do consumo de sódio; além disso, evidencia-se que é três vezes maior em mulheres que em homens. Na América do Sul, o Brasil ocupa o segundo lugar em prevalência, com taxa de 15 casos por 100.000 habitantes (4-6).

Antigamente, no contexto da mulher grávida, casos de EM na gestação eram descritos com desfechos negativos relacionados ao significativo déficit neurológico, sendo inclusive as gestantes orientadas a interromper a gravidez; entretanto, atualmente está comprovada diminuição da atividade da doença durante a gestação, em torno de 70 %, com retorno gradual no decorrer do puerpério (3). Ademais, em geral, os diagnósticos são realizados em mulheres em idade fértil, o que leva a questionamentos maternos, por exemplo: como a doença pode afetar a gestação; como a gestação modifica o curso da doença; como as medicações podem afetar o feto ou ainda relativos à hereditariedade (7).

Além disso, a sintomatologia da doença leva a comprometimento das funções e estruturas corporais, atividade limitada e progressivo isolamento social, com momentos de atividade remissiva e exacerbada, o que leva, geralmente, à dependência após 20 anos. Isso causa temor com os possíveis

desafios proporcionados pela gravidez e o futuro diante de um novo ser: o bebê (3, 8).

A experiência do parto constitui na perspectiva fenomenológica de Husserl momento único e particular, enviesado de grande significado subjetivo e particularidades múltiplas, sendo extremamente marcante emocional, social e existencialmente para a mulher, para o recém-nascido, para a família e para a comunidade da qual faz parte (9).

Nesse sentido, é importante considerar as múltiplas complexidades sociais envolvidas nos ciclos de vida da mulher com esclerose, com ênfase no fato de que, assim como todo indivíduo no mundo social, estabelece relações com sua rede social. Assim, envolve o relacionamento com o companheiro, com familiares como mãe e avó, com amigos, com profissionais de saúde e com outros atores sociais, com os quais realiza conexões em uma teia de mecanismos cultural e socialmente condicionados (10).

Contextualmente, remete-se a uma análise dos fenômenos relacionados a interações entre sujeitos, nesse caso em particular, compreendendo-se que a conduta humana é considerada como uma ação social a partir do momento que o indivíduo lhe atribui um significado subjetivo intencional (11).

Nessa complexidade, a compreensão dos significados das ações da mulher à ótica de sua maternidade implica maior capacidade de apreender os aspectos provenientes do mundo social, com a intencionalidade dos atos, o estabelecimento de relações sociais e a criação de redes sociais de apoio. Impacta, nesse contexto, também suas decisões e implicações para o cuidado de si e do recém-nascido, o que contribui para fomentar reflexões acerca do cuidado sistemático materno e ressignificar a ação profissional do cuidador a partir do vivido concreto do ser mãe da mulher com EM, culminando em assistência em saúde integrativa e integradora do sujeito (10).

Perante o exposto e ao examinar a literatura nacional e internacional acerca da temática, percebe-se uma lacuna no conhecimento sobre o fenômeno de ser mãe para a mulher com EM, especialmente na abordagem da fenomenologia descritiva e sociológica, com estudos mundiais que abordem aspectos fisiopatológicos, cognitivos, farmacológicos e das incapacidades acerca da EM na gestação, em detrimento da análise compreensiva de suas

vivências e experiências gestacionais e maternas como ação social (1, 5, 7).

Ademais, analisar as implicações contidas nos discursos da portadora de EM nas fases gestacional e puerperal considerada como fenômeno social proporciona ampliar as dimensões constituintes do saber do profissional de saúde acerca da maternidade em situações patológicas crônico-degenerativas e limitantes, o que resulta em integralidade do cuidado em seus múltiplos aspectos constituintes.

Com isso, este estudo objetiva descrever o fenômeno do parto e do nascimento na perspectiva da portadora de EM.

## Materiais e método

Trata-se de pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica fundamentada na fenomenologia descritiva de Edmund Husserl e na sociologia compreensiva de Alfred Schütz, que possibilitam compreender as ações do sujeito no mundo em sociedade, baseando-se nas relações registradas nas experiências habituais do dia a dia, no caso desta pesquisa, nas experiências da portadora de EM nos períodos gestacional e puerperal. Além disso, expressa determinadas conjecturas como a reciprocidade das intenções, a intersubjetividade, a gama de conhecimentos, a situação biográfica do sujeito e a motivação humana (11-13).

Nessa dinâmica, os indivíduos estabelecem relações sociais face a face no mundo social onde, intersubjetivamente, executam suas ações sociais. O mundo social configura-se no espaço de troca de experiências de vida entre sujeitos, os quais estabelecem interações com contemporâneos ou pessoas anteriores ou posteriores, designando significado às suas práticas de vida, a partir de contextos social, cultural e ideológico (14).

Nesse sentido, a análise compreensiva fenomenológica possibilita realizar estudos com número reduzido de sujeitos, inclusive somente com um indivíduo, pois o valor do estudo consiste na discussão aprofundada da temática fundamental do fenômeno de saúde, neste caso, na reflexão das ações e relações sociais estabelecidas entre os sujeitos em determinado contexto vivido (14, 15). Ademais, estudos fenomenológicos abordam experiências compartilhadas por um grupo de sujeitos, como no caso das mulheres portadoras de EM, e envolvem um fenômeno específico, com a explora-

ção de informações até o alcance das vivências (16). Nessa conjuntura, independentemente do número de indivíduos, as experiências de vida são similares no contexto fenomenológico.

O estudo aqui relatado foi efetuado com puérpera pós-cesariana portadora de EM, que esteve internada no setor obstétrico de um hospital no Nordeste do Brasil. Enquadrou-se na pesquisa por ter perfil fisiopatológico e socioantropológico condizente com o objetivo do estudo, ou seja, que convivía com doença crônico-degenerativa progressiva e experienciava a maternidade nesse período da vida.

A abordagem inicial aconteceu na enfermaria, onde foi estabelecido o primeiro contato, criando-se vínculo com o sujeito objeto da pesquisa; posteriormente, foi efetuada entrevista na residência da participante, onde foi explicado o objetivo do estudo. Foi assegurada privacidade nesse momento por meio de uma sala reservada para esse fim. A técnica de coleta dos depoimentos foi a entrevista fenomenológica mediada por questionário com perguntas abertas sobre o contexto socioeconômico e acerca da experiência da mulher com EM. A coleta de informações fundamentadas no discurso livre do entrevistado possibilitou acessar concepções e ideias do ser. Também se utilizou de diário de campo para a anotação de expressões faciais, modos e atitudes da depoente, além de outras informações advindas da observação (15).

A entrevista durou cerca de 35 minutos; os depoimentos foram audiogravados em gravador digital e transcritos minuciosamente, captando-se seus sentimentos, suas formas expressivas por meio de comunicação verbal e não verbal. A entrevista aconteceu em agosto de 2018 e foi assegurado o anonimato da puérpera e das informações colhidas mediante a decodificação "Sra. G".

Foi empregada a redução fenomenológica eidética para adentrar as experiências de vida, interpretar e compreender os discursos da mulher puérpera com EM e o tipo vivido ser mãe advindo dessa perspectiva de vida. A redução fenomenológica ou *epoché* da atitude natural caracteriza-se pela suspensão da dúvida a respeito da existência do mundo e seus objetos, porque estes podem ser diferentes do que parecem na realidade (13, 17).

Nesse sentido, na contextualização da fenomenologia sociológica, os indivíduos relacionam-se, agem e estabelecem interações sociais conduzidos



por motivações, com objetivos recíprocos. Assim, por meio dos discursos adquiridos, obtiveram-se categorias baseadas nos motivos existenciais (*motivos por que e para*). Os *motivos por que* são o acervo de conhecimentos e experiências passadas e presentes do ser no âmbito biopsicossocial, e os *motivos para* são aqueles relacionados ao alcance das expectativas ante as experiências-base, ou seja, atos futuros, antecipados, imaginados, a ação subjetiva (14, 18).

A pesquisa assegurou a ética e a dignidade em toda a sua elaboração, respeitando a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece normativas para pesquisas com seres humanos (19). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado com o Parecer n.º 2.807.174/2018 e com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n.º 791359175.0000.5684.

## Resultados

Acerca da situação biográfica da participante, o estudo foi realizado com uma senhora de 34 anos, cor parda, dona de casa, em união estável, católica, alfabetizada, natural de uma cidade do interior do Nordeste, Brasil.

A apreensão do referencial da fenomenologia social possibilitou refletir a história de vida vivenciada pela mulher com EM, conhecendo: as interpretações acerca do mundo da vida antes e depois de ser mãe, e, por consequência, as relações e ações sociais implicadas; as motivações para ser mãe e as reflexões fenomenológicas contidas na análise de seus discursos. A ambiguidade de conceito social contido nas falas da mulher está implícita nos depoimentos e resultou da redução fenomenológica.

Com os discursos da puérpera, construíram-se três categorias-base do vivido, duas referentes ao *motivos por que*: Medo de engravidar com EM e Dor terrível e medo do parto, e uma relacionada ao *motivos para*: Felicidade com o bebê.

### **Medo de engravidar com esclerose múltipla**

Esta categoria descreve as impressões iniciais da mulher que descobre a doença e sua convivência com esta. Delimita suas sensações e percepções no final da gestação e seu medo com a proximidade do término da gravidez. Nas concepções subjetivas

e objetivas dos fenômenos no ser humano, a descoberta de uma doença de qualquer tipo, mas em especial crônico-degenerativa, traz situações fora do cotidiano e da rotina usual do sujeito. A seguir, a descrição desses acontecimentos feita pela puérpera.

[...] uma semana antes eu fiquei com a boca torta, a metade do meu corpo dormente e a minha voz não dava pra entender nada e [pausa] ah e não podia fechar meu olho direito [...] isso daí foi uma semana antes, né? Aí teve um dia que eu fui dormir boa, assim andando normal, e [...] quando fui me levantar pra fazer xixi, né?, não podia andar, caí no chão; aí não, não podia andar [pausa], não mexia mais meu lado direito não [...] (Sra. G).

Os depoimentos anterior e posterior relacionam-se mutuamente, descrevendo aspectos subjetivos da entrevistada com relação a sentimentos negativos como preocupação, inquietação e medo das consequências da gestação com a EM.

Medo! Medo, porque o médico já tinha avisado que eu não podia engravidar [...]. Que eu não podia engravidar que [pausa], que é difícil, né? [...] a gravidez protege enquanto a gente tá grávida, mas depois [pausa], a gente pode ter uma crise. Aí eu fiquei com medo (Sra. G).

Assim, desvelam-se, nos discursos iniciais, sentimentos pessimistas como medo, temor, receio e dor como elementos-chave no período da descoberta da gravidez e motivações para temê-la e desejar seu término, descrito nos trechos a seguir:

Dificuldade foi de andar [...] a minha perna, o lado direito é

pesado; aí se ajuntava o peso da perna do lado direito e o peso da barriga, e eu mal podia andar [...]. A gravidez todinha eu senti dor (Sra. G).

### **Dor terrível e medo do parto**

Nesta categoria, observam-se novas pretensões e desejos; a depoente refere como motivação para o alívio das dores musculares decorrentes da doença a realização da cesariana; percebem-se, também, pequenas mudanças nas motivações de receio e temor na descoberta da gestação para novas perspectivas com a proximidade do parto, sua efetuação e esperança da chegada de um recém-nascido saudável.

Eu estava com medo [...] eu esperava ser operada mesmo; eu preferia ser operada do que ter normal, porque eu tinha medo porque o pessoal falava que era de risco, né? De alto risco, aí eu tinha medo de ter normal (Sra. G).

Eu me senti bem [...] só um pouquinho nervosa, porque eu tava sentindo muita dor [...], a partir de quando foi dar [anestesia] não senti mais dor [...] eu tava suplicando pra eles: “coisa logo a anestesia pra não sentir mais dor!” Ô dor horrível! (Sra. G).

Nos depoimentos, evidencia-se como característica o desejo principal da cesárea, como mecanismo intimamente ligado à cessação da dor da doença.

### **Felicidade com o bebê**

Esta categoria determina novas motivações para a portadora de EM quanto à maternidade: o nascimento do filho, o que deixa evidentes seu anseio e desejo em ser mãe, apesar das dificuldades impostas pela doença crônica, como relatado a seguir:

Muito feliz [risos] tão feliz que já tinha passado, né? Que eu tinha muito medo, tinha dias em que eu nem dormia de noite pensando [...] (Sra. G).

Nesse contexto, as mudanças proporcionadas pela maternidade modificam as motivações de vida da mulher, agora no puerpério, levando à alegria, ao entusiasmo e à realização pessoal, como no trecho descrito a seguir:

[...] Pra cuidar dele? Não [...] Há! Só se ele ficar bem gordão, aí eu não vou conseguir pegar ele [risos], mas o problema é só mais pra pegar [...] (Sra. G).

## **Discussão**

O mecanismo fisiopatológico das doenças crônico-degenerativas culmina em causalidade multifatorial numa teia progressiva materializada na sintomatologia da doença. Intersubjetivamente, é complexo inferir como essa estrutura patológica é interpretada no consciente do portador; do mesmo modo, como influi no seu mundo social, das relações entre os sujeitos-atores, da complexidade do ser, do cuidado de si, para com outros e dos outros para consigo (9, 13, 17, 20).

Nessa premissa, a EM como doença crônica traz consigo diversos aspectos no mundo da vida (*lebenswelt*); os pesos e as bagagens transfigurados nas limitações das atividades diárias, simples e complexas, ganham novos contornos e expectativas positivas e negativas na figura da mulher gestante. Sua intencionalidade e planejamentos futuros mudam (9, 20).

A gestação é expressa como divisor no fenômeno da doença. A gestação transporta em si poderosas interpretações, simbolismo e significados múltiplos, fascínio e preconceitos, e essa representação é particular, única e específica para cada mulher e sua gestação (18).

