

ISSN 2301-0371

Revista Uruguaya de Enfermería

Universidad de la República



Volumen 13

Núm 1, 2018

Revista uruguaya de enfermería

Universidad de la República RUE

Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Uruguay
Dirección: Jaime Cibils 2810, CP: 11600, Montevideo
Teléfono: (+598) 2487 0044

eISSN: 2301-0371 - ISSN: 0797-6194
Contacto: rue@fenf.edu.uy
URL: <http://rue.fenf.edu.uy/>

Equipo editor

Dirección de la Revista

Decana Prof. Lic. Mercedes Pérez

Editor Asociado

Prof. Agdo Dr. Alvaro Díaz (PhD)

Equipo editorial

Lic. Bibliotecología Beatriz Celiberti

Lic. Comunicación Stella Pereyra

Asist. Bbca. Valeria Silveira

Adm. Exp. Raquel Pereyra

Asist. Unidad Informática Alejandro Ceresa

Asist. Unidad Informática Guillermo Reisch

Diseño Gráfico Valentina Cámaras Cammarano

Comité Científico Internacional

Dr. Raúl Mercer (Argentina)

Prof. Mg. Mario Siede (Argentina)

Dra. María Luisa Vázquez (España)

Dr. Francisco Mercado (México)

Dra. Leticia Robles (México)

Dra. Isabella Samico (Brasil)

Dra. Blanca Díaz (México)

Dra. Denise Guerreiro (Brasil)

Dra. Dora Celton (Argentina)

Dra. Judith Gallarza (Cuba)

Dra. Edit Rodríguez Romero (México)

Dra. María Paz Mompert (España)

Dra. Zoila Leitón (Perú)

Dra. Silvana Martins Mishima (Brasil)

Lic. Mg. Beatriz Morrone (Argentina)

Dra. Isabella Samico (Brasil)

Dra. María Assumpta Rigol (España)

Mg. Ana Rivadeneyra (Francia)

Dra. Cristina Cometto (Argentina)

Dra. Edith Rivas Riveros (Chile)

Consejo Editorial

Integrantes Institucionales

Mg. Mariela Balbuena

Prof. Adj. Esp. Mariana Mugico

Prof. Mg. Fernando Bertolotto

Prof. Mg. Josefina Verde

Integrantes Externos Nacionales

Lic. Esp. Cristina Barrenechea

Dra. Zoraida Fort (PhD)

Lic. Mg. Pilar González

Integrantes Externos Extranjeros

Dra. Nelcy Martínez (Cuba)

Dra. Nalú Kerber (Brasil)

Prof. Mg. Verónica Behn (Chile)

Dra. Silvana Martins Mishima (Brasil)

Comité Científico Nacional

Prof. Mg. Miriam Costabel

Prof. Agda. Dra. Graciela Umpiérrez (PhD)

Prof. Agda. Mg. Annalet Viera

Prof. Mg. Teresita Ghizzoni

Prof. Mg. Josefina Verde

Prof. Adj. Mg. Claudia Morosi

Prof. Agda. Mg. Carolina Rodríguez

Prof. Adj. Mg. Lourdes Balado

Prof. Esp. Margarita Garay Albarracín

Prof. Agda. Esp. Esther Lacava

Prof. Mg. Inés Umpiérrez

Prof. Agdo. Dr. Milton Sbárbaro (PhD)

Prof. Agda. Esp. Verónica Sánchez

Prof. Agda. Mg. Isabel Silva

Prof. Mg. Fernando Bertolotto

Prof. Adj. Mg. Andrea Lucas

Tabla de Contenidos

Editorial.....7-8

Investigación

Visita domiciliaria en el Sistema Único de Salud: estrategia de biopolítica
Stefanie Griebeler Oliveira, Maria Henriqueta Luce Kruse, Dayane de Aguiar Cicolella,
Kimberly Larroque Velleda.....9

El rol de las licenciadas en enfermería, desde la percepción de los usuarios del primer nivel de atención en Montevideo
Stella Delorrio Fernández.....22

Conocimiento de Enfermería y su Relación con el Currículo
Paula Andrea Duque.....36

Hospitalizaciones por causas externas en el municipio de Jequié, Bahia, Brasil
Adriana Alves Nery, Érica Assunção Carmo, Juliana da Silva Oliveira, Marcela Andrade Rios,
Rafaela Almeida da Silva, Tatiane Oliveira de Souza Constâncio, Felipe Santos Abreu,
Quésia dos Santos Norberto.....46

Calidad de vida en adultas mayores con cáncer relacionado con determinantes sociales de la salud
Regina Vargas Patana, Olivia Sanhueza Alvarado, Luis Luengo Machuca.....57

Burnout en profesionales de la salud hospitalaria: revisión sistemática de la literatura
Juliana Ferreira da Rosa, Clarice Alves Bonow, Marta Regina Cezar-Vaz, Rita Maria Heck,
Daiani Modernel Xavier.....70

Noticias destacadas

Primer semestre de 201881



Table of Contents

Editorial.....7-8

Research

Home Care Program in the Unified Health System: Biopolitics Strategy
Stefanie Griebeler Oliveira, Maria Henriqueta Luce Kruse, Dayane de Aguiar Cicolella,
Kimberly Larroque Velleda.....9

**The Role of Nursing, from the Perception of the Users of the Primary Health Care
in Montevideo**
Stella Delorrio Fernández.....22

Knowledge of Nursing and its Relationship to the Curriculum
Paula Andrea Duque.....36

Hospitalization for External Causes in the Municipality of Jequié, Bahia, Brazil
Adriana Alves Nery, Érica Assunção Carmo, Juliana da Silva Oliveira, Marcela Andrade Rios,
Rafaela Almeida da Silva, Tatiane Oliveira de Souza Constâncio, Felipe Santos Abreu,
Quésia dos Santos Norberto.....46

**Quality of Life in Elderly Women with Cancer Related With Social Determinants
of Health**
Regina Vargas Patana, Olivia Sanhueza Alvarado, Luis Luengo Machuca.....57

Burnout in Hospital Health Professionals: a Systematic Literature Review
Juliana Ferreira da Rosa, Clarice Alves Bonow, Marta Regina Cezar-Vaz, Rita Maria Heck,
Daiani Modernel Xavier.....70