Além disso, em diversos momentos dos depoimentos, a portadora relata a dor como fenômeno singular. A dor determina também sua representatividade no parto: única, subjetiva e influencia-

da por elementos culturais e socioeconômicos (18). Analisando essa característica ligada ao parto e à gestação na mulher com EM, admite-se uma nova dimensão, pois a dor está relacionada à patologia e carrega consigo esse elemento. O entendimento da dor enquanto entidade significativa remete a concepções das mitologias primitivas do ser humano, como geradora de sofrimento e dano, no entanto suas manifestações múltiplas estariam relacionadas a cada cultura, grupo social e representação social (21).

O mundo da vida (*lebenswelt*) como instância de significação e campo de atividade humana, como ressalta Husserl, transfigura-se como a intencionalidade nos mundos da consciência. De forma complementar, para Schütz, o mundo de vida constitui-se no cenário e no objeto de ações e interações humanas, procurando desvelar pressupostos intersubjetivos implicados nas relações sociais (22). A intencionalidade de atos sociais de vida com alegria e esperança materializa-se no discurso: a mulher assume um novo papel social: ser mãe.

Na abordagem fenomenológica, os fenômenos de adoecer, morrer, relacionar-se com o outro não podem ser compreendidos isolados das pessoas que os vivenciam na sua totalidade existencial; assim, o fenômeno é interpretado a partir de quem o vive dentro do contexto de seu existir (11).

Nessa conjuntura, o referencial teórico-filosófico da sociologia compreensiva de Alfred Schütz permitiu conhecer acerca de aspectos intersubjetivos, intencionalidade, ação e interação social inseridos no mundo de vida da mulher portadora de EM. Relacionado às suas motivações para ser mãe, configuram-se em um contexto de extremo desconforto e futuro “pessimista” devido à EM na fase gestacional, que devem ser considerados, refletidos, ponderados e assimilados de forma consciente nos processos de cuidado pelo profissional de saúde, entre eles, o do enfermeiro (23-25).

A EM, enquanto patologia degenerativa e incapacitante, compromete o desempenho das atividades maternas, especialmente os cuidados básicos como amamentar, banhar o recém-nascido, realizar limpeza das eliminações, ações determinadas social e culturalmente em contextos da maternidade (10). A participante relatou também limitações impostas pela doença nesse período como adinamia, hemiplegia e algias (3), as quais repercutem em suas experiências maternas.

No estudo, o ser, enquanto mulher e ainda como gestante, vivencia suas experiências concretas no mundo vivido ou *lebenswelt*, onde ocorrem diferentes interações sociais que culminam em ações sociais; ainda apresenta diferentes intencionalidades nessa dinâmica, com a percepção de modificações nos aspectos intersubjetivos durante a vivência com a doença (*motivos por que*), em que a maternidade propicia novas expectativas e pretensões para o futuro (*motivos para*) (9, 13, 22).

Analisando-se a ambiguidade implícita nos depoimentos, evidencia-se que a EM propicia desesperança, medo, dor física, modificações das atividades básicas diárias, desestabilização psicológica com quadros de ansiedade e depressão, que culminam em pensamentos negativos sobre a condição clínica e projetos futuros. No entanto, o processo de gerir, parir e cuidar de um ser denota uma nova dimensão de vida para a mulher, podendo resultar em crescimento pessoal e emocional, ou em desorganização interna, rompimento de vínculos e de papéis, o que pode comprometer suas funções sociais (3, 4, 24, 26).

Nesse contexto, estudos têm sido desenvolvido com o objetivo de explorar projetos voltados a cuidados dos portadores de EM suas vivências e experiências de vida, e direcionados aos seus cuidadores. Uma pesquisa transversal efetuada acerca da funcionalidade e do autocuidado de portadores de EM evidenciou autocuidado presente com dependência moderada relativo a atividades básicas da vida diária, parcial para as atividades instrumentais e ativas para as avançadas. Além disso, denotaram-se incapacidades em indivíduos com a doença por tempo prolongado e que os perfis socioeconômico e educacional refletem melhora na funcionalidade (27).

Outro estudo avaliou a qualidade de vida de portadores e cuidadores de indivíduos com EM, e demonstrou melhor qualidade nas relações sociais e pior nos aspectos físicos, além de evidenciar que mulheres apresentam melhor qualidade de vida. Da mesma forma, relativo aos cuidadores, as mulheres apresentaram pior qualidade de vida quando comparada a dos homens, o que aponta que intervenções são necessárias em ambos para potencializar aspectos da vida diária e diminuir comprometimentos (28).

Nesse sentido, quando se analisam os discursos, a portadora de EM refere posteriormente entusias-

mo, alegria e esperança com a realização do parto e finitude da dor, com o nascimento do bebê e a consequente possibilidade de início do tratamento para controlar as crises. Esses são os *motivos por que e para* apreendidos nos depoimentos, sendo intencionalidades da ação que expressam o ser mãe, o que culminou para a modificação de conceitos sociais e existenciais em seu mundo social de vida (13, 23, 29).

Assim, essa interpretação reflete sua situação biográfica, sendo reflexo da relação social com o mundo, suas percepções e pretensões, de acordo com sua posição ideológica e cultural, especificamente das imbricações com o advento da maternidade em um contexto patológico (24).

Assim, o típico de ser mãe refere-se à compreensão de mundo apreendido da noção de maternidade como característica secular construída no mundo social, sendo histórica e culturalmente determinada em tempo e espaço de vida, possuindo aspectos compartilhados e configurando-se em motivos-ações constituídos com base em sua história de vida: a mulher vive o momento do parto, regozija-se com os sentimentos provindos desse momento único, mesmo diante do temor da doença (13, 14, 23).

Nos relatos sobre as expectativas do parto, percebe-se que a ação da mulher gestante se modifica de forma inconsciente com o ser mãe, o que denota novas intencionalidades determinadas no contexto social e cultural em que está inserida (11).

Assim, o propósito da mulher portadora de EM volta-se para a maternidade, e suas razões fundamentam-se em relações e interações sociais anteriores ao seu atual estado de vida; a mulher sente sua situação cotidiana modificada negativamente e projeta novos dilemas e perspectivas, ao mesmo tempo que anseia alcançar um nível de qualidade de vida para poder proporcionar cuidado ao seu filho; reflete também a situação biográfica da mulher agora mãe enquanto portadora de EM, ou seja, configura sua história constituída pelas experiências subjetivas prévias que orientam suas ações sociais no mundo (11, 13, 24, 26).

Segundo a abordagem sociológica de Schütz, essas experiências são conhecimentos e informações transmitidos por familiares, progenitores, educadores, companheiro e outros indivíduos significantes para a mulher. Constitui em sua rede social de apoio e suas relações com esta, caracterizada

por hábitos, valores, crenças e costumes, sendo denominadas primária (parentesco, amizade e vizinhança) e secundária (instituições, locais de trabalho e organizações do terceiro setor), propiciando compreensão, confiança, ajuda (10, 24).

Nos depoimentos, não se denota atuação do companheiro nas fases da doença, no entanto, nos dados sociodemográficos, foi referido estado civil como união estável. A literatura retrata que o companheiro desempenha papel essencial como cuidador da mulher e promotor de seu bem-estar físico, mental e social (30).

Um estudo efetuado com sete cônjuges de portadores de EM constatou aspectos singulares no percurso da doença: sofrimento emocional durante a procura do diagnóstico, processo adaptativo de crescimento pessoal com relação ao cuidado do companheiro e aceitação da nova condição de vida, configurando atitudes de cuidado, paciência, tolerância, abnegação e preocupação (30).

As afirmações positivas configuradas nos discursos referem a intenção do indivíduo, expressando sua determinação em ser mãe. Conforme a fenomenologia social, a intencionalidade não se restringe ao âmbito individual, considerando o modo em que a consciência se volta a algo e lhe atribui significado; ainda afirma que a experiência intencional individual é uma construção com o início na infância, expressando experiências contextualizadas nas relações sociais intersubjetivamente ao longo do tempo (13, 14, 22).

Logo, a mulher mãe pertence a um contexto social determinado, sendo sua ação voltada para alguém, nesse caso, para o bebê, em relacionamento com outras pessoas (companheiro, mãe, profissionais de saúde), em uma relação face a face, uma relação eu-tu, uma relação eu-nós (24).

Apreende-se que, observando as categorias de ação humana expostas na mulher na fase de esclerose, o típico de ação comum ao grupo social da mulher, seu papel social diante da problemática modifica-se para a característica de ser mãe, constituindo seu tipo vivido, sua experiência de vida no mundo social: a mulher tem temor ao descobrir a gestação no contexto patológico da EM, sente dor e sofre, deseja eliminar essa dor por meio de uma cesariana, a fim de ter o bebê o mais rápido possível e vivenciar, finalmente, felicidade e entusiasmo com o nascimento (23, 26).

Por sua vez, as limitações desta pesquisa envolvem a escassez de estudos acerca da experiência de vida de mulheres com EM na gestação e/ou puerpério, o que impossibilita comparações com a literatura da área. Além disso, devido a este estudo ser primário e unir fenomenologia, gestação e EM, mostrou-se desafiador expressar plenamente a experiência do parto com uma mulher, o que evidencia a necessidade de desenvolvimento de novos trabalhos com maior amostra. Da mesma forma, o estudo traz discursos subjetivos de um único indivíduo, com suas particularidades, de uma localização e região específica, no entanto reflete as vivências e experiências de vida de portadores em outros âmbitos, com similaridades nas incapacidades progressivas e semelhante nexos fenomenológico social.

Com base na análise destas informações, o profissional de enfermagem pode refletir acerca das vivências da mulher na maternidade relativas ao cuidado e à promoção de qualidade de vida do sujeito, da família e da comunidade, inserindo as relações sociais como instrumento para manutenção do bem-estar e da saúde. Ademais, oportuniza-se desenvolver intervenções para promover o autocuidado e diminuir a dependência durante o fenômeno da gestação na mulher com EM, sendo necessários projetos de cuidado e autocuidado para auxiliar portadores e cuidadores diante das restrições da doença.

## Conclusão

Conforme os resultados, a descrição do fenômeno da maternidade implica modificações na experiência de vida da mulher portadora de EM. Isso produz novas perspectivas e experiências intersubjetivas que propiciam enfrentamento das complicações decorrentes da doença. Além disso, as ações e relações sociais no mundo da vida adquirem novos significados no contexto materno. No estudo, a mulher descreve a ambiguidade de sentimentos e percepções decorrentes da doença e da gravidez, no entanto, com o desfecho do parto, prevalece a alegria e o entusiasmo com o recém-nascido. A enfermagem deve contribuir neste momento, colaborando com intervenções que auxiliem na diminuição da dependência e na potencialização do autocuidado e do cuidado do bebê. As redes de apoio, como companheiro e familiares, contribuem para promover melhor qualidade de vida e devem ser inseridas no processo de cuidado na gestação e no pós-parto.

## Apoio financeiro

Este estudo não teve apoio financeiro

## Referências

- (1) Mohamadirizi S, Shaygannejad V, Mohamadirizi S. The survey of mindfulness in multiple sclerosis patients and its association with attachment style. *J Educ Health Promot.* 2017;6:1-5. Disponível em: DOI: [http://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_114\\_14](http://doi.org/10.4103/jehp.jehp_114_14)
- (2) Dobrakowski P, Bogocz M, Cholewa K, Rajchel M, Kapica-Topczewska K, Wawrzyniak S et al. Month of birth and level of insolation as risk factors for multiple sclerosis in Poland. *PLoS ONE.* 2017;12(4):e0175156. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175156>
- (3) Sobral M, Dias J. Esclerose múltipla e gravidez. *Acta Obstet Ginecol Port.* 2013;7(4):293-7. Disponível em: <https://bit.ly/38bFGDU>
- (4) Polat C, Tülek Z, Kürtüncü M, Eraksoy M. Validity and reliability of the Turkish version of the monitoring my multiple sclerosis scale. *Arch Neuropsychiatry.* 2017;54:131-6. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5152/npa.2016.12694>
- (5) Newland P, Riley M, Foerster LA, Thomas FP. Relation of demographics and reported symptoms and medication use in persons with multiple sclerosis. *Medsurg Nursing.* 2015;24(5):336-55. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26665870>
- (6) Costa TMS, Souza-Neto VL, Domingos MMC, Silva BCO, Rodrigues IDC, Silva RAR. A profile of nursing diagnoses in patients with multiple sclerosis: a cross-sectional study. *Online Braz J Nurs.* 2016;15(3):433-42. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165383>
- (7) Fares J, Nassar AH, Gebeily S, Kobeissy F, Fares Y. Pregnancy outcomes in Lebanese women with multiple sclerosis (the LeMS study): a prospective multi-centre study. *BMJ Open.* 2016;6:e011210. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011210>
- (8) Baixinho CL, Mertens J, Duarte AF, Teixeira FM, Quental IA, Martins SS. Nursing interventions promoting functionality among adults with multiple sclerosis: integrative review. *J Nurs UFPE Online.* 2016;10(Suppl. 2):838-47. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201619>
- (9) Alves VH, Alves PMS, Padoim SMM. A tecnicização e a prática do cuidado ao parto: uma abordagem fenomenológica a partir de Husserl. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(3):e1750015. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0104-07072016001750015>

- (10) Souza MHN, Souza IEO, Tocantins FR. Abordagem da fenomenologia sociológica na investigação da mulher que amamenta. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(1):52-6. Disponível em: <https://bit.ly/384AktU>
- (11) Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMRD *et al*. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):736-41. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300030>
- (12) Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6.ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
- (13) Melo MF. Fenomenologias de Edmund Husserl e Alfred Schütz em contribuição à metodologia sociológica. *Latitude*. 2016;10(1):24-49. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.28998/2179-5428.20160102>
- (14) Schütz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis: Vozes; 2012.
- (15) Paula CC, Padoin SMM, Terra MG, Souza IEO, 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>
- (16) Alzuguren AC, Sánchez-Gómez MC, Costa AP. Autodeterminación, emociones y exclusión en un blog de personas sordas: mirada cualitativa. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(4):1153-60. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0573>
- (17) Goto TA, Holanda AF, Costa II. Fenomenologia transcendental e a psicologia fenomenológica de Edmund Husserl. *Rev Nufen: Phenom Interd*. 2018;10(3):38-54. Disponível em: <https://bit.ly/375DCvO>
- (18) Ferreira MLSM, Giaxa TE, Popim RC, Meneguim S. Dor como motivo de busca para assistência ao trabalho de parto hospitalar. *Rev Eletr Enf*. 2017;19:a12. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5216/ree.v19.41332>
- (19) Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 12 dez 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- (20) Castellanos MEP. Cronicidade: questões e conceitos formulados pelos estudos qualitativos de ciências sociais em saúde. Em: Castellanos MEP, Trad LAB, Jorge MSB, organizadores. *Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais*. Fortaleza: EdUECE; 2015. p. 35-60.
- (21) Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Rev Bras Anestesiol*. 2011;61(3):376-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/v61n3a14.pdf>
- (22) Souza-Filho JA, Lima AF, Oliveira PRS, Ciampa AC. O mundo da vida (lebenswelt) enquanto instância de significação: tessituras e delimitações críticas. *Rev Psicol*. 2018;10(1):34-42. Disponível em: <https://bit.ly/3bn8O4>
- (23) Zeferino MT, Carraro TE. Alfred Schütz: do referencial teórico-filosófico aos princípios metodológicos de pesquisa fenomenológica. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(3):826-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a32.pdf>
- (24) Souza MHN, Nespoli A, Zeitoun RCG. Influência da rede social no processo de amamentação: um estudo fenomenológico. *Esc Anna Nery*. 2016;20(4):e20160107. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20160107>
- (25) Muñoz LA, Sánchez X, Arcos E, Vollrath A, Bonatti C. Vivenciando la maternidad en contextos de vulnerabilidad social: un enfoque comprensivo de la fenomenología social. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(4):1-7. Disponível em: <https://bit.ly/39i1FsN>
- (26) Fonseca FLS. A constituição do mundo e de si-próprio no enlace existencial mãe-bebê. *Rev Abord Gestalt*. 2017;23(3):326-33. Disponível em: <https://bit.ly/2OCOPgW>
- (27) Oliveira-Kumakura ARS, Bezutti LM, Silva JLG, Gasparino RC. Capacidade funcional e de autocuidado de pessoas com esclerose múltipla. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3183. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.3068.3183>
- (28) Neves CFS, Rente JAPS, Ferreira ACS, Garrett ACM. Qualidade de vida da pessoa com esclerose múltipla e dos seus cuidadores. *Rev Enf Referência*. 2017;4(12):85-96. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV16081>
- (29) Santos FLV, Corrêa NMH, Leal RMP, Monteiro CFS. A vivência do cônjuge/companheiro de portador de esclerose múltipla. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(2):229-34. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a11.pdf>
- (30) Feijoo AMLC. É possível a fenomenologia de Husserl como método de pesquisa em psicologia? *Psic Teor Pesq*. 2018;32(4):1-9. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0102.3772e3241>

# Abordaje de enfermería basado en el modelo de Peplau sobre el control de impulsos ineficaz

Abordagem de enfermagem baseado no modelo de Peplau sobre o controle de impulsos ineficaz

A nursing approach based on Peplau's model on ineffective impulse control

Cómo citar: Martínez Esquivel D. Abordaje de enfermería basado en el modelo de Peplau sobre el control de impulsos ineficaz. *Av Enferm*, 2020. 38(1): 87-94.  
DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.80576>

## 1 Daniel Martínez Esquivel

Universidad de Costa Rica (Montes de Oca, Costa Rica).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1171-9278>

Correo electrónico: [dtinez@gmail.com](mailto:dtinez@gmail.com)

Contribución: participación en todo el proceso.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.80576>

Recibido: 20/06/2019 Aprobado: 15/10/2019



## Resumen

**Objetivo:** analizar la intervención de enfermería de salud mental con un usuario con diagnóstico de control de impulsos ineficaz relacionado con trastorno bipolar I.

**Síntesis del contenido:** se presenta el abordaje del caso a partir del proceso de enfermería y el uso del lenguaje estandarizado. Además, se analiza la intervención de enfermería de salud mental teniendo en cuenta la propuesta de Peplau.

**Conclusión:** es necesaria la participación de la enfermería de salud mental en el abordaje de personas con trastorno mental a partir de estrategias propias de la profesión.

**Descriptor:** Clasificación; Enfermería; Salud Mental; Trastorno Bipolar (fuente: DeCS, BIREME).

## Resumo

**Objetivo:** analisar a intervenção de enfermagem de saúde mental com um usuário com diagnóstico de controle de impulsos ineficaz relacionado com transtorno bipolar I.

**Síntese do conteúdo:** apresenta-se a abordagem do caso a partir do processo de enfermagem e do uso da linguagem padronizada. Além disso, analisa-se a intervenção de enfermagem de saúde mental de acordo com a proposta de Peplau.

**Conclusão:** é necessária a participação da enfermagem de saúde mental na abordagem de pessoas com transtorno mental a partir de estratégias próprias da profissão.

**Descritores:** Classificação; Enfermagem; Saúde Mental; Transtorno Bipolar (fonte: DeCS, BIREME).

## Abstract

**Objective:** analyze mental health nursing intervention with a user with an ineffective impulse control diagnosis related to bipolar disorder I.

**Synthesis of the contents:** the approach to the case is presented from the nursing process and the use of standardized language. In addition, mental health nursing intervention is analyzed considering Peplau's proposal.

**Conclusion:** mental health nursing participation in addressing people with mental disorder is necessary based on strategies specific to the profession.

**Descriptors:** Classification; Nursing; Mental Health; Bipolar Disorder (source: DeCS, BIREME).



## Introducción

El presente artículo es un reporte de caso que refleja el proceso de enfermería de salud mental (PE) en un servicio de hospitalización psiquiátrica con una persona con diagnóstico de “control de impulsos ineficaz relacionado con trastorno del estado de ánimo manifestado por arrebatos de mal genio y comportamiento violento” (1, p.259) basado en la teoría de relaciones interpersonales en enfermería, cuya patología psiquiátrica de fondo es el trastorno bipolar I: episodio maniaco (2, 3). Para el desarrollo de dicho proceso se hace uso del lenguaje estandarizado NANDA, NOC y NIC con el propósito de utilizar una expresión enfermera para determinar la etiqueta diagnóstica, la clasificación de los resultados y de las intervenciones según el caso específico que se expone.

Se eligió la presentación de este caso porque pone de manifiesto el riesgo de violencia al que podría enfrentarse el personal de enfermería en los servicios de psiquiatría y que en ocasiones interviene de manera categórica, por lo que se pretende evidenciar el manejo ante una situación de crisis a partir del establecimiento de la relación terapéutica, demostrando su efecto favorable en la recuperación de la persona, desde el trato digno en función de los conocimientos propios de la profesión, provocando un efecto de motivación e innovación que mejora la práctica profesional.

Por ende, buscando el sentido lógico de esta intervención es importante definir la salud mental como un derecho humano que debería carecer de cualquier forma de discriminación y ser para el goce de todas las personas, también como un proceso sociohistórico enfocado en el bienestar y el desempeño personal, que es determinado por factores biológicos, ambientales, sociales, económicos, políticos y de servicios de salud (4).

De esta manera, la salud mental es un área de suma importancia, ya que las transformaciones sociales modernas provocan una mayor incidencia y prevalencia de casos, haciendo que los recursos disponibles sean insuficientes para brindar atención (5). Por esta razón, diferentes profesiones del área de la salud se han interesado en generar un aporte que pueda satisfacer las necesidades imperantes, como es el caso de la enfermería de salud mental.

Peplau (6) considera que la enfermería de salud mental es un proceso interpersonal de carácter terapéutico que nace de la relación enfermero-usuario, en la cual la persona enferma reconoce que requiere de ayuda. Por lo tanto, la enfermería de salud mental procura ayudar a las personas a mantenerse bien. Este proceso exige fases, roles y acciones que respaldan la práctica profesional en los entornos en los que se desenvuelve otorgándole habilidades y destrezas que le permiten al profesional satisfacer las necesidades presentes ante la manifestación de cualquier trastorno mental como el trastorno bipolar I (6).

En América, los trastornos mentales, neurológicos, debidos al consumo de sustancias y por suicidio representan más de un tercio de la discapacidad total del continente. Referente a los trastornos bipolares, estos representan 1,37 % de los años de vida perdidos por discapacidad (APD) en la región y de 1,6 % APD en Costa Rica; siendo la causa de un porcentaje significativo de discapacidad y mortalidad en el hemisferio (5). Además, se ha señalado que es en la adultez temprana donde se presenta el primer episodio tanto en hombres como en mujeres (7).

Los trastornos bipolares se caracterizan por una alteración del estado de ánimo y sufrimiento subjetivo que desvía el rol social de las personas, ocasionando discapacidad. En el trastorno bipolar I se presentan episodios de manía y depresión (8, 9). El episodio maniaco tiene criterios diagnósticos definidos por un estado de ánimo persistente y elevado, hiperactividad, ideas de grandiosidad, disminución en la necesidad de dormir, verborrea, agitación, irritabilidad, fuga de ideas, distraibilidad, deterioro del rol social, entre otros (3, 10). En el caso en estudio, el cuadro de síntomas valorado por el médico psiquiatra probó la necesidad de hospitalización en el servicio de psiquiatría para mantener cuidados continuos de enfermería de salud mental.

Por lo expuesto, se resalta la trascendencia de este caso por varias razones. Primera, enfatiza en una problemática de salud pública que afecta a un importante porcentaje de la población americana (5) que, ante los esfuerzos internacionales y de los gobiernos de cada país, no ha encontrado una respuesta que permita reducir su incidencia. Segunda, demuestra el fundamento de la práctica de la enfermería de salud mental como ciencia autónoma de la gestión del cuidado (6). Tercera, el abordaje de este caso constata el manejo que se realiza en situaciones de crisis psiquiátricas y la forma de resolverlas validando el PE y el uso de las taxono-

mías. Y por último, genera evidencia en el campo de estudio para contribuir a su desarrollo en la comunidad científica.

Así, el objetivo del presente documento es analizar la intervención de enfermería de salud mental con un usuario con diagnóstico de control de impulsos ineficaz relacionado con trastorno bipolar I.

## Presentación del caso

### Datos de la persona

RAA, con 56 años, en matrimonio, con hijos, comerciante, religioso. Diagnosticado con trastorno bipolar I: episodio maniaco. Consumidor crónico de tabaco y cafeína. Es hospitalizado debido a un deterioro de su rol social que provocó daño físico a otros. Ingreso involuntario por indicación del médico psiquiatra. Seguidamente se describen cada una de las etapas del PE (2, 11).

### Valoración

La valoración de enfermería de salud mental se realizó tomando en cuenta los patrones funcionales de salud (12).

- *Patrón percepción de la salud*

Apariencia, vestimenta e higiene adecuada. Conocimiento moderado acerca de su enfermedad. Rechazo hacia su enfermedad. Dificultad para cumplir con las indicaciones terapéuticas.

- *Patrón nutricional-metabólico*

Alimentación oral. Apetito adecuado. Dieta corriente, variada y balanceada. Peso normal.

- *Patrón eliminación*

Autónomo. Sin incontinencia ni retención urinaria. Sin estreñimiento o incontinencia fecal.

- *Patrón actividad-ejercicio*

Autónomo. Hiperactivo con períodos de agitación.

- *Patrón sueño-descanso*

Calidad adecuada del sueño pero con ayuda de psicofármacos. Sin insomnio, hipersomnia o sueño interrumpido.

- *Patrón cognitivo-perceptivo*

Hipervigilante. Comportamiento defensivo y por momentos agresivo con otros. Orientado en persona, tiempo y lugar. Sin alteraciones de la percepción. Contenido de pensamiento con ideas referenciales. Verborreico.

- *Patrón auto percepción-autoconcepto*

Tono afectivo desagradable. Ansioso. Sin ideación suicida.

- *Patrón rol-relaciones*

Vive con su familia nuclear. Relaciones cercanas que en momentos de crisis se tornan conflictivas. Considera a su familia su principal red de apoyo.

- *Patrón sexualidad-reproducción*

No se valora.

- *Patrón tolerancia al estrés*

Estado de tensión generalizado debido a factores desencadenantes como situación de salud, ideas-pensamientos. Cumple estrategias de adaptación al estrés como la agitación-agresión y la oración.

- *Patrón valores-creencias*

Practica la religión de manera activa. La considera un aspecto muy importante en su vida.

### Diagnóstico NANDA

A partir del juicio clínico se estableció como diagnóstico enfermero: 00222 control de impulsos ineficaz. Características definitorias: arrebatos de mal genio, comportamiento violento. Factor relacionado: trastorno del estado de ánimo.

### Planeación

Como se observa en la Tabla 1, con el diagnóstico NANDA se determinó un plan de enfermería de salud mental consecuente, en función de las características definitorias, los indicadores establecidos y las actividades desarrolladas.