Outstanding news

First semester of 2018.....81



Sumário

Editorial.....7-8

Pesquisa

Visita domiciliar en el Sistema Único de Salud: estrategia de biopolítica

Stefanie Griebeler Oliveira, Maria Henriqueta Luce Kruse, Dayane de Aguiar Cicolella,

Kimberly Larroque Velleda.....9

O papel de licenciado em enfermagem, da percepção dos usuários do primeiro nível de atenção em Montevideo

Stella Delorrio Fernández.....22

Conhecimento da enfermagem e sua relação como currículo

Paula Andrea Duque.....36

Internações hospitalares por causas externas no município de Jequié, Bahia, Brasil

Adriana Alves Nery, Érica Assunção Carmo, Juliana da Silva Oliveira, Marcela Andrade Rios,

Rafaela Almeida da Silva, Tatiane Oliveira de Souza Constâncio, Felipe Santos Abreu,

Quésia dos Santos Norberto.....46

Qualidade de vida em mulheres idosas com câncer relacionados aos Determinantes Sociais da Saúde

Regina Vargas Patana, Olivia Sanhueza Alvarado, Luis Luengo Machuca.....57

***Burnout* em profissionais da saúde hospitalar: revisão sistemática da literatura**

Juliana Ferreira da Rosa, Clarice Alves Bonow, Marta Regina Cezar-Vaz, Rita Maria Heck,

Daiani Modernel Xavier.....70

Outstanding news

Primeiro semestre de 2018.....81

En el año 2018, se ha retomado la edición de la Revista Uruguaya de Enfermería (RUE) con la misma confianza en sus objetivos de siempre: la difusión de los principales avances en el ámbito de Enfermería y la Interdisciplina en Ciencias de la Salud.

La Facultad de Enfermería en su Plan estratégico, plantea la integración del “desarrollo científico humano y tecnológico y sus aportes al desarrollo de la educación superior y al país, con estándares de calidad”, teniendo en cuenta el desarrollo científico tecnológico actual y las necesidades y demandas de la población y los servicios”.

En esta etapa en un contexto en el cual la Facultad ha priorizado la investigación dentro de sus ejes estratégicos; la posibilidad de contar con un órgano de difusión científica institucional, con participación de docentes y profesionales destacados en diferentes temáticas es una de las líneas de desarrollo.

Se está implementando un proyecto con seguimiento y financiación de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República, con el objetivo de mejorar la calidad de la Investigación de relevancia, que genera mayor producción científica que requiere ser difundida.

El proyecto denominado Fortalecimiento de la Investigación Científica en la Facultad de Enfermería, consta de varias etapas: Fase A, de diagnóstico institucional para identificación de problemas; Fase B, de implementación de la propuesta de abordaje de los problemas identificados, y una futura Fase C de evaluación y seguimiento. Una de las debilidades identificadas en fase A, fue la escasa difusión de la producción científica en la enfermería nacional, lo que exige el fortalecimiento de la formación para la publicación y el contar con un medio de difusión propio, calificado, enmarcado dentro de las políticas y el proyecto institucional.

Se sigue promoviendo un medio editorial que viabilice el intercambio y aportes en distintas áreas del conocimiento en la profesión: a nivel asistencial, docente, investigación y extensión, concebidos siempre estos rubros como funciones fundamentales de la Facultad de Enfermería, en el marco de la UdelaR

Contar con un órgano de difusión científica institucional, facilita la creatividad, el desarrollo y la capacidad de reflexión de los enfermeros en los diversos ámbitos de desarrollo profesional. Las iniciativas en la publicación están enfocadas a problemas generados por la idiosincrasia nacional y regional.

Este nuevo número de la RUE continúa publicando artículos de interés en las distintas áreas de la profesión, así como la difusión de trabajos de investigación en el marco de las Maestrías que la Facultad viene realizando desde el año 1998. Es relevante promover esta producción científica y comprometer a los profesionales y docentes en los diferentes ámbitos relacionados con los pilares ya mencionados de las funciones universitarias.

En este marco, en esta nueva etapa de la revista, basado en los lineamientos estratégicos ya mencionados, se genera la renovación de las autoridades de la Revista, su Consejo Editorial y Científico, en el contexto de importantes acuerdos interinstitucionales y regionales.

En este sentido, contar con un órgano de difusión científica institucional, facilita la creatividad, el desarrollo y la capacidad de reflexión de los enfermeros en los diversos ámbitos de desarrollo profesional. Las iniciativas en la publicación están enfocadas a problemas generados por la idiosincrasia nacional y regional.

El intercambio con otros investigadores regionales e internacionales con temas nuevos en salud, que permitan conocer otras situaciones, realidades y avances en el área, dan valor a la publicación y reconocimiento a profesionales del área en contextos variados

El material publicado en este número corresponde al primer semestre del año 2018, al igual que las actividades y eventos aquí consignados.

Este nuevo número nos encuentra con nuevas Normas de Publicación, un rediseño de la página de difusión, el uso de sistema OJS 3 (Open Journal System) para su publicación, nuevos criterios de evaluación de los artículos científicos, y la incorporación de artículos que informan y destacan diferentes aspectos de la actividad científica e institucional.

Se han realizado múltiples actividades de formación a profesionales y docentes para la mejora de la calidad de las publicaciones, y se están organizando actividades de formación para mejorar la evaluación y participación de los evaluadores.

También se está trabajando para ampliar la indexación de la RUE en bases de datos internacionales, para lo cual se están ajustando algunos aspectos que permitan acceder a los requisitos exigidos por cada uno de ellos, a la vez que contribuyen en mejorar la calidad de la revista.

Como siempre, esperamos que la RUE siga siendo un factor de difusión y estímulo para el desarrollo de la profesión de Enfermería en sus distintos órdenes y actividades. Las autoridades de la revista han establecido el compromiso de mejorarla cada día y fortalecer el intercambio y la producción nacional de la investigación en Enfermería en el marco de un proyecto de trabajo institucionalizado y continuo.

Por lo antes expuesto, invitamos a estudiantes, docentes, y egresados nacionales y de otros países, a que continúen enriqueciéndonos con sus diversas publicaciones y aportes.

Nos mantenemos en comunicación y esperamos sus aportes para seguir construyendo la Revista Uruguaya de Enfermería.