**Tabla 1.** Plan de enfermería de salud mental basado en la taxonomía NANDA, NOC y NIC (1, 2, 13, 14)

Diagnóstico NANDA	Características definitorias	NOC	Indicadores	NIC	Actividades
00222 Control de impulsos ineficaz	Arrebatos de mal genio	1214 Nivel de agitación	Irritabilidad Combatividad	4350 Manejo de la conducta	Establecer límites con el paciente, por ejemplo, los artículos personales que puede utilizar, las áreas del servicio donde puede permanecer, el ejercicio de conductas de respeto y cortesía, y el establecimiento de un horario de actividades.
					Abstenerse de discutir o regatear los límites establecidos para evitar confundir o acrecentar la crisis de RAA.
Comportamiento violento			Golpea	6487 Manejo ambiental: prevención de la violencia	Hablar en voz baja y con un tono suave con el propósito de crear un ambiente tranquilo.
					Esucepe
			Expresiones verbales inadecuadas		Evitar discusiones con el paciente.
					Medicar si es necesario, siguiendo la indicación médica y fomentando la adherencia terapéutica.
					Eliminar las armas potenciales del ambiente para disminuir los riesgos de autolesión o violencia a otros.
					Registrar al paciente y sus pertenencias durante el procedimiento de ingreso por si tuviera armas o armas potenciales.
					Controlar la seguridad de los artículos que traen las visitas.
					Instruir a las visitas y demás cuidadores acerca de las cuestiones relevantes sobre la seguridad para el paciente. Incluye información verbal y escrita sobre las normas del servicio.
					Limitar al paciente el uso de armas potenciales como lápices o lapiceros, vajillas no desechables para la alimentación, espejos, rasuradoras, envases de vidrio o latas de refrescos.
					Vigilar al paciente durante la utilización de armas potenciales como en el aseo personal, la alimentación o la visita de familiares.
					Instalar vigilancia continuada de todas las zonas de acceso del paciente para mantener su seguridad e intervenir terapéuticamente, si es necesario. En este caso, se contó con un circuito cerrado de cámaras en todas las áreas del servicio.

Fuente: elaboración propia.

**Ejecución**

La hospitalización psiquiátrica de RAA tuvo una duración de siete días. El caso se intervino como una etapa de crisis, lo que permitió identificar el tratamiento más adecuado para implementar las actividades de enfermería de salud mental apropiadas. El objetivo de esta etapa se centra en la estabilización de la persona, además debe proveer seguridad disminuyendo los factores de riesgo que amenazan la salud y el bienestar del paciente, de modo que no se dañe a sí mismo ni a otros (15).

**Evaluación**

La Tabla 2 presenta las puntuaciones antes y después de la intervención según el NOC y los indicadores establecidos. Refleja el efecto de las

actividades de enfermería de salud mental sobre la respuesta desadaptativa de RAA. En cuanto la intervención llegó a su fin, mostró una respuesta más adaptativa en todos los indicadores.

**Tabla 2.** Evaluación de los indicadores NOC (13)

NOC	Indicadores	Puntuación antes de la intervención	Puntuación después de la intervención
1214 Nivel de agitación	Irritabilidad	2 Sustancial	4 Leve
	Combatividad	2 Sustancial	4 Leve
	Golpea	3 Moderado	5 Ninguno
	Esucepe	3 Moderado	5 Ninguno
	Expresiones verbales inadecuadas	1 Grave	4 Leve

Fuente: elaboración propia.

## Consideraciones éticas

Los cuidados que se brindaron durante el abordaje de enfermería de salud mental se rigieron por el código de ética y moral profesional del colegio correspondiente, el cual se fundamenta en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Además, por la ley 8239 costarricense sobre los derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados (16).

Es importante mencionar que RAA recibió un trato digno basado en el respeto sin distinción alguna y en un ambiente seguro. Se validó el derecho a su consentimiento informado, sin embargo, por las características de la hospitalización involuntaria, fue aceptado y firmado por sus encargados en el momento del ingreso. Por último, el nombre de la persona usuaria fue anonimizado.

## Discusión

El enfermero de salud mental debe cuidar del proceso interpersonal, ya que en él logra comprender las necesidades de la persona (6, 17, 18). Además, el intercambio de experiencias cuyo fin es el bienestar es esencial para el enfermero y el paciente (19). Peplau (6, 17) plantea un marco de referencia que guía la intervención de enfermería de salud mental en cuatro fases: orientación, identificación, explotación y resolución. Para el abordaje de este caso, cada una se visualizó de manera concreta pero a la vez dinámica, desde el ingreso a hospitalización hasta su egreso, con el propósito de promover una relación de ayuda.

Algunos roles favorecieron la interacción enfermero-persona, siendo menester plasmar cualidades como el entendimiento y la empatía, la individualidad, el autoconocimiento y el respeto para suscitar compasión en los cuidados brindados centrados en la persona (18).

En la orientación, el enfermero de salud mental identificó a partir de la valoración por patrones funcionales de salud, una necesidad urgente en la persona ante el episodio de manía y las manifestaciones presentes (3). Su rol fue de extraño, ya que se propuso conocer el caso y estar abierto a darse a conocer para el favorecimiento de la identificación entre ambos (6). No obstante, las características definitorias presentes determinaron que este proceso se trabajara durante toda la interven-

ción. Además, se generó la impresión diagnóstica de enfermería de salud mental, la cual dirigió el planeamiento de la intervención haciendo uso de las taxonomías.

Durante la identificación se procuró ejercer el rol de persona, recurso para que RAA visualizara al enfermero de salud mental como una fuente de información que pudiera satisfacer sus necesidades. Esta fase determinó cualidades de interdependencia, y por momentos de aislamiento, en la relación enfermero-persona. RAA mantuvo suspicacia y resistencia durante el proceso interpersonal, dichas manifestaciones mermaron conforme avanzó la intervención terapéutica.

Debido a las características de este caso, la fase explotación fue crucial para su manejo. Ante una etapa de crisis, las acciones del enfermero de salud mental fueron inmediatas para contener a RAA, promoviendo la seguridad en el ambiente con intervenciones como el manejo de la conducta y el manejo ambiental. El rol de liderazgo fue clave desde un punto de vista autocrático, ante el riesgo inminente de violencia, el profesional debió posicionarse categóricamente para cumplir la estabilización de la persona. Por ejemplo, estableciendo normas definidas y control en su cumplimiento, o administrando los psicofármacos estrictamente según el esquema que se fijó (6, 10).

Por último, la resolución se visualizó en el cambio progresivo de RAA al superar la crisis gracias a los cuidados recibidos. En este momento, presentó una reducción considerable de sus síntomas, estando más dispuesto a cooperar en la interacción enfermero-persona, pues identificó al profesional como un recurso de ayuda eliminando su etiqueta de extraño. El rol de liderazgo fue adquiriendo tintes democráticos ante la factibilidad de negociación en el tratamiento. El enfermero de salud mental se posicionó en el rol de asesor facilitando la comprensión de la experiencia vivida y los aprendizajes reconocidos para evitar una recaída (6). RAA egresó superada la crisis por orden del médico psiquiatra.

La experiencia anterior permite comprender que en definitiva es necesario que la enfermería de salud mental fortalezca la aplicación teórica durante su práctica clínica, ya que implica un beneficio para la profesión y para las personas que atiende. Por lo tanto, las teorías no deben subestimarse en ningún momento, sino que deben ser utilizadas en la educación, la investigación y la práctica para

empoderar la profesión de sus propios supuestos y de su autonomía en el ejercicio cotidiano (19, 20).

## Conclusión

La incidencia y prevalencia de los trastornos mentales en América hacen imperiosa la participación de más profesionales competentes en el área como la enfermería de salud mental.

La enfermería de salud mental debe guiar su ejercicio profesional con la aplicación teórica y el desarrollo del proceso de enfermería con el propósito de posicionarse como ciencia autónoma.

El uso de la taxonomía NANDA, NOC y NIC facilita el establecimiento de acciones lógicas, sistémicas e independientes de la enfermería de salud mental satisfaciendo las necesidades reales de las personas que buscan ayuda profesional. El uso de la taxonomía NANDA favoreció el establecimiento de un diagnóstico personalizado en función de las respuestas de RAA producto de su patología de fondo.

La enfermería de salud mental debe identificar la etapa de tratamiento en la que se encuentra la persona para dirigir las acciones más idóneas según los patrones funcionales de salud alterados.

Al efectuar el vínculo NANDA, NOC y NIC se trazó un plan acorde con las necesidades de RAA para el manejo adecuado de la crisis.

De acuerdo con las actividades de enfermería de salud mental implementadas se obtuvieron resultados que permitieron observar una respuesta más adaptativa de RAA.

## Referencias

- (1) NANDA International. Nursing diagnoses. Definitions and classification 2018-2020. 11.<sup>a</sup> ed. Nueva York: Thieme; 2018.
- (2) Toledo V, Motobu S, Francischetti A. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de internação psiquiátrica. *Rev Baiana Enferm.* 2015;29(2):172-9. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v29i2.11707>
- (3) Zarabanda M, García M, Salcedo D, Lahera F. Trastorno bipolar. *Medicine.* 2015;11(85):5075-85. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.08.003>
- (4) Martínez D. Análisis de la relevancia de la política pública para la atención de la salud mental en Costa Rica. *Revenf.* 2014;26:1-8. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.15517/REVENF.VOI26.13699>
- (5) Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas, 2018. Washington: OPS, OMS; 2018. 50 p. Disponible en: <https://bit.ly/35wXQhY>
- (6) Galvis M. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Rev Cuid.* 2015;6(2):1108-20. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>
- (7) Scussel F, Chechin L, Soares L, Feier G. Perfil clínico dos pacientes com transtorno bipolar atendidos em um ambulatorio especializado na região sul catarinense. *Arq Catarin Med.* 2016;45(4):3-10. Disponible en: <https://bit.ly/2PwAH9M>
- (8) Martínez O, Montalván O, Betancourt Y. Trastorno bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Rev Med Electrón.* 2019;41(2) [cerca de 22 pantallas]. Disponible en: <https://bit.ly/35wl15l>
- (9) Vázquez G. Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM-5. *Psicodebate.* 2014;14(2):9-24. Disponible en: <https://bit.ly/38H6tIG>
- (10) De Dios C, Goikolea J, Colom F, Moreno C, Vieta E. Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;7(4):179-85. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.07.005>
- (11) Gomes M, De Oliveira J, Gaffuri T, Frizon G, Scremin A. Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. *Enferm Foco.* 2017;8(4):49-53. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n4.1032>
- (12) Temel M, Kutlu F. Gordon's model applied to nursing care of people with depression. *Int Nursing Rev.* 2015;62(4):563-72. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12217>
- (13) Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados de salud. 6.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
- (14) Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
- (15) Cruz C, Rodríguez M. Tendencias futuras en urgencias psiquiátricas. *Psiquiatría y Salud Mental.* 2017;34(3/4):269-74. Disponible en: <https://bit.ly/38XNoDU>
- (16) Ministerio de Salud de Costa Rica. Ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. San José: Asamblea Legislativa; 2002. Disponible en: <https://bit.ly/34zmxexX>

(17) De Araújo C, Saldanha A, Costa I. Uma reflexão sobre a teoria de Peplau e a teoria psicanalítica: caminho de inteseções. *Rev Expressão Cat.* 2016;1(1):169-76. Disponible en: <https://bit.ly/2MgK5wi>

(18) Delaney K, Shattell M, Johnson M. Capturing the interpersonal process of psychiatric nurses: a model for engagement. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017;31:634-40. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.08.003>

(19) Nolli M, Dias M, Mendez T. Contributions of nursing theories in the practice of the mental health promotion. *Rev Enf Ref.* 2018;4(18):125-32. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV18015>

(20) Suhariyanto R, Tutik S, Titin U. Improving the interpersonal competencies of head nurses through Peplau's theoretical active learning approach. *Enferm Clin.* 2018;28(1A):149-53. Disponible en: DOI: [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30056-1](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30056-1)

# Reflexionar sobre el sufrimiento mental, acerca al cuidado genuino: situación de cuidado

Refletir sobre o sofrimento mental, aproxima ao cuidado genuíno: situação de cuidado

Reflecting on mental suffering, approach to genuine care: care situation

Cómo citar: Hernández Bello L, Cogollo Milanés Z. Reflexionar sobre el sufrimiento mental, acerca al cuidado genuino: situación de cuidado. Av Enferm, 2020. 38(1): 95-101.  
DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.80710>

## 1 Ladini Sunanda Hernández Bello

Universidad de Cartagena. Grupo Cuidado a la Salud de los Colectivos (Cartagena, Colombia).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0179-1476>  
Correo electrónico: [ladinihernandez3126@gmail.com](mailto:ladinihernandez3126@gmail.com)

**Contribución:** construcción de la narrativa de enfermería de acuerdo con la experiencia obtenida en la situación de cuidado en su ejercicio profesional; búsqueda de literatura y redacción del artículo.

## 2 Zuleima Cogollo Milanés

Universidad de Cartagena. Grupo Cuidado a la Salud de los Colectivos (Cartagena, Colombia).  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1383-2220>  
Correo electrónico: [zcogollom@unicartagena.edu.co](mailto:zcogollom@unicartagena.edu.co)

**Contribución:** construcción de la narrativa de enfermería; búsqueda de literatura y redacción de introducción y discusión del manuscrito.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.80710>

Recibido: 27/06/2019 Aprobado: 04/10/2019



## Resumen

**Objetivo:** visibilizar el cuidado de enfermería de calidad y dignificante, a pesar de los problemas en la atención en salud, desde la transversalidad de la salud mental con base en la teoría psicodinámica de Hildegard Peplau.

**Síntesis del contenido:** las narrativas de enfermería contribuyen al desarrollo de la disciplina y buscan la identificación y el crecimiento de las enfermeras en su relación con los sujetos de cuidado. Publicar narrativas aporta a la investigación desde un estudio diferente que resalta la experiencia de la persona que sufre un proceso de enfermedad y demuestra cómo el profesional de enfermería es clave para la recuperación de la salud física y mental, teniendo en cuenta el proceso de atención de enfermería. Es menester la formación del profesional de la salud y de enfermería en el cuidado del paciente con sufrimiento psíquico para derribar los prejuicios y tratos diferenciales que puedan afectar los cuidados. Así mismo, el Estado debe garantizar el acceso de la población a servicios de salud mental, para que exista atención oportuna. La teoría psicodinámica de Peplau describe el papel de la enfermera a través de las relaciones interpersonales, que se convierten en un proceso terapéutico para la persona con una enfermedad.

**Conclusión:** las personas con sufrimiento psíquico que acuden por atención de salud se enfrentan a la discriminación, a la escasa valoración de sus síntomas, lo que impide una adecuada relación enfermera-paciente y se traduce en tratos diferenciales y formas de maltrato que afectan la dignidad del sujeto de cuidado.

*Descriptor:* Atención de Enfermería; Salud Mental; Teoría de Enfermería; Empatía; Discriminación (fuente: DeCS, BIREME).

## Resumo

**Objetivo:** visibilizar o cuidado de enfermagem de qualidade e dignificante, apesar dos problemas no atendimento em saúde, desde a transversalidade da saúde mental com base na teoria psicodinâmica de Hildegard Peplau.

**Síntese do conteúdo:** as narrativas de enfermagem contribuem para o desenvolvimento da disciplina e buscam a identificação e o crescimento das enfermeiras em sua relação com os sujeitos de cuidados. Publicar narrativas colabora com a pesquisa a partir de um estudo diferente que resalta a experiência da pessoa que sofre um processo de doença e demonstra como o profissional de enfermagem é fundamental para a recuperação da saúde física e mental, ao considerar o processo de atendimento de enfermagem. É mister a formação do profissional da saúde e de enfermagem no cuidado com o paciente com sofrimento psíquico para derrubar os preconceitos e tratamentos diferenciais que possam afetar os cuidados. Igualmente, o Estado deve garantir o acesso da população a serviços de saúde mental, para que exista atendimento oportuno. A teoria psicodinâmica de Peplau descreve o papel da enfermeira por meio das relações interpessoais, que se convertem em um processo terapêutico para a pessoa com uma doença.

**Conclusão:** as pessoas com sofrimento psíquico que acodem ao atendimento de saúde enfrentam a discriminação, a escassa valorização de seus sintomas, o que impede uma adequada relação enfermeira/paciente e se traduz em tratamentos diferenciais e formas de maltrato que afetam a dignidade do sujeito de cuidado.

*Descritores:* Atendimento de Enfermagem; Saúde Mental; Teoria de Enfermagem; Empatia; Discriminação (fonte: DeCS, BIREME).

## Abstract

**Objective:** expose quality and dignifying nursing care, despite problems in health care, from the transversality of mental health based on the psychodynamic theory of Hildegard Peplau.

**Synthesis of the contents:** nursing narratives contribute to the development of the discipline and seek the identification and growth of nurses in their relationship with subjects of care. Publishing narratives contributes to research from a different study that highlights the experience of the person suffering from an illness process and demonstrates how the nursing profession is key to the recovery of physical and mental health, considering the nursing care process. The training of the healthcare professional and nursing in the care of the patient with psychic suffering is necessary to bring down the stigmas and differential treatments that may affect care. Likewise, the State must ensure the population gets access to mental health services for timely care. Peplau's psychodynamic theory describes the role of the nurse through interpersonal relationships, which become a therapeutic process for the person with a disease.

**Conclusion:** people with mental suffering who come to health care face discrimination and inadequate assessment of their symptoms, which prevents an adequate nurse-patient relationship and results in differential treatment and forms of abuse that affect the dignity of the subject of care.

*Descriptors:* Nursing Care; Mental Health; Nursing Theory; Empathy; Discrimination (source: DeCS, BIREME).



## Introducción

Las nuevas tendencias frente al cuidado enfermero sugieren la generación de conocimiento propio que dé cuenta de la práctica disciplinar, es ahí, donde surgen las narrativas de enfermería como un producto cuyo valor es innegable al visibilizar el cuidado de enfermería desde lo empírico, ético, estético y personal. Es la narrativa un elemento innovador y creativo que evidencia las reacciones y emociones que nacen en la interacción enfermera-paciente, en los diversos contextos de cuidado (1).

Estas producciones muestran la relación enfermera-paciente mediante un estudio novedoso en la literatura científica, que dimensiona cómo el enfermero cuida integral y genuinamente al sujeto de cuidado apoyándose en la herramienta de cuidado “el proceso de enfermería”, fundamental en cualquier escenario donde se desarrolle esta relación (2).

Así mismo busca evidenciar problemas que se presentan en la atención en salud de la persona con sufrimiento psíquico o trastorno mental y cómo el cuidado y el papel de la enfermera es primordial para la atención humanizada y de calidad, que favorezca la mejoría de la salud física y mental del individuo (3). Desde las bases conceptuales y prácticas de la enfermería, Peplau (4) en su teoría psicodinámica describe el rol de la enfermera en el cuidado a través de las relaciones interpersonales con el paciente, que se convierten en un proceso terapéutico para la persona que ha perdido su equilibrio dando lugar a la enfermedad. El objetivo de esta relación enfermera-paciente es lograr el más alto grado de desarrollo personal del sujeto de cuidado (4). Según la Organización Mundial de la Salud:

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (5, p. 1).

Sin embargo, al pensar en la salud mental como una parte positiva del ser humano se debe resaltar otros aspectos que están por fuera de la relación enfermera-paciente, es aquí donde cobra relevancia la calidad de la atención sanitaria y los servicios en salud (6). La ley 1616 de 2013 en su artículo 4 establece:

El Estado [...] garantizará a la población colombiana [...] la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales (7, p. 2).

No obstante, la realidad de la salud mental es otra. Lo cierto es que hay ausencia de personal de salud formado en la atención de personas con trastornos mentales para brindar atención humanizada y dignificante. Además, la escasez de unidades para la salud mental que presten servicios de manera oportuna en varias regiones del país constata la crisis en el acceso a estos, traduciéndose en trámites tortuosos y demorados.

Ahora bien, quizá uno de los mayores retos de la salud mental es vencer el estigma, no solo en la población general sino en los profesionales que prestan servicios de salud. El estigma puede constituirse en una barrera que reduce las solicitudes de las personas que sufren trastornos mentales para acceder a la promoción, prevención, atención, asesoría y rehabilitación en salud mental (8). En un estudio realizado en Colombia (9) se reportó que las personas con malestar psíquico o trastorno mental se sentían discriminadas en un 43 % por familiares y compañeros de trabajo y en un 30 % por los profesionales de la salud.

En el país es urgente la formación de profesionales enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales, psiquiatras y auxiliares de enfermería que puedan proporcionar servicios de salud mental de calidad. Así mismo, se pone de manifiesto la generación y el cumplimiento de políticas públicas que garanticen realmente la atención con calidad, humanizada y dignificante para el ser humano con sufrimiento psíquico (8). Contar con una red de servicios efectiva que agilice los trámites de atención, la cooperación entre unidades de urgencias biológicas

que reciben pacientes con trastornos mentales en su fase aguda (intentos suicidas, psicosis agudas, trastornos de ansiedad y depresión) y unidades mentales disponibles a todo tipo de población, sin considerar su estrato socioeconómico o régimen de salud, son los pilares de un buen acceso a los servicios de salud mental y cuidado de calidad.

En este sentido, el objetivo de este trabajo es visibilizar el cuidado de enfermería de calidad y dignificante, a pesar de los problemas en la atención en salud, desde la transversalidad de la salud mental con base en la teoría psicodinámica de Hildegard Peplau.

## Situación de cuidado

A continuación se describe la situación de cuidado para la cual se protegió la confidencialidad y la identidad de la paciente:

Era un día de trabajo en el servicio de urgencias de un hospital de la ciudad de Cartagena; como todos los días, me dispuse a recibir el turno, al llegar a la cama 10, mi compañera me presentó a la paciente que se encontraba ocupando dicha cama y escuché lo siguiente: Silvana [nombre figurado] 19 años con un intento de suicidio, a la espera de la valoración por psiquiatría. Me preocupé porque el hospital no cuenta con servicio de psiquiatría permanente, sino que de acuerdo con el número de casos un psiquiatra externo viene, diagnostica y ordena la conducta a seguir, que puede ser de alta o remisión a un centro de salud mental, dicha remisión muchas veces se tarda y esto va a depender de la aseguradora del paciente. Sin embargo, no pude contener mi interés genuino como enfermera y estudiante de maestría en salud mental por su caso. Además, desde mi formación y mis valores como enfermera y persona, siempre he estado atraída por este tipo de pacientes, puesto que considero que requieren atención de calidad y empática que muchas veces no es brindada por los profesionales de la salud.

Después de terminar el proceso, la enfermera que me entrega me dice “mira, se tomó muchas pastillas de Losartán, Metformina y Glibenclamida, eso es para llamar la atención, si se quería matar mejor se hubiera ahorcado”. Me causó una profunda indignación sus palabras porque se supone que los profesionales de salud estamos para ayudar a las personas a mejorar su estado de salud no solo físico sino mental. Fue tal mi disgusto, que le expresé

a la enfermera lo inadecuado de sus palabras y le recordé que los sujetos con sufrimiento psíquico son también sujetos de cuidado, que merecen atención y dedicación tanto como el paciente que padece de un malestar físico y con sus comentarios, provocaría un malestar mayor a la paciente. Se sintió apenada por mi respuesta y se marchó.

Retorné donde Silvana, se encontraba sola, semisentada en la cama, sin contención mecánica. Me presenté como la enfermera de turno que estaba dispuesta a ayudarla a mejorar su estado de salud y le pregunté cómo estaba, me respondió “bien”, noté que sus ojos se veían apagados, su mirada triste, no me miraba a los ojos y su estado nutricional era inadecuado. Me di cuenta de que su blusa estaba mojada en la zona de los senos, como si estuviera lactando, le pregunté que si tenía hijos, me respondió que tenía un bebé de 4 meses, que lo extrañaba y que no sabía si estaba bien porque ninguno de sus familiares había ido a visitarla y que se sentía sola. Mientras me hablaba noté que sus labios y cara se tornaron pálidos, su piel fría y sudorosa; sus signos vitales estaban dentro de las cifras normales, por lo que supuse que tenía una alteración glicémica e inmediatamente procedí a intervenir su condición, con lo que mejoró. Este suceso permitió fortalecer nuestra comunicación y el vínculo de confianza.

Seguimos conversando, trataba de que me contara su historia desde su perspectiva y con sus propias palabras. Inició diciéndome que desde hace un par de semanas comenzó a sentirse muy triste porque su mamá la culpa de los eventos negativos del hogar, la comparaba constantemente con su hermana, empezó a sentir que no valía nada, no podía dormir por las noches y, además, no tenía buena relación con el papá de su bebé, por lo que vio como única salida “el suicidio”. Le pregunté que cómo creía que la podía ayudar, me dijo que era la primera persona que se acercaba a hablarle, sin juzgarla y sin hacerle bromas. Le expresé que en algunos momentos de la vida las personas creen haber perdido todas las posibilidades y no ven cómo solucionar sus problemas, pero la invité a hablar, y le dije que estaba dispuesta a escucharla y a mirar si entre las dos, podíamos ver la situación de manera diferente. Me comentó que quería llamar a su mamá para saber de su bebé y que la vinieran a visitar. Inmediatamente me comuniqué con la madre y le permití a Silvana hablar con ella por celular, vi cómo su rostro cambió, en esa mirada apagada se podía ver un rayo de luz, me agradeció con una sonrisa, la tomé de la mano y le dije

que iba a estar para ayudarla en lo que necesitara.

Le ofrecí la posibilidad de escribir sus sentimientos para encontrarse con ella misma, le gustó la idea y le di una hoja y un lapicero para que escribiera su historia, le di un momento a solas y después de unos minutos le pregunté cómo había sido su experiencia. Me respondió que sentía que se había “desahogado”. Juntas revisamos lo escrito, la exhorté a plantear diferentes alternativas de solución a los problemas y a escoger la que más se le facilitara. Me agradeció por la actividad y por los cuidados que le había prestado y me dijo: “desde ahora voy a vivir con mis problemas de forma inteligente y haciendo lo que tenga que hacer, no puedo seguir triste, tengo dos hijos que me necesitan y por eso debo estar bien, además yo no soy perfecta, también cometo errores como el resto de mis familiares”. Cuando escuché esas palabras, mi corazón latió fuerte, no pensé que mis palabras generaran ese efecto en ella. Durante la valoración mental Silvana no refirió continuar con deseos de autoagredirse, se percibía verbalmente y en su apariencia con mayor optimismo y tranquilidad.

Con el paso de las horas, me di cuenta de que Silvana había mejorado en su estado de ánimo en comparación a como la recibí a las 7:00 a. m., estaba más sonriente, hablaba con el resto del personal y nos miraba a la cara cuando le hablábamos. La llamada fomentó la visita de su mamá, la cual también la reconfortó. Esta experiencia fortaleció mis valores y mi ética como profesional de la salud, al dignificar al paciente como ser humano que tiene unas necesidades de cuidado emocional, alejándome de la atención habitual, por ser una urgencia para personas con padecimientos biológicos.

De todas las experiencias de cuidado con personas con sufrimiento psíquico que he tenido esta me hizo reflexionar sobre los aspectos éticos que atañen a la enfermería, me di cuenta de que el estigma por parte de los y las enfermeras es muy significativo, genera barreras para la relación enfermera-persona, llevando al sujeto de cuidado con sufrimiento psíquico a la no dignificación de su persona y a ser objeto de abandono, burlas y juzgamientos. Tal vez por la falta de conocimiento en la atención a este tipo de pacientes o por la falta de sensibilización del personal al estado del paciente con alteración mental.

## Discusión

Esta experiencia de cuidado se enmarca en el patrón conocimiento estético, el cual es una representación del arte del cuidado que le permite al profesional de enfermería ejercer la profesión de forma creativa, innovadora y desde el contexto de la persona que se cuida, sin dejar de lado la espiritualidad del profesional, sus sentimientos, amabilidad y empatía a la hora de cuidar (1). Estas demostraciones diferencian la atención de enfermería de otros profesionales. La enfermera se reconoce y empatiza con lo fenomenológico de la situación que vive el otro y consigue dar respuesta a las necesidades genuinas en salud física o mental que expresa el sujeto de cuidado (1).