Directora de la RUE
Lic. Esp. Mercedes Pérez
Decana

Editor Asociado
Phd Álvaro Díaz

Visita domiciliar no Sistema Único de Saúde: estratégia da biopolítica¹

Home Care Program in the Unified Health System: Biopolitics Strategy

Visita domiciliar en el Sistema Único de Salud: estrategia de
biopolítica

Stefanie Griebeler Oliveira², Maria Henriqueta Luce Kruse³, Dayane de Aguiar
Cicolella⁴, Kimberly Larroque Velleda⁵

Resumo:

Introdução: neste artigo, propomos uma analítica de portarias e políticas de saúde pós-Sistema Único de Saúde para discutir a visita domiciliar como ferramenta da biopolítica.

Material e método: Estudo de inspiração genealógica inserido na vertente pós-estruturalista, que utiliza as teorizações foucaultianas. O material empírico foi constituído por documentos legais referidos à atenção domiciliar em saúde, publicados no Diário Oficial da União, sendo a busca realizada em maio de 2013. Os excertos selecionados foram transcritos para uma planilha no Excel, na qual eram informados a referência, o excerto, quem fala e procedimentos de limitação. A fase seguinte consistiu na elaboração de unidades analíticas, na qual foram utilizadas ferramentas de Michel Foucault, como forma de “martelar” os discursos que circulam a respeito da atenção domiciliar, sendo elas: poder, disciplina e biopolítica.

Resultados e discussão: podemos estabelecer alguns traços que configuraram a visita domiciliar como uma estratégia da biopolítica. Entre eles, a função de inclusão de populações específicas no que se refere a processos biológicos, mas também a populações gerais, no imperativo de saúde para todos, fazendo valer que o conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado. Um governo dos vivos, saudáveis e doentes, um governo de todos.

Palavras-chave:

Estratégia saúde da família, visita domiciliar, política de saúde.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil. stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Educação. Professor Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. kruse@uol.com.br

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Metodista IPAE Cesuca Faculdade, Porto Alegre, Brasil. dayane.cicolella@gmail.com

⁵ Enfermeira. Membro do Grupo de Estudos sobre Práticas Contemporâneas do Cuidado de Si e dos outros da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil. kimberlylarroque@yahoo.com.br

Abstract:

Introduction: in this article, we propose an analytics of ordinances and health policies after the Unified Health System, in order to discuss home care as a biopolitics tool.

Material and method: this is a genealogical study inserted in the poststructuralist framework, which uses Foucault's theorizations. The empirical material was constituted by legal documents that referred to homecare in health, published in the Official Diary of the Union, being the search carried out in May 2013. The selected excerpts were transcribed to an Excel table, in which there were the reference, the excerpt, who speaks, and the limitation procedures. The following step constituted in the elaboration of analytical units, in which Michel Foucault's tools were applied, as a way to "hammer" the discourses that surround home care programs, such as: power, discipline, and biopolitics.

Results and discussion: we can establish some traces that configure home visits as biopolitics strategy. Among them, the inclusion role of specific populations in what concerns the biological processes, but also general populations, in the imperative of health for all, valuing the concept of health as peoples' right and a State's responsibility. A government of the living, healthy, and sick, a government of everyone.

Keywords:

Family Health Strategy, Home Visit, Health Policy.

Resumen:

Introducción: en este artículo, proponemos una analítica de portarias y políticas de salud después del Sistema Único de Salud para discutir la visita domiciliaria como herramienta de la biopolítica.

Material y método: estudio de inspiración genealógica inserido en la vertiente posestructuralista, que utiliza teorizaciones de Foucault. El material empírico fue constituido por documentos legales referidos a la atención domiciliaria en salud, publicados en el Diario Oficial de Unión, siendo la búsqueda llevada a cabo en mayo de 2013. Los extractos seleccionados fueron transcritos para una hoja en Excel, en la cual fueron informados la referencia, el extracto, quien habla, y procedimientos de limitación. La fase siguiente constituyó en la elaboración de unidades analíticas, en la cual fueron utilizadas herramientas de Michel Foucault como manera de "martillar" los discursos que circulan sobre atención domiciliaria, siendo ellos: poder, disciplina y biopolítica.

Resultados y discusión: podemos establecer algunos trazos que configuran la visita domiciliaria como una estrategia de la biopolítica. Entre ellos, la función de inclusión de poblaciones específicas en lo que se refiere a procesos biológicos, pero también poblaciones generales en el imperativo de salud para todos, haciendo valer el concepto de salud como derecho de todos y deber del Estado. Un gobierno de los vivos, saludables, y enfermos, un gobierno de todos.

Palabras clave:

Estrategia de salud familiar, visita domiciliaria, política de salud.

1. Introdução

No Brasil, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1988, a saúde foi considerada resultante de condições de moradia, alimentação, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Nesta visão, a saúde foi tomada como resultado das formas de organização social da produção, podendo gerar desigualdades nos níveis de vida. Diz-se ainda, no relatório de tal conferência, que a saúde deve ser assegurada pelo Estado, garantindo formas dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde. Neste sentido, a saúde foi considerada um direito, que pode assegurar melhores condições de trabalho, educação, moradia, além da garantia da participação social para a efetivação do sistema⁽¹⁾.

Parece-nos que a saúde foi vista como central, pois ao mesmo tempo em que os condicionantes citados a produzem, esta, por sua vez, poderia garanti-los. Saúde é tida como vida que pode ser melhorada, qualificada, elevada, na medida em que se modifica aquilo que a condiciona. Mediante essa intenção de produção de novos modos de vida homogeneizados, a regulação torna-se facilitada por intervenções biopolíticas, que envolvem processos de inclusão de todos no sistema de saúde. Biopolítica⁽²⁾ é o termo utilizado para referir o modo pelo qual o poder se modifica no final do século XVIII e início do século XIX. Se antes as práticas disciplinares visavam governar os indivíduos, agora teriam como alvo seu conjunto, a população. Nesse sentido, a saúde, como direito de todos, inclui-se na Constituição Brasileira de 1988, no artigo 196⁽³⁾, mas só entra em vigor, através das

leis 8080/90⁽⁴⁾ e 8142/90⁽⁵⁾ que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS). A medicina e seus pares passam a se ocupar com a saúde, e não somente com a doença⁽⁶⁾.