La enfermera que enfrenta la situación de cuidado de una persona con sufrimiento psíquico, al establecer la relación enfermera-paciente evoca el patrón de conocimiento estético que busca proporcionar dignidad y humanización a la intervención. Estas actuaciones artísticas se evidencian desde el momento en que la enfermera dignifica y humaniza al sujeto de cuidado en un ambiente hostil, donde el estigma por parte de los profesionales de salud hacia las personas que llevan a cabo acciones de autolesión o que padecen algún tipo de malestar emocional es palpable y constituye una barrera para brindar un cuidado integral. En ese sentido, la falta de formación de los profesionales para brindar cuidados humanos y de calidad pone de manifiesto la necesidad de fortalecer los currículos académicos de los programas en salud para que una vez egresen los profesionales, adopten actitudes diferentes hacia quienes padecen una alteración de estado mental, teniendo en cuenta que la salud mental es transversal y que está presente intrínsecamente en las formas de percibirse, pensarse, actuar y relacionarse del ser humano (4, 10).

La enfermera que se identifica en el arte o en el patrón estético debe entender la importancia de la relación enfermera-paciente, ya que es un elemento fundamental de la práctica que la diferencia de otros profesionales. En este sentido, para transformar la atención en salud es indispensable dejar de lado los juicios previos y las percepciones negativas al momento de interactuar con el sujeto de cuidado, lo que favorecerá relaciones fluidas, sinceras, de comunicación abierta, comprensiva, empática y terapéutica, teniendo presente que todo individuo que atraviesa un proceso de enfermedad

ya sea física o mental, sufre por su experiencia y requiere de profesionales capaces de entender ese sufrimiento y de responder a sus necesidades (11).

En este sentido, la teoría psicodinámica de Peplau basa la práctica del cuidado en la relación enfermera-paciente, buscando brindar cuidado humanizado y personalizado para dar respuesta a las necesidades del paciente. Crear esta relación le ayuda a la persona que sufre a entender su experiencia y reconocer las emociones que subyacen tras esta, para transformar las reacciones negativas naturales en emociones positivas que la empoderen y le ayuden a responder a sus propias necesidades (12, 13). Esta relación se desarrolla en cuatro fases:

**Orientación:** aquí se marca la relación enfermera-paciente, el individuo experimenta una necesidad sentida y busca asistencia profesional. La enfermera lo acompaña a reconocer y entender sus problemas (14) y orienta a la reflexión de su situación de salud mental.

**Identificación:** el sujeto de cuidado se reconoce con la enfermera que le brinda atención y se establece la relación enfermera-paciente; aquí la enfermera tiene como objetivo transformar en el individuo esa experiencia negativa en algo positivo que le facilite a este satisfacer sus propias necesidades (14). Se evidencia cuando la enfermera moviliza en el paciente la verbalización de su historia y de las necesidades inmediatas que tiene con respecto a su estado emocional.

**Aprovechamiento:** el individuo trata de aprovechar al máximo todos los beneficios que la relación le ofrece y se consolida la confianza entre la enfermera y él. Así mismo, comienza la búsqueda de soluciones y el fomento del autocuidado del estado emocional (15). En la experiencia que aquí se presentó no se evidenció plenamente esta fase, aunque sí se dieron algunos indicios.

**Resolución:** se da una transformación de los objetivos trazados al principio de la relación para lograr que el paciente se vaya liberando del reconocimiento con la enfermera y logre poco a poco ser independiente (14, 15). El paciente es capaz de identificar las fortalezas de su “yo” y alternativas de afrontamiento y resolución de problemas que eviten nuevas intentos de autoagresión. No se considera que en la presente situación de cuidado se haya llegado a esta fase.

## Conclusiones

Las personas con sufrimiento psíquico que acuden por atención de salud se enfrentan a la discriminación, a la escasa valoración de sus síntomas, lo que impide una adecuada relación enfermera-paciente y se traduce en tratos diferenciales y formas de maltrato que afectan directamente la dignidad del sujeto de cuidado. Las actitudes de rechazo hacia esta población distancian al profesional de enfermería del significado de cuidar.

Es necesario que el Estado colombiano garantice el acceso de toda la población –sin importar nivel socioeconómico o tipo de afiliación en salud– a servicios de salud mental que brinden atención de calidad y oportuna.

## Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses en esta investigación.

## Apoyo financiero

Este estudio no recibió financiación.

## Referencias

- (1) Karol J, Briñez A. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en una entrevista en el hogar. Rev Colomb de Enferm[Internet]. 2014;9:142-7. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.18270/rce.v9i9.574>
- (2) Gómez M, Rodríguez B. Situación de enfermería como herramienta para enseñar el proceso de atención de enfermería. Rev Cuidarte. 2013;4(1):544-9. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v4i1.16>
- (3) Organización Mundial de la Salud. Preguntas frecuentes. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- (4) D’Antonio P, Beeber L, Sills G, Naegle M. The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. Rev Nursing Inquiry. 2014;4:311-7. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1111/nin.12056>
- (5) Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
- (6) Burbano C. Una mirada actual de la simbología en enfermería. Colomb Médica. 2007;38:105-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n4s2/v38n4s2a12.pdf>

(7) Ministerio de Salud. Ley 1616 de 21 de enero de 2013. Ley de salud mental. Diario Oficial del Estado 48. Disponible en: <https://bit.ly/2YZOfOo>

(8) Campo A, Celina H, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a los servicios de salud mental. *Rev Colomb de Psiquiatr.* 2014;43:162-7. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>

(9) Uribe M, Mora OL, Cortés AC. Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Univ Med.* 2007;48:207-20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018668003>

(10) Durán M. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Rev Aquichan.* 2005;5(1):86-95. Disponible en: <https://bit.ly/2ErgM5J>

(11) Peden A. Letters from Peplau. *Journal of the American Psychiatric.* 2018;24(5):444-51. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1177/1078390318763943>

(12) Medina-Mandujano G. Relación de percepción del paciente y calidad de la interacción según la teoría de Peplau: Hospital Dos de Mayo-2006. *Rev Per Obst Enf.* 2007;3(2):87-97. Disponible en: <https://bit.ly/36VmTf5>

(13) Peña A, Pérez B. Aplicación de la teoría de Peplau en pacientes con diabetes hospitalizados. *Rev Cienc Cuidad.* 2016;13(2):41-57. Disponible en: <https://bit.ly/2PYLEQz>

(14) Elers Y, Gilbert M. Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev Cuba Enferm.* 2016;32(4):126-36. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n4/enf19416.pdf>

(15) Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm Univ.* 2015;12(3):134-43. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>

# Política editorial

## ÉTICA EN LA PUBLICACIÓN CIENTÍFICA

La revista *Avances en Enfermería* define los siguientes criterios y recomendaciones relacionados con la ética en la publicación de artículos científicos:

### 1. Criterios generales

- 1.1. Los manuscritos deben contener suficiente detalle y referencias que permitan replicar o rebatir el estudio.
- 1.2. Las declaraciones fraudulentas o deliberadamente inexactas constituyen un comportamiento anti-ético.
- 1.3. Si el estudio incluye productos químicos, procedimientos o equipos que tienen cualquier riesgo inusual inherente a su uso, el autor debe identificarlos claramente al interior del artículo.
- 1.4. Si el estudio implica el uso de animales o de seres humanos, el autor debe asegurarse de que el artículo contenga una declaración que haga explícito que se realizaron todos los procedimientos de conformidad con los lineamientos y con la normativa ética.
- 1.5. Se deben respetar los derechos de privacidad de los seres humanos.

### 2. Autoría

#### Criterios:

- 2.1. Un *autor* es la persona que ha hecho una contribución intelectual significativa al estudio. Así, todas las personas nombradas como *autores* deben reunir los requisitos de autoría y todos aquellos que los reúnan deben ser mencionados de forma explícita.

- 2.2. Se deben cumplir colectivamente tres criterios básicos para ser reconocido como autor:
  - a) Contribución sustancial a la concepción y al diseño, adquisición de datos, análisis e interpretación del estudio.
  - b) Redacción o revisión del contenido intelectual.
  - c) Aprobación de la versión final.
- 2.3. El orden de la autoría debe ser una decisión conjunta de los coautores.
- 2.4. Las personas que participen en un estudio pero que no se ajusten a los criterios de autoría deben aparecer como *colaboradores* o *personas reconocidas*.
- 2.5. Hay tres tipos de autorías que se consideran inaceptables: autores *fantasma*, que contribuyen sustancialmente pero no son reconocidos —son a menudo pagados por promotores comerciales—; autores *invitados*, que no hacen ninguna contribución discernible pero se nombran para aumentar las posibilidades de publicación; y autorías *honorarias*, que se basan únicamente en una afiliación tenue con un estudio.

#### Recomendaciones:

- 2.6. Antes de iniciar la investigación, se recomienda documentar la función y la manera como se reconocerá la autoría de cada investigador.
- 2.7. No se debe mentir sobre la participación de una persona en la investigación o en la publicación. Si su contribución es considerada *sustancial*, se justifica la autoría, bien sea como *autor* o como *colaborador*.
- 2.8. No se debe asignar una autoría sin contar con el consentimiento de la persona.

- 2.9. Todas las personas nombradas como autores deben reunir los requisitos de autoría y todos aquellos que reúnan los requisitos deben aparecer como *autores* o *colaboradores*.
- 2.10. Algunos grupos colocan los autores por orden alfabético, a veces con una nota para explicar que todos los autores hicieron contribuciones iguales al estudio y a la publicación.
- 4.3. Los conflictos también pueden existir como resultado de relaciones personales, la competencia académica y la pasión intelectual. Por ejemplo, un investigador que tenga:
  - a) Algún tipo de interés personal en los resultados de la investigación.
  - b) Opiniones personales que están en conflicto directo con el tema que se esté investigando.

### 3. Cambios en la autoría

#### Criterios:

- 3.1. Hace referencia a la adición, supresión o reorganización de los nombres de autor en la autoría de un artículo aceptado.
- 3.2. Las peticiones de añadir o eliminar un autor, o para reorganizar los nombres de los autores deben ser enviados por el autor correspondiente del artículo aceptado y deben incluir:
  - a) La razón por la cual debe ser añadido o eliminado, o los nombres de los autores reorganizados.
  - b) La confirmación por escrito (por *e-mail*) de todos los autores que están de acuerdo con la adición, supresión o reorganización. En el caso de adición o eliminación de los autores, se debe incluir la confirmación de que el autor sea añadido o eliminado.

### 4. Conflicto de intereses

#### Criterios:

- 4.1. Cuando un investigador o autor tenga alguna opinión o interés financiero/personal que pueda afectar su objetividad o influir de manera inapropiada en sus actos, existe un posible *conflicto de intereses*. Los conflictos pueden ser reales o potenciales.
- 4.2. Los conflictos de intereses más evidentes se asocian a las relaciones financieras, que pueden ser:
  - a) *Directas*: empleo, propiedad de acciones, becas, patentes.
  - b) *Indirectas*: honorarios, asesorías a organizaciones promotoras, propiedad de fondos de inversión, testimonio experto pagado.

#### Recomendaciones:

- 4.4. Revelar si se está en algún conflicto real o potencial de intereses que influya de forma inapropiada en los hallazgos o resultados del trabajo presentado, dentro de los tres (3) años de haber empezado el trabajo presentado, que podría influir indebidamente —sesgar— el trabajo.
- 4.5. Revelar el papel de uno o varios promotores del estudio —si los hubiere—, en el diseño del estudio, en la recopilación, análisis e interpretación de los datos, en la redacción del informe y en la decisión de presentar el documento para su publicación.
- 4.6. Los investigadores no deben entrar en acuerdos que interfieran con su acceso a todos los datos y su capacidad de analizarlos de forma independiente; así como tampoco de preparar y publicar los manuscritos.
- 4.7. Al presentar un documento, se debe hacer una declaración —con el encabezamiento “Papel que ha tenido la fuente de financiación”— en una sección separada del texto y colocarse antes de la sección *Referencias*.
- 4.8. Algunos ejemplos de posibles conflictos de intereses que deben ser revelados incluyen empleo, consultoría, propiedad de acciones, honorarios, testimonio experto remunerado, solicitudes de patentes/registros y subvenciones u otras financiaciones.
- 4.9. Todas las fuentes de apoyo financiero para el proyecto deben ser revelados.
- 4.10. Se debe describir el papel del patrocinador del estudio.

## 5. Publicación duplicada

### Criterios:

- 5.1. Los autores tienen el compromiso de comprobar que su artículo sea basado en una investigación original, es decir: nunca publicada anteriormente. El envío o reenvío intencional de su trabajo a otra publicación, generando una duplicación, se considera un incumplimiento de la ética editorial.
- 5.2. Se produce una publicación duplicada o múltiple cuando dos o más artículos, sin hacerse referencias entre sí, comparten esencialmente las mismas hipótesis, datos, puntos de discusión o conclusiones. Esto puede ocurrir en diferentes grados: duplicación literal, duplicación parcial pero sustancial o incluso duplicación mediante parafraseo.
- 5.3. Uno de los principales motivos por los que la publicación duplicada de investigaciones originales se considera no ético es porque puede dar lugar a una *ponderación inadecuada* o a un *doble recuento involuntario* de los resultados de un estudio único, lo que distorsiona las pruebas disponibles.