Pensamos ser importante salientar que a política de saúde foi sendo concebida aos poucos, através de movimentos fragmentados de implementação do SUS. Talvez, por isso, as portarias publicadas objetivavam orientar as ações e serviços de saúde. Não havia acúmulo de saber para articular uma política, apenas ideias. A Estratégia Saúde da Família por exemplo, foi orientada a partir da NOB de 1996⁽⁷⁾. A primeira Política Nacional de Atenção Básica é de 2006 e teve atualização em 2017⁽⁸⁾. As normas operacionais são curtas e trazem diretrizes. As políticas são mais detalhadas e embasadas em estudos e pesquisas que as justificam.

Tais documentos fazem circular enunciados sobre a atenção domiciliar caracterizando-a como ferramenta biopolítica, isto é, um instrumento para controle da população. Estudo⁽⁹⁾ discute que em diferentes momentos históricos, por exemplo, no início do Século XX no Brasil, as enfermeiras foram agentes biopolíticos relevantes que deram certos contornos a visita domiciliar (VD) aos tuberculosos, produzindo um cuidado com inspeção, controle e vigilância mas com a delicadeza do feminino, o que facilitava adentrar nos domicílios.

Já em outro recorte temporal, a partir de 1988, as configurações da atenção domiciliar ocorreram tanto pelos princípios do SUS⁽³⁾⁽⁴⁾, quanto pelos estudos⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾ que produziram conceitos elaborados por profissionais de saúde e usuários, além de métodos avaliativos aplicados às ações e serviços, como os indicadores de saúde

de. Para a enfermagem, especialmente por ser este agente biopolítico que dá certos contornos a atenção domiciliar, compreender como se modelam as estratégias de cuidar, neste caso, a VD, permite a problematização de nossas práticas para se pensá-las e fazê-las de outros modos. Assim, neste artigo, propomos uma analítica de portarias e políticas de saúde pós-SUS para discutir a visita domiciliar como ferramenta da biopolítica.

2. Material e método

Este artigo foi elaborado a partir da tese “Melhor em casa: uma história genealógica”⁽¹³⁾, que foi um estudo de inspiração genealógica inserido na vertente pós-estruturalista, que utiliza as teorizações foucaultianas para pensar a atenção domiciliar como estratégia da biopolítica. As pesquisas nesta vertente⁽¹⁴⁾ compreendem a metodologia como um certo modo de perguntar, formular questões e de construir problemas de pesquisa, os quais são articulados a um conjunto de produção de informações e de estratégias de descrição de análise que se articulam com a própria teorização.

O material empírico foram documentos legais referidos à atenção domiciliar em saúde, publicados no Diário Oficial da União, capturado no sítio Jus Brasil (<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>), tendo sido realizada a busca em maio de 2013. Os excertos selecionados foram transcritos para uma planilha no aplicativo Excel, de acordo com a referência, o excerto, quem proferia os discursos e os procedimentos de limitação.

A fase seguinte consistiu na elaboração de unidades analíticas, a partir das relações estabelecidas entre os enunciados nos diferentes períodos

históricos. Os documentos analisados foram identificados e ordenados sequencialmente com a letra D seguida de um número. Tais documentos consistem no: D1 - (Portaria n.º 189 de 19 de novembro de 1991); D2 - (Portaria n.º 135 de 3 de agosto de 1994); D3 - (Portaria n.º 44, de 11 de fevereiro de 1999); D4 - (Portaria n.º 1.742 de 30 de agosto de 1996); D5 - (Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006); D6 - (Portaria n.º 9, de 12 de janeiro de 1996); D7 - (Portaria n.º 779, de 14 de julho de 2000). Para orientar a análise documental e compor o estudo, foram utilizadas ferramentas de Michel Foucault, como forma de “martelar” os discursos que circulam a respeito da atenção domiciliar, sendo elas: poder, disciplina e biopolítica.

O poder rege os enunciados e a forma como esses se organizam entre si para constituir um conjunto de proposições aceitáveis cientificamente. Não se trata de saber qual é o poder que age do exterior, mas que efeitos de poder circulam entre os enunciados, e como e por que em certos momentos ele se modifica e em outros não⁽¹⁵⁾. O poder disciplinar inclui um conjunto de técnicas que permitem um controle minucioso do corpo, realizando a sujeição de suas forças e impondo uma relação de docilidade-utilidade, isto é, uma relação que o torna mais obediente e útil⁽¹⁶⁾.

A biopolítica lida com a população como problema político e consiste em uma estratégia para racionalizar a prática governamental, utilizando-se da estatística, não para mudar algo no indivíduo, mas para intervir naquilo que é determinante na população isto é, naquilo em que é possível estabelecer uma regulação, de modo a levar ao equilíbrio, proporcionando segurança⁽²⁾.

Por se tratar de análise desenvolvida a partir documentos legais de acesso livre, não houve necessidade de avaliação de um Comitê de Ética, porém observou-se a Lei de Direitos Autorais⁽¹⁷⁾.

3. Resultados

Foram organizadas duas categorias elaboradas a partir da análise dos documentos: Visita domiciliar: tecnologia para rastrear e intervir e Estratégia Saúde da Família: a arte das distribuições.

3.1. Visita domiciliar: tecnologia para rastrear e intervir

No contexto do SUS como novo sistema de saúde a VD constituiu-se em atividade prevista e diferenciada, em diversos campos de saber. As portarias que regulamentam essas ações normalizam a atenção em saúde, seguindo os princípios do sistema instituído, tais como: integralidade, regionalização, hierarquização da rede de serviços de saúde e resolutividade.

Em 1991, foi criado o código de VD realizada por profissional de nível superior, na área de saúde mental, de forma a atender o modelo de saúde que estava sendo proposto:

Considerando a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais; (...) a necessidade de diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas, visando a integralidade da atenção a esse grupo; (...) a necessidade de compatibilizar os procedimentos das ações de Saúde Mental com o modelo proposto, resolve: 01.

Aprovar os grupos e procedimentos da Tabela SIA-SUS, na área de saúde mental (Entre os procedimentos, estão:) Código: 039-6. Visita domiciliar por profissional de nível superior, com duração média de 60 minutos (D1).

Outra estratégia de assistência à saúde é o hospital dia para pessoas portadoras do HIV, o qual também previa atividades a serem realizadas no domicílio do paciente, na qual o Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições e acatando o Programa Nacional DST/AIDS da Secretária de Assistência à Saúde, estabelece as diretrizes e normas para a implantação de tratamento em hospital-dia ao paciente com doença/AIDS:

1.3 - A assistência ao paciente em regime hospital-dia incluirá as seguintes atividades: - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, social, de orientação, dentre outros); - atendimento grupal as famílias e/ou pacientes; - visita domiciliar; - atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente/AIDS na comunidade e sua inserção social(...) (D2).

Um pouco mais, tarde, a VD como possibilidade de ferramenta biopolítica, viabiliza a assistência à saúde, com ações de promoção e proteção, e também possibilita a oferta de tratamento, não só medicamentoso, mas que envolve outros equipamentos, em especial aos pacientes crônicos, sem risco de vida, como é o caso dos pacientes que realizam diálise peritoneal:

631-9 Manutenção e Acompanhamento Domiciliar a pacientes submetidos a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua - DPAC (por paciente/15 dias): Consiste na manutenção por um período igual ou

inferior a 15 dias do paciente pelo médico na unidade e na assistência domiciliar realizada pela (o) enfermeira (o) para orientação quanto à estocagem, do material, assepsia ambiental e entrega do material necessário para o tratamento dialítico, assim como a entrega domiciliar dos kits conjunto de troca (D3).

3.2. *Estratégia Saúde da Família: a arte das distribuições*

Através da NOB de 1996 a gestão plena da saúde foi direcionada ao município, sendo a esfera estadual e nacional apenas corresponsável. Essa norma previu financiamentos para os programas de saúde do Ministério da Saúde, cabendo aos gestores municipais solicitar a implantação de tais programas, de forma a efetivar e consolidar o SUS. A ESF foi prevista nessa norma, uma vez que consistiu em uma ferramenta para o alcance de um novo modelo, centrado na qualidade de vida e do meio ambiente, que buscava articular a clínica com a epidemiologia, e se amparar em um trabalho de equipe não mais centrado no médico. Constituiu-se em uma forma de redução dos gastos exagerados pela incorporação tecnológica desregulada e possibilidade de efetivar o acesso universal aos serviços de saúde⁽⁷⁾. Quanto aos locais onde poderia ocorrer a atenção à saúde, o domicílio foi mencionado como espaço:

atenção à saúde, que encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber: a) o da assistência, em que as atividades são

dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar (D4).

Com a ESF, uma equipe mínima de profissionais atua para conduzir a saúde da população, são eles: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e os agentes comunitários de saúde. Mais tarde, os profissionais da área odontológica são incluídos nessa estratégia. Há atribuições gerais para os profissionais dessa equipe de saúde da família:

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário; VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe (D5).

O papel do enfermeiro também é detalhado, mas destacamos apenas o que se refere à atuação dele no ambiente domiciliar:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/

ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (...) IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade (D5).

Em 1996, uma portaria mencionou que os enfermeiros devem coordenar o trabalho dos agentes comunitários de saúde:

027-2 - Atividades executadas por agentes comunitários de saúde (sob responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde) - Componentes - Visita domiciliar (atividade externa solicitada e supervisionada por profissional enfermeiro segundo objetivos pré estabelecidos), já incluídas ações executadas tais como cadastramento familiar, identificação, encaminhamento e acompanhamento da população alvo para atendimento nas unidades de saúde (D6).

Mas que atribuições são estas? São atribuições que devem ser desenvolvidas por esse novo agente estatal que possui autorização e status para adentrar nos domicílios coletando informações sobre as condições de saúde de indivíduos e suas famílias. São atribuições específicas do agente comunitário de saúde (ACS), que envolvem ações no domicílio:

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas

domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe (...) (D5); A estratégia de saúde da família preconiza que as famílias devem receber em média, uma visita domiciliar mensal dos agentes comunitários de saúde. Na visita domiciliar são difundidos hábitos saudáveis de promoção de saúde e são reforçados os vínculos entre as famílias e a equipe de saúde (D7).

4. Discussão

O modelo de atenção à saúde no Brasil foi construído nas discussões da 8ª CNS⁽¹⁾ da qual foram emitidas definições para a Constituição Brasileira de 1988⁽³⁾ e elaboração do SUS. Códigos foram criados para introduzir a quantificação dos procedimentos nos sistemas de informação que, na época, estavam se iniciando. Essas quantificações legitimavam as intervenções estatais, e também serviam para governar condutas. Percebemos também certa normalização nos procedimentos da VD. Isso possibilita quantificar a atividade, através de relatórios que permitem análises, avaliações e esquadramento dos procedimentos/ações a serem executados, determinando por quem devem ser realizados, como e em quanto tempo tal procedimento deve ser efetivado. Parte-se de um modelo ideal, e dá-se orientações de como fazer, com técnicas disciplinares, que servem para regulação. Ou seja, orienta-se os profissionais de saúde, para serem agentes estatais, sobre como agir e como conduzir as condutas dos indivíduos, famílias e coletividades, normatizando suas ações. Assim,

tal modelo segue os princípios e diretrizes do novo sistema de saúde.

Enquanto operadora do poder, tanto no regime disciplinar quanto no regime da biopolítica, a norma é constituída e justificada por saberes científicos⁽¹⁸⁾. Essa regulação ocorre com o saber das ciências em saúde, com o saber pedagógico, por meio de relatórios, registros, exames e classificações, onde padrões de conduta e ocorrência de certos fenômenos coletivos são esperados por instituições como escolas e hospitais, e também, por políticas de saúde como as que se referem a prevenção de epidemias.

No início da década de 90, no Brasil, a normalização das ações em saúde se dirigia à populações específicas. Entre elas encontrava-se a VD da qual pouco se falava, exceto pelo primeiro excerto que determinava sua duração em 60 minutos. O que fez com que a VD adquirisse o formato atual foram os princípios do SUS que sustentam tais regulações, em especial a integralidade.

Com o objetivo de atender integralmente o usuário, as visitas podem ser realizadas por diversos profissionais, destacando-se a questão da interdisciplinaridade e da fundamentação científica, para desconstruir o estereótipo da assistência domiciliar como uma atividade baseada em empirismos, pois a mesma pode ser desenvolvida com suporte ético e tecnológico⁽¹⁰⁾. Tal ferramenta de cuidado, quando realizada nos serviços de atenção básica é registrada em sistemas de informação, gerando indicadores quantitativos que não permitem o monitoramento da sistematização das visitas, propiciado pelas informações qualitativas que apresentam maior profundidade em aspectos subjetivos dos sujeitos envolvidos⁽¹¹⁾. Além disso, permeia o contexto do usuário, rompendo com um modelo he-

gemônico de intervenções centradas na doença, no qual predominam abordagem tecnocráticas, de pouca interação com os indivíduos, sem preconizar o atendimento integral⁽¹⁰⁾.