### Recomendaciones:

- 5.4. Los artículos enviados para su publicación deberán ser originales y no deberán enviarse a otra revista. En el momento del envío, los autores deberán revelar los detalles de los artículos relacionados —también cuando estén en otro idioma—, artículos similares en prensa y traducciones.
- 5.5. Aunque un artículo enviado esté siendo revisado, es necesario indagar por su estado, tomar la decisión de continuar o no en el proceso y en caso de retirarlo, ponerse en contacto con otra revista sólo si la primer editorial no publicará el artículo.
- 5.6. Evite enviar un artículo previamente publicado a otra revista.
- 5.7. Evite enviar artículos que describan esencialmente la misma investigación a más de una revista.
- 5.8. Indique siempre los envíos anteriores —incluidas las presentaciones de reuniones y la inclusión de resultados en registros— que pudieran considerarse una publicación duplicada.
- 5.9. Evite escribir sobre su propia investigación en dos o más artículos desde diferentes ángulos o sobre diferentes aspectos de la investigación sin mencionar el artículo original.

5.10. Se considera una conducta no recomendable crear varias publicaciones a partir de investigaciones no multicéntricas.

5.11. Si desea enviar su artículo a una revista que se publica en un país diferente o en un idioma diferente, solicite información a la editorial y los lineamientos al respecto.

5.12. En el momento del envío, indique todos los detalles de artículos relacionados en un idioma diferente y las traducciones existentes.

## 6. Reconocimiento de las fuentes

### Criterios:

- 6.1. Los autores deben citar las publicaciones que han sido influyentes en la determinación de la naturaleza del trabajo presentado.
- 6.2. La información obtenida de forma privada no debe ser usada sin explícito permiso escrito de la fuente.
- 6.3. La reutilización de las tablas o figuras requiere del permiso del autor y de la editorial, lo cual debe mencionarse de manera adecuada en la leyenda de la tabla o de la figura.
- 6.4. La información obtenida en el transcurso de servicios confidenciales, como manuscritos arbitrales o solicitudes de subvención, no debe ser utilizada sin el permiso explícito y por escrito del autor de la obra involucrada en estos servicios.

## 7. Fraude científico

### Criterios:

- 7.1. El fraude en la publicación científica hace referencia a la presentación de datos o conclusiones falsos o bien que no fueron generados a través de un proceso riguroso de investigación.
- 7.2. Existen los siguientes tipos de fraude en la publicación de resultados de investigación:
  - a) Fabricación de datos: invención de datos y resultados de investigación para después comunicarlos.
  - b) Falsificación de datos: la manipulación de materiales de investigación, imágenes, datos, equipos o procesos. La falsificación incluye la modificación



u omisión de datos o resultados de tal forma que la investigación no se representa de manera precisa. Una persona podría falsificar datos para adecuarla al resultado final deseado de un estudio.

#### Recomendaciones:

- 7.3. Antes de realizar el primer envío de un artículo, lea cuidadosamente las políticas editoriales y de datos de la revista.
- 7.4. Nunca modifique u omita datos de forma intencional. Esto incluye materiales de investigación, métodos de análisis, procesos, equipos, tablas, citas y referencias bibliográficas.
- 7.5. Tanto la fabricación como la falsificación de datos son formas de conducta incorrecta graves, porque ambas resultan en publicaciones científicas que no reflejan con precisión la verdad observada.
- 7.6. El autor debe hacer una gestión adecuada de los datos que soportan la investigación, teniendo especial cuidado en la recopilación, producción, conservación, análisis y comunicación de los datos.
- 7.7. Mantenga registros minuciosos de los datos en bruto, los cuales deberán ser accesibles en caso de que un editor los solicite incluso después de publicado el artículo.

## 8. Plagio

#### Criterios:

- 8.1. El plagio es una de las formas más comunes de conducta incorrecta en las publicaciones. Sucede cuando uno de los autores hace pasar como propio el trabajo de otros sin permiso, mención o reconocimiento. El plagio se presenta bajo formas diferentes, desde la copia literal hasta el parafraseado del trabajo de otra persona, incluyendo datos, ideas, conceptos, palabras y frases.
- 8.2. El plagio tiene diferentes niveles de gravedad, como por ejemplo:
  - a) Qué cantidad del trabajo de otra persona se tomó —varias líneas, párrafos, páginas, todo el artículo—.
  - b) Qué es lo que se copió —resultados, métodos o sección de introducción—.

8.3. El plagio en todas sus formas constituye una conducta no ética en el ámbito editorial y académico, lo cual es inaceptable.

8.4. La copia literal sólo es aceptable si se indica la fuente e incluye el texto copiado con los signos de citación adecuados.

#### Recomendaciones:

- 8.5. Recuerde siempre que es esencial reconocer el trabajo de otros —incluido el trabajo de su asesor o su trabajo previo— como parte del proceso.
- 8.6. No reproduzca un trabajo palabra por palabra, en su totalidad o en parte, sin permiso y mención de la fuente original.
- 8.7. Mantenga un registro de las fuentes utilizadas al investigar y dónde las utilizó en su artículo.
- 8.8. Asegúrese de reconocer completamente y citar de forma adecuada la fuente original en su artículo.
- 8.9. Cuando haga referencia a la fuente, evite utilizar el trabajo de otras personas palabra por palabra salvo que lo haga entre comillas y sólo si es estrictamente necesario.
- 8.10. El parafraseado sólo es aceptable si se indica correctamente la fuente y se asegura de no cambiar el significado de la intención de la fuente.
- 8.11. Incluya entre comillas y cite todo el contenido que haya tomado de una fuente publicada anteriormente, incluso si lo está diciendo con sus propias palabras.

## 9. Fragmentación

#### Criterios:

- 9.1. La *fragmentación* consiste en dividir o segmentar un estudio grande en dos o más publicaciones.
- 9.2. Se considera una práctica inaceptable que los *fragmentos* de un estudio dividido compartan las mismas hipótesis, muestra y métodos.
- 9.3. El mismo *fragmento* no se debe publicar más de una vez. El motivo es que la fragmentación puede dar lugar a una distorsión de la literatura, haciendo creer equivocadamente a los lectores que los datos presentados en cada *fragmento* —es decir, *cada artículo*— se derivan de una muestra de sujetos diferente. Esto no solamente sesga la base de datos científica, sino que

también crea una repetición ambigua a los editores y revisores, que deben ocuparse de cada trabajo por separado. Además, permite que se infle el número de referencias donde aparece citado el autor.

#### Recomendaciones:

- 9.4. Evite fraccionar inapropiadamente los datos de un solo estudio en dos o más trabajos.
- 9.5. Cuando presente un trabajo, sea transparente en el proceso. Envíe copias de los manuscritos estrechamente relacionados al manuscrito en cuestión. Esto incluye manuscritos publicados, enviados recientemente o ya aceptados.

## 10. Consentimiento informado

#### Criterios:

- 10.1. Los estudios sobre pacientes o voluntarios requieren la aprobación de un comité de ética.
- 10.2. El consentimiento informado debe estar debidamente documentado.
- 10.3. Los permisos y las liberaciones deben ser obtenidos cuando un autor desea incluir detalles de caso u otra información personal o imágenes de los pacientes y cualquier otra persona.
- 10.4. Debe tenerse cuidado con la obtención del consentimiento respecto a los participantes, en particular con la población vulnerable; por ejemplo: cuando un niño tiene necesidades especiales o problemas de aprendizaje. Debe recordarse que el uso de fotografías de los participantes o declaraciones explícitas —partes de entrevista— deben contar con la autorización por escrito de los implicados o responsables legales.

## 11. Corrección de artículos publicados

#### Criterio:

- 11.1. Cuando un autor descubre un error o una inexactitud significativa en el trabajo publicado, es obligación del autor notificar de inmediato a la revista y cooperar en el proceso de corrección.

## Bibliografía

- Black W, Russo R, Turton D. The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes. *Physics Letters*. 2010; 694(3); 246-51.
- Elsevier. "Autoría. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/183394/ETHICS\\_ES\\_AUTH01a\\_updatedURL.pdf](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](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](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](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](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](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](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 Publindex.

## REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

La revista *Avances en Enfermería* y su contenido son propiedad de la Universidad Nacional de Colombia. Antes de remitir un documento, verifique que cumpla con las siguientes especificaciones:

- **Certificados de Cesión de Derechos y Originalidad:** los artículos deberán ser remitidos con una hoja de vida de los autores y una carta 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](http://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 conceção e ao desenho, aquisição de dados, análises e interpretação do estudo.
  - b) Redação ou revisão do conteúdo intelectual.
  - c) Aprovação da versão final.
- 2.3. A ordem da autoria deve ser uma decisão conjunta dos coautores.
  - 2.4. As pessoas que participem em um estudo, mas que não se ajustem aos critérios de autoria, devem aparecer como *colaboradores* ou *pessoas reconhecidas*.
  - 2.5. Há três tipos de autorias que se consideram inaceitáveis: autores *fantasma*, que contribuem substancialmente, mas não são reconhecidos —são frequentemente pagos por promotores comerciais— ; autores *convidados*, que não fazem nenhuma contribuição discernível, mas que são nomeados para aumentar as possibilidades de publicação; e autorias *honorárias*, que se baseiam unicamente em uma afiliação tênue com um estudo.

#### Recomendações:

- 2.6. Antes de começar a pesquisa, recomenda-se documentar a função e a maneira como se reconhecerá a autoria de cada pesquisador.
- 2.7. Não se deve mentir acerca da participação de uma pessoa na pesquisa ou publicação. Se sua contribuição for considerada *substancial*, justifica-se a autoria, bem seja como *autor* ou como *colaborador*.
- 2.8. Não se deve atribuir uma autoria sem contar com o consentimento da pessoa.
- 2.9. Todas as pessoas nomeadas como autores devem reunir os requisitos de autoria e todos aqueles que reúnem os requisitos devem aparecer como autores ou colaboradores.
- 2.10. Alguns grupos colocam os autores por ordem alfabética, às vezes com uma nota para explicar que todos os autores fizeram contribuições iguais ao estudo e a publicação.

### 3. Mudanças na autoria

#### Critérios:

- 3.1. Faz referência à adição, supressão ou reorganização dos nomes de autor na autoria de um artigo aceito.
- 3.2. As petições de acrescentar ou eliminar um autor, ou para reorganizar os nomes dos autores, devem ser enviados pelo autor correspondente do artigo aceito e devem incluir:
  - a) A razão pela qual deve ser adicionado ou eliminado, ou os nomes dos autores reorganizados.
  - b) A confirmação por escrito (via *e-mail*) de todos os autores que concordam com a adição, supressão ou reorganização. No caso de adição ou eliminação dos autores, deve se incluir a confirmação de que o autor seja adicionado ou eliminado.

### 4. Conflito de interesses

#### Critérios:

- 4.1. Quando um pesquisador ou autor tiver alguma opinião, interesse financeiro/pessoal que puder afetar sua objetividade ou influir de maneira inapropriada em seus atos existe um possível *conflito de interesses*. Os conflitos podem ser reais ou potenciais.
- 4.2. Os conflitos de interesses mais evidentes se associam às relações financeiras, que podem ser:
  - a) *Diretas*: emprego, propriedade de ações, bolsas, patentes.
  - b) *Indiretas*: honorários, assessorias a organizações promotoras, propriedade de fundos de investimento, testemunho como especialista pago.
- 4.3. Os conflitos também podem existir como resultado de relações pessoais, a competência acadêmica e a paixão intelectual. Por exemplo, um pesquisador que tenha:
  - a) Algum tipo de interesse pessoal nos resultados da pesquisa.
  - b) Opiniões pessoais que estão em conflito direto com o tema que se estiver pesquisando.

#### Recomendações:

- 4.4. Revelar caso estiver em algum conflito real ou potencial de interesses que influa de forma inapropriada nos achados ou resultados do trabalho apresentado, dentro dos três anos de ter começado o trabalho apresentado, que poderiam influir indevidamente —enviesar— o trabalho.
- 4.5. Revelar o papel de um ou vários promotores do estudo —caso houverem—, no desenho de estudo, na recopilação, análise e interpretação dos dados, na redação do informe e na decisão de apresentar o documento para sua publicação.
- 4.6. Os pesquisadores não devem chegar a acordos que interfiram com seu acesso a todos os dados e sua capacidade de analisá-los de forma independente; também não de preparar e publicar os manuscritos.
- 4.7. Ao apresentar um documento, deve-se fazer uma declaração —com o cabeçalho “Papel que teve a fonte de financiamento”— em uma seção separada do texto e colocar-se antes da seção *Referências*.
- 4.8. Alguns dos exemplos de possíveis conflitos de interesses que devem ser revelados incluem empregos, consultoria, propriedade de ações, honorários, testemunho de perito remunerado, solicitações de patentes/registros e subvenções ou outros financiamentos.
- 4.9. Todas as fontes de apoio financeiro para o projeto devem ser reveladas.
- 4.10. Deve-se descrever o papel do patrocinador do estudo.

### 5. Publicação duplicada

#### Critérios:

- 5.1. Os autores têm o compromisso de comprovar que seu artigo seja baseado em uma pesquisa original, ou seja: nunca publicada com anterioridade. O envio ou reenvio internacional de seu trabalho a outra publicação, gerando uma duplicação, é considerada um incumprimento da ética editorial.
- 5.2. Produz-se uma publicação duplicada ou múltipla quando dois ou mais artigos, sem se fazer referências entre si, compartilham essencialmente as mesmas hipóteses, dados, pontos de discussão ou conclusões. Isto pode ocorrer em diferentes graus: duplicação literal, duplicação parcial, mas substancial ou inclusive duplicação mediante paráfraseio.



- 5.3. Um dos principais motivos pelos quais a publicação duplicada de pesquisas originais considera-se não ético é porque pode gerar uma *ponderação inadequada* ou uma *dupla recontagem involuntária* dos resultados de um estudo único, o que distorce as provas disponíveis.