Percebe-se que o modelo de saúde que estava sendo implementado buscava qualificar a atenção à saúde ofertada, com intenção de se afastar do modelo hospitalocêntrico, centrado no profissional médico, e que considerava especialmente o aspecto biológico do indivíduo a ser atendido. A VD, como estratégia de biopolítica, constitui-se em uma das ações do dispositivo de segurança que envolve a saúde das pessoas, uma vez que é modelada a partir dos princípios que norteiam o SUS, em especial o da integralidade, e que, portanto, torna-se ferramenta normalizadora para afastar a assistência à saúde do modelo vigente. Ainda, sustenta o entendimento de que o paciente deve ser olhado em seu contexto. Isso vai além do que o confinamento do hospital permite, pois nesse espaço, o que se conhece do indivíduo em seu leito, é o que se conseguiu extrair por meio de entrevista e exame físico, bem como pela observação e vigilância dos profissionais de saúde. Já no domicílio, acredita-se que, pela vigilância, mesmo com menor frequência, torna-se possível identificar outros problemas que precisam de intervenção estatal e podem elevar os níveis de saúde da população.

Praticamente em todos os programas de saúde a VD está prevista. Acumulamos, nessas primeiras décadas de SUS, um saber sobre a VD como estratégia biopolítica, esta garante a continuidade da assistência, de maneira econômica, e ainda, permite que o Estado, por meio dos profissionais de saúde, governe as condutas de indivíduos, famílias e coletividades. Como indicador de saúde em conjunto com outros, torna-se possível avaliar os níveis de saúde da popu-

lação. Ainda, a normalização da visita, permite o afastamento do modelo centrado no hospital, previsto nas lutas que constituíram o ideário do SUS.

À medida que o SUS vai sendo consolidado, a VD se afasta progressivamente daquelas populações específicas, focando nas pessoas que precisavam ter suas demandas atendidas. Destacamos que esta atenção à saúde, definida por um conjunto de ações, que pode ser prestada em diversos espaços, “especialmente no domiciliar”, funciona como estratégia biopolítica, pois tornou-se possível adentrar no privado, para conduzir as condutas dos indivíduos e famílias.

Um dos programas que utilizaram e utilizam a VD como atividade de atenção à saúde, foi o Programa Saúde da Família (PSF), o qual integrou uma das possibilidades de financiamento pela esfera nacional na NOB/96⁽⁷⁾. O PSF foi se reconfigurando com novas regulamentações, como um dispositivo biopolítico, como elemento discursivo que permite capilarizar no tecido social a racionalidade que coloca em jogo o bem-estar social configurada na Constituição Brasileira de 1988⁽¹⁹⁾.

A VD é uma das potencialidades da Estratégia de Saúde da Família, já que os profissionais se aproximam dos cenários nos quais os usuários estão inseridos, conhecendo o cotidiano dos núcleos familiares o que auxilia na elaboração de atividades de promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos indivíduos⁽¹²⁾. Além disso, o cuidado domiciliar possibilita uma redução de custos hospitalares, dando destaque para a modalidade assistencial em âmbito mundial⁽²⁰⁾, também por atuar frente às doenças crônicas, consideradas um problema de saúde pública, devido à sua grande prevalência, tornando fundamental as estratégias de educação em saúde,

favorecendo o nível de qualidade de vida dos usuários⁽²¹⁾.

Tal estratégia da biopolítica permitiu, ainda, que o espaço da casa fosse invadido por agentes estatais com a proposta de higienizar a cidade, evitando doenças em massa. A correta disposição dos sujeitos em suas casas, escolas e locais de trabalho, o modo de relação com suas necessidades biológicas e o efeito de conjunto representado pela vida em sociedade entra, portanto, na pauta do saber médico que, em suas práticas de intervenção, procede ao mesmo tempo enquanto poder sobre todos e cada um⁽¹⁷⁾.

A ampliação e oferta de diversas modalidades de cuidado como a VD foram necessárias para assegurar que o profissional conhecesse o contexto do indivíduo, para melhor conduzir suas condutas. A normalização da visita fez com que os profissionais conduzissem os pacientes, por meio de técnicas disciplinares para que o tratamento, o controle e o acompanhamento fossem mais efetivos. As ações de saúde que envolvem a promoção, proteção e recuperação, previstas em diversos espaços de atenção à saúde, como domiciliar, ambulatorial e hospitalar, permitem que o paciente possua continuidade no atendimento.

A VD despontou como um operador das ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, e também de vigilância de saúde, nela os profissionais de saúde possuem atribuições comuns. Quem as realiza e identifica situação de risco, deve informar toda a equipe, para que possa estabelecer um plano de atenção conforme as necessidades apresentadas.

Não se trata, apenas, de rastrear doenças, mas também os riscos e perigos que possam produzir doenças. Para identificação dos riscos é preciso analisar relatórios produzidos pelos serviços

de saúde, por meio dos dados informados nos sistemas de informação. Essa análise dos riscos requer que se estabeleça relações entre doenças, agravos, condições de moradia, de educação e de trabalho. Depois de definidos os riscos, torna-se possível governar os ditos saudáveis, uma vez que buscando educá-los, são produzidos os modos de vida saudável homogêneos, o que permite o estabelecimento das regularidades. Tal pedagogia ocorre por meio dos discursos da saúde que circulam e estabelecem o que é qualidade de vida e como se previne doenças, o que promete segurança à população. Essa forma de biopolítica no campo da saúde coletiva, comporta uma dimensão educativa atravessada por um vetor ou componente pedagógico, sem os quais não funcionaria⁽²²⁾.

É o ACS que vai fazer o cadastramento e acompanhamento mensal das famílias de sua microárea, realizando orientações de saúde, de acesso e identificando riscos na população acompanhada. Deste modo, o domicílio torna-se um espaço possível para as intervenções estatais de saúde, não somente para tratamento, fazendo com que se produzam sujeitos que cuidem de sua própria saúde. Os ACS por sua vez, são supervisionados pela equipe de saúde, em especial, por enfermeiros. Eles são o elemento chave que vai levar as informações de saúde, doença, risco, para a equipe, pois mantém contato permanente com as famílias de sua responsabilidade. Tais práticas da atualidade se distanciam de um tempo em que a enfermagem no Brasil se ocupava destas visitas⁽⁹⁾. Talvez, não seja de forma desinteressada que coube aos enfermeiros supervisionarem as ações dos ACS, uma vez que parece ter sido considerando sua experiência e inserção histórica na atividade de VD.

Cada ESF possui uma área de abrangência, um território, e essa área subdivide-se em microáreas. Cada ACS atua em uma área e possui como função realizar visitas domiciliares às pessoas e famílias. Inicialmente, no primeiro contato com a família ele realiza o cadastro⁽⁸⁾. Essas informações detalhadas sobre cada família permitem que a equipe de saúde, em especial o enfermeiro que supervisiona as atividades do ACS, possa traçar um plano de atenção/intervenção para cada pessoa ou família, mas também possibilitam, com os dados coletivos, a identificação de necessidades e demandas daquele local. Além de cadastrar, identificar, atualizar esses dados cadastrais também devem encaminhar os usuários aos serviços e ajudar na aproximação da equipe de saúde com as pessoas residentes na área de abrangência.

O ACS, um agente estatal de biopolítica, é forjado, fabricado, tal como em outro momento, a enfermeira visitadora⁽⁹⁾ fora produzida. Ele é um sujeito que sai da própria comunidade, que atua em um território que tem vida, que tem elementos que modificam essa coletividade, essa população. Esse território é delimitado pelo poder disciplinar, para que seja possível estabelecer a ordem nesse lugar. Os diferentes espaços da cidade são cercados, para que se possa colocar os indivíduos no seu lugar. Uma institucionalização do território, para que se possa intervir, vigiar, analisar, esquadrinhar, classificar e estabelecer regularidades. O ACS, como agente estatal, vai se profissionalizando e fazendo o elo entre a comunidade e a equipe de tal modo que a população vai se sentindo beneficiada, atendida no seu direito à saúde. Por outro lado, vão sendo agregados determinados deveres, como cuidar da própria saúde. Estudo⁽²³⁾ acerca da in-

teração de enfermeiros e ACS mostrou certas dificuldades para a realização das VDs, por falta de planejamento e também pelos enfermeiros utilizarem a estratégia apenas para realizar intervenção à saúde, sem ocupar o espaço para produção e fortalecimento de vínculos.

Assim, delimitando o território de abrangência da ESF e, depois, quadriculando-o em microáreas para a atuação dos agentes comunitários de saúde se estabelece um instrumento de intervenção biopolítica onde atuam o enfermeiro, o médico, o técnico de enfermagem, o odontólogo e outros profissionais, estabelecendo a ordem nesse lugar. Diante disso, é possível analisar os riscos, doenças e agravos que atingem indivíduos, família e a população. Além de ser econômico para o Estado, o imperativo da saúde para todos, é produtivo, pois tende a produzir um modo de vida único: um sujeito que cuida de sua saúde e da saúde dos outros. Em outras palavras, um sujeito que governa a si e governa aos outros. Uma institucionalização do território e também do domicílio das pessoas.

5. Considerações Finais

Analisando a atenção domiciliar podemos estabelecer aspectos que a configuram como estratégia da biopolítica. Entre eles, a função de inclusão de populações específicas no que se refere a processos biológicos, mas também a populações como um todo, no imperativo de saúde para todos, fazendo valer o conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado. Tal inclusão no jogo da saúde se ampara nos objetivos de rastrear para intervir, ou seja, conhecer para melhor governar, identificar para prevenir problemas que venham afetar a população; utilização de estatísticas, não apenas para quantificar

a população, mas para estabelecer a quantidade de procedimentos necessários para legitimar uma assistência em saúde com qualidade; articulação de táticas e estratégias disciplinares para o bom funcionamento das políticas de saúde, ou seja, a distribuição de cada um no espaço, e a estratégia de captação de mais sujeitos nesses discursos. Um governo dos vivos, saudáveis e doentes, um governo de todos.

Para a enfermagem, que historicamente teve inserções nas diferentes configurações da atenção domiciliar, torna-se relevante pensar os modos como a mesma se constitui diante dos discursos produzidos pelas políticas de saúde e pelas práticas, para produção de outros modos de pensar e fazer o cuidado no espaço domiciliar.

Referências:

1. Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. 8ª Conferência Nacional de Saúde de 17 a 21 de março de 1986: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social;1986. 29p.
2. Foucault M. Em defesa da sociedade: curso dado no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 2010.
3. Constituição Brasileira. Seção II, da Saúde [Internet]. 1988 [cited 2014 fev 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
4. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 20 set. 1990. Seção I, p. 18055-18058.
5. Lei 8.142 de 18 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 31 dez.1990. Seção I, p. 25694-25695.
6. Foucault M. Crise da medicina ou crise da antimedicina? In: Foucault M. Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011. p. 374-393.
7. Ministério da Saúde. Portaria n. 1742, de 30 de agosto de 1996. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 02 set.1996. Seção I, p.17064-17071.
8. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 22 set. 2017. Seção 1, p.68.
9. Oliveira SG, Kruse MHL. Gênese da atenção domiciliar no Brasil no início do século XX. Rev. Gaúcha Enferm [Internet]. 2016;37(2):e58553. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/143781/000996037.pdf?sequence=1>
10. Lima CHR, Silva D.G, Almeida CAPL, Neta ASR, Moura LKM, Sousa FDL. A visita domiciliar como tecnologia do cuidado familiar: análise reflexiva. Revista Interdisciplinar, 2015;8(2):205-10.
11. Lopes OW, Saípe R, Massarolli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Cienc Cuid Saude. 2008;7(2):241-7.
12. Nascimento JS, Costa LMC, Santos RM, Anjos DS. Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. Rev Bras Promoc Saúde [Internet]. 2013; 26(4):513-22. doi:<http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2013.p513>. [consulta: 28 nov. 2017]
13. Oliveira SG. Melhor em Casa? Uma história genealógica [tese]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
14. Meyer DE, Paraíso MA. Metodologias