#### Recomendações:

- 5.4. Os artigos enviados para sua publicação deverão ser originais e não deverão enviar-se a outra revista. No momento do envio, os autores deverão revelar os detalhes dos artigos relacionados —também quando estiverem em outro idioma—, artigos similares na imprensa e traduções.
- 5.5. Ainda que um artigo enviado esteja sendo revisado, é preciso indagar por seu estado, tomar a decisão de continuar ou não com o processo e caso decidirem retirá-lo, entrar em contato com outra revista só caso a primeira editorial não publicar o artigo.
- 5.6. Evite enviar um artigo previamente publicado em outra revista.
- 5.7. Evite enviar artigos que descrevam, essencialmente, a mesma pesquisa a mais de uma revista.
- 5.8. Indique sempre os envios anteriores —incluídas as apresentações de reuniões e a inclusão de resultados em registros— que pudessem considerar-se uma publicação duplicada.
- 5.9. Evite escrever sobre sua própria pesquisa em dois ou mais artigos, desde diferentes ângulos ou sobre diferentes aspectos da pesquisa, sem mencionar o artigo original.
- 5.10. Considera-se uma conduta não recomendável criar várias publicações a partir de pesquisas não multicêntricas.
- 5.11. Deseja-se enviar seu artigo a uma revista que se publique em um país diferente ou em um idioma diferente, solicite informação à editorial e as diretrizes que ao respeito possam existir.
- 5.12. No momento do envio, indique todos os detalhes de artigos relacionados em um idioma diferente e as traduções existentes.

## 6. Reconhecimento das fontes

#### Critérios:

- 6.1. Os autores devem citar as publicações que sejam influentes na determinação da natureza do trabalho apresentado.
- 6.2. A informação obtida de forma privada não deve ser usada sem permissão explícita da fonte.
- 6.3. A reutilização das tabelas e figuras requer da permissão do autor e da editorial, o que deve mencionar-se adequadamente na legenda da tabela ou da figura.
- 6.4. A informação obtida no transcurso de serviços confidenciais, como manuscritos para arbitragem ou solicitações de subvenção, não deve ser utilizada sem a permissão explícita e por escrito do autor da obra involucrada nestes serviços.

## 7. Fraude científica

#### Critérios:

- 7.1. A fraude na publicação científica refere-se à apresentação de dados ou conclusões falsos ou que não foram gerados através de um processo rigoroso de pesquisa.
- 7.2. Existem os seguintes tipos de fraude na publicação de resultados de pesquisa:
- Fabricação de dados: invenção de dados e resultados de pesquisa para depois comunicá-los.
  - Falsificação de dados: a manipulação de materiais de pesquisa, imagens, dados, equipe e processos. A falsificação inclui a modificação ou omissão de dados ou resultados de tal forma que a pesquisa não se representa de uma forma precisa. Uma pessoa poderia falsificar dados para adequá-la ao resultado final desejado de um estudo.

#### Recomendações:

- 7.3. Antes de realizar o primeiro envio de um artigo, leia cuidadosamente as políticas editoriais e de dados da revista.
- 7.4. Nunca modifique ou omita dados de forma intencional. Isto inclui materiais de pesquisa, métodos de análises, processos, aparelhos, tabelas, citações e referências bibliográficas.

- 7.5. Tanto a fabricação como a falsificação de dados são formas de conduta incorreta e grave, porque as duas resultam em publicações científicas que não refletem com precisão a verdade observada.
- 7.6. O autor deve fazer uma gestão adequada dos dados que suportam a pesquisa, levando especial cuidado na recopilação, produção, conservação, análises e comunicação dos dados.
- 7.7. Mantenha registros minuciosos dos dados em bruto ou não tratados, os que deverão ser acessíveis, caso um editor os solicitar, inclusive depois de publicado o artigo.
- 8.7. Mantenha um registro das fontes utilizadas ao pesquisar e onde foram usadas em seu artigo.
- 8.8. Certifique-se de reconhecer completamente e citar de forma adequada a fonte original em seu artigo.
- 8.9. Quando faça referência à fonte, evite utilizar o trabalho de outras pessoas palavra por palavra, exceto que o faça entre aspas e só se é estritamente necessário.
- 8.10. O parafraseado só se aceita se indicar-se corretamente a fonte e se garante de não mudar o significado da intenção da fonte.

## 8. Plágio

### Critérios:

- 8.1. O plágio é uma das maneiras mais comuns de conduta incorreta nas publicações. Acontece quando um dos autores faz passar como próprio o trabalho de outros sem a permissão, menção ou reconhecimento. O plágio se apresenta sob formas diferentes, desde a cópia literal até o parafraseado do trabalho de outra pessoa, incluindo dados, ideais, conceitos, palavras e frases.
- 8.2. O plágio tem diferentes graus de gravidade, por exemplo:
  - a) Que quantidade do trabalho de outra pessoa se tomou —várias linhas, parágrafos, páginas, o artigo inteiro—.
  - b) Que é o que foi copiado —resultados, métodos ou seção de introdução—.
- 8.3. O plágio em todas suas formas constitui uma conduta não ética no âmbito editorial e acadêmico, o que é inaceitável.
- 8.4. A cópia literal só é aceitável se indica-se a fonte e inclui o texto copiado com os signos de citação adequados.

### Recomendações:

- 8.5. Lembre-se sempre que é essencial reconhecer o trabalho de outros —incluindo o trabalho de seu assessor ou seu trabalho prévio— como parte do processo.
- 8.6. Não reproduza um trabalho palavra por palavra, em sua totalidade ou em parte, sem autorização e menção da fonte original.

- 8.11. Inclua entre aspas e cite todo o conteúdo que tenha tomado de uma fonte publicada anteriormente, inclusive se o estiver dizendo com suas próprias palavras.

## 9. Fragmentação

### Critérios:

- 9.1. A *fragmentação* consiste em dividir ou segmentar um estudo grande em duas ou mais publicações.
- 9.2. Considera-se uma prática inaceitável que os *fragmentos* de um estudo dividido compartilhem as mesmas hipóteses, amostra e métodos.
- 9.3. O mesmo *fragmento* não se deve publicar mais de uma vez. O motivo é que a fragmentação pode dar lugar a uma distorção da literatura, fazendo crer equivocadamente aos leitores que os dados apresentados em cada *fragmento* —ou seja: *cada artigo*— derivam-se de uma amostra de sujeitos diferentes. Isto não somente envia a base de dados científica, senão que também cria uma repetição ambígua aos editores e revisores, que devem ocupar-se de cada trabalho por separado. Além disso, permite que se infle o número de referências onde aparece citado o autor.

### Recomendações

- 9.4. Evite fracionar inapropriadamente os dados de um só estudo em dois ou mais trabalhos.
- 9.5. Quando apresentar um trabalho, seja transparente no processo. Isto inclui manuscritos publicados, enviados recentemente ou já aceitados.

## 10. Consentimento informado

- 10.1. Os estudos sobre pacientes ou voluntários requerem a aprovação de um comitê de ética.
- 10.2. O consentimento informado deve estar devidamente documentado.
- 10.3. As permissões e as liberações devem ser obtidas quando um autor deseje incluir detalhes de caso ou outra informação pessoal, ou imagens dos pacientes e qualquer outra pessoa.
- 10.4. Deve se levar cuidado com a obtenção do consentimento respeito aos participantes, em particular com a população vulnerável. Por exemplo: quando uma criança tem necessidades especiais ou problemas de aprendizagem. Deve lembrar-se que o uso de fotografias dos participantes ou declarações explícitas — partes de entrevistas — devem contar com a autorização por escrito dos envolvidos ou seus responsáveis legais.

## 11. Correção de artigos publicados

### Critério:

- 11.1. Quando um autor descobre um erro ou uma inexactidão significativa no trabalho publicado, é obrigação do autor notificar imediatamente à revista e cooperar no processo de correção.

## Bibliografia

- Black W, Russo R, Turton D. The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes. *Physics Letters*. 2010; 694(3); 246-51.
- Elsevier. "Autoría. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. [http://www.elsevier.com/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/183394/ETHICS\\_ES\\_AUTH01a\\_updatedURL.pdf](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](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](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](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](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](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](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](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

De acordo com os requerimentos de indexação acerca da vigência e qualidade da bibliografia, na lista de referências só se aceitará 20% da denominada "Literatura Cinza" (livros, capítulos de livros, teses, dissertações, memórias, guias, informes, reportes, manuais, dados estatísticos, leis, autocitações, citações de outras citações etc.), é dizer: todas aquelas referências que não sejam de artigos de pesquisa publicados

em revistas indexadas. Outrossim, é necessário que as referências de revistas indexadas sejam de artigos de não mais de 5 anos de publicação. O manuscrito enviado deverá ter o número mínimo de referências exigido pela revista, conforme a seção (tipo de artigo) na que esteja incluído. A Equipe de Redação fará um exaustivo seguimento desses requerimentos, resultado que determinará se o manuscrito continua o processo, se é necessário realizar ajustes de referências ou inclusive, se deve ser rejeitado.

As referências bibliográficas deverão numerar-se consecutivamente entre parêntese e em tamanho normal, de acordo à ordem de aparição das citas no texto. A continuação se apresentam exemplos da forma de apresentação dos documentos e referências respetivas:

- *Artigo de revista*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores. Título do artigo. Abreviatura internacional do título do periódico. Ano; volume(número);página inicial-final. Quando o artigo tiver mais de seis autores as palavras *et al.* serão escritas após o sexto autor.
- *Livros e monografias*: Sobrenome, duas iniciais dos nomes dos autores. Título. Edição. Local de publicação (cidade): editora; ano.
- *Capítulo de livro*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do capítulo. Título do capítulo. Palavra "Em": sobrenome e duas iniciais dos nomes do diretor/coordenador/editor/compilador do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação (cidade): editora; ano. Página inicial-final do capítulo.
- *Palestras*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do trabalho. Título da palestra. Palavra "Em": título oficial do congresso, simpósio ou seminário. Local de publicação (cidade): editora; ano. Página inicial-final da palestra.
- *Artigo de revista on-line*: Sobrenome e duas iniciais dos nomes dos autores do artigo. Título do artigo. Título abreviado do periódico. 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:
- Fabrication of data: invention of data and investigation results in order to be published.
  - Falsification of data: manipulation of investigation materials, images, data, equipment or processes. Forgery includes modification or omission of data or results, so that the investigation is not properly represented. Someone may falsify data to adequate them to the final desired result.

#### Recommendations:

- 7.3. Before the first submission of an article, read carefully journal's editorial and data policies.
- 7.4. Never modify or omit data intentionally. This includes investigation materials, analysis methods, processes, equipment, tables, references, and bibliographic references.

- 7.5. Both fabrication and falsification of data are serious forms of misbehaviour, because both of them result in scientific publications not reflecting precisely the observed truth.
- 7.6. Authors should adequately manage data that support investigation, with special care in data collecting, production, keeping, analysis and communication.
- 7.7. Keep thorough records of raw data, which should be accessible in case editors request them even before article's publication.
- 8.7. Keep a record of sources used during investigation, and where did you use them in the article.
- 8.8. Make sure that the original source is entirely acknowledged and adequately referenced in your article.
- 8.9. When referencing the source, avoid using another people's work word-for-word unless you enclose it in quotes and only in case of strict necessity.
- 8.10. Only if the source is correctly indicated and if you make sure of not altering the significance of the source's intention would the paraphrase be acceptable.

## 8. Plagiarism

### Principles:

- 8.1. Plagiarism is one of the more common ways of misconduct in publishing. It occurs when one of authors passes other people's work off as his own, without permission, mention or acknowledgment. Plagiarism appears under different ways, from word-for-word copy to paraphrase of other people's work, including data, ideas, concepts, words or sentences.
- 8.2. Plagiarism has different levels of seriousness, for instance:
  - a) The amount of work taken from another person's work: several lines, paragraphs, pages, the entire article.
  - b) What was copied: results, methods or introductory section.
- 8.3. Plagiarism in all its forms constitutes an unacceptable non-ethical conduct in editorial and academic spheres.
- 8.4. Word-for-word copy is acceptable only if the source is indicated and the copied text included with adequate marks of citation.

### Recommendations:

- 8.5. Always remember that it is essential to recognise other people's work—including your adviser's work, or your own previous work—as part of the process.
- 8.6. Do not reproduce any work word-for-word, either partially or entirely, without permission or mention of the original source.

- 8.11. Enclose in quotes and reference all contents taken from a previously published source, even if you are stating them with your own words.

## 9. Fragmentation

### Principles:

- 9.1. *Fragmentation* consists in dividing or segmenting a big research in two or more publications.
- 9.2. It is considered an unacceptable conduct that *fragments* of a divided research share the same hypothesis, sample and methods.
- 9.3. The same *fragment* should not be published more than one time, since fragmentation may allow distortion in literature, and may have readers believe that data presented in each *fragment* (i.e., each *article*) are derived from a different sample of subjects.

### Recommendations:

- 9.4. Avoid fragmenting inappropriately the data of just one research in two or more works.
- 9.5. When submitting a work, be transparent during the process. Send copies of other manuscripts closely relating to the manuscript involved.

## 10. Informed consent

### Principles:

- 10.1. Research on patients or volunteers should be approved by an ethics committee.
- 10.2. Informed consent should be appropriately documented.

- 10.3. Permissions and releasing should be obtained when authors wish to include case details or any other personal images or information of patients or anyone else.
- 10.4. When obtaining informed consent, care should be taken regarding participants, especially vulnerable people. For instance, children with special needs or learning disabilities. It must be recalled that the use of photographs or explicit declarations of patients (parts of an interview) should have authorization in writing of those involved or their legal representatives.

## 11. Correction of published articles

### Principles:

- 11.1. When authors detect mistakes or relevant inaccuracies in the published work, they are obliged to notify immediately the journal and to cooperate in the process of correction.

### Bibliography

Black W, Russo R, Turton D. The supergravity fields for a D-Brane with a travelling wave from string amplitudes. *Physics Letters*. 2010; 694(3); 246-51.

Elsevier. "Autoría. Ethics in research & publication". Accedido 8 de agosto de 2014. Disponible en: [http://www.elsevier.com/\\_\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/183394/ETHICS\\_ES\\_AUTH01a\\_updatedURL.pdf](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](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](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](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](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](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](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](http://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.