- de pesquisas pós-críticas ou sobre como fazemos nossas investigações. In: Meyer DE, Paraíso MA, editoras. Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação. 2ª Ed. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2014. p.17-24.
15. Foucault M. Verdade e poder. In: Machado R. Microfísica do Poder. 25 ed. Rio de Janeiro: Graal; 2012.
16. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Rio de Janeiro: Vozes; 2015.
17. Lei no 12.853, de 14 de agosto de 2013. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 15 ago.2013. Seção I, p.1-3
18. Fonseca JPA. Normalização e bio-poder na obra de Michel Foucault. *Theoria - Revista Eletrônica de Filosofia*, 2012;4(11):75-90. Disponível em: http://www.theoria.com.br/edicao11/normalizacao_e_bio-poder_na_obra_de_michel_foucault.pdf [consulta: 30 ago. 2017]
19. Weber CAT. Programa Saúde da Família e o governo das populações. *Educ Real*. 2011;36(3):867-82.
20. Ruschel KB, Azzolin K, Rabelo ER. Visita domiciliar para pacientes com insuficiência cardíaca: uma reflexão sob a luz da teoria de teininger. *Brazilian Journal of Nursing* [Internet]. 2012;11(3):883-92. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3625/pdf>. [consulta: 25 jul. 2017]
21. Ulbrich EM. et. al. Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem. *Rev Gaucha Enferm* [Internet].2012;33(2):22-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200005. [consulta: 15 set. 2017]
22. Gadelha S. Biopolítica, governamentalidade e educação: introdução e conexões, a partir de Michel Foucault. Belo Horizonte: Authêntica; 2013.
23. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Electr. Enf.* [Internet]. 2014 jan/mar;16(1):161-9. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260>. [consulta: 22 jul. 2017]

Nota:

¹ Artigo parte da tese “Melhor em Casa: uma história genealógica”, defendida em agosto de 2014 na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Recibido: 20180427

Aceptado: 20180623

El rol de las licenciadas en enfermería, desde la percepción de los usuarios del primer nivel de atención en Montevideo

The Role of Nursing, from the Perception of the Users of the Primary Health Care in Montevideo

O papel de licenciado em enfermagem, da percepção dos usuários do primeiro nível de atenção em Montevideo

Stella Delorrio Fernández¹

Resumen:

La presente investigación tuvo como objetivo: “Comprender la percepción de los usuarios del Primer Nivel de Atención sobre el ejercicio del rol profesional de las Licenciadas en Enfermería en Montevideo”.

Para su logro se utilizó la metodología cualitativa, de carácter exploratorio, con intencionalidad ética, teniendo como escenario tres policlínicas de la Intendencia de Montevideo, una por cada región en que se organiza el Servicio de Atención a la Salud (este, oeste, centro).

Los datos se obtuvieron por medio de entrevistas semiestructuradas, a doce usuarios adultos, con una concurrencia al servicio de salud por un período mayor a un año y que reconocieran a la LE, en el período de enero–febrero de 2017.

Desde esta información se conformaron cinco categorías de análisis: Relaciones Interpersonales, Roles Actitudinales, Roles Funcionales, Dimensión Social y Contexto del Ejercicio Profesional.

Los resultados que surgen del análisis de estas categorías, revelaron que el rol percibido corresponde más a una imagen estereotipada de las Licenciadas en Enfermería (LE), que a su rol establecido. Mayoritariamente son percibidas como proveedoras de cuidados asistenciales, principalmente medición de la presión arterial y glicemia capilar, destacando su aspecto benevolente.

Otro rol muy identificado es el de asesora, que les genera confianza, motivando a los usuarios, su búsqueda ante alguna nueva necesidad. Por otra parte continúa muy presente el modelo médico hegemónico, por el cual los usuarios siguen percibiendo a la Licenciadas en Enfermería como colaboradora del médico.

Del análisis, entre las principales conclusiones se destaca la importancia de seguir investigando y generando los cambios necesarios desde el colectivo, para mejorar la percepción que tienen los usuarios sobre el rol que ejercen las Licenciadas en Enfermería en el Primer Nivel de Atención, y comenzar a transmitir aquello que nos identifica como profesionales.

¹Licenciada en Enfermería. Magíster en Salud Comunitaria. Especialista en Enfermería en Emergencia. Especialista en Enfermería Médico Quirúrgica. Especialización en Gestión de Políticas de Salud Informadas por Evidencias. Montevideo, Uruguay. stelladelorrio@gmail.com

Palabras claves:

Rol del licenciado en enfermería, percepción, usuarios.

Abstract:

The present investigation had the following objective: “Understanding the users’ perception of the Primary Health care in the professional roll of nursing graduates in Montevideo-Uruguay”.

For accomplishing this objective we used the qualitative methodology of exploratory type with ethic intentionality. Having as setting three polyclinics of Montevideo, one for every region in which the Health Attention Services are located (East, West and downtown).

The results were taken from semi-structured interviews to twelve adults who attended the health service for more than a year and were assisted by the nurse in the period January–February 2017.

From the information obtained five categories of analysis were formed: Interpersonal relationships, attitudinal roles, functional roles, social dimension and professional exercise context.

The result in the analysis of these categories revealed that the perceived role corresponding to nurses is nothing more than a stereotyped imager at her than their established role. Mostly, nurses are perceived as care providers, mainly measurement of blood pressure and capillary glycemia highlighting their charity role.

Another role assigned to nurses is the role of assessor, generating trust and motivation among users by helping them when ever needed. Furthermore, there is still present the medical hegemonic model by which users perceive nurses as the doctors’ helpers.

Among the main conclusions of the analysis we have to highlight the importance of keep on researching and generating the necessary changes so that we can improve the users’ perception of the nurses’ role in the Primary Health care as we last o transmit to society their professionalism.

Keywords:

Role of Nursing, Perception, Users.

Resumo:

O objetivo da presente investigação foi: “Compreender a percepção dos usuários do Primeiro Nível de Atenção no exercício do papel profissional dos Graduados de Enfermagem em Montevideú”.

Para sua realização, a metodologia qualitativa foi utilizada, com caráter exploratório, com intencionalidade ética, tendo três policlínicas da Montevideú Intendência com o cenário, uma para cada região em que o Serviço de Saúde é organizado (leste, oeste, centro).

Os dados foram obtidos a través de entrevistas semi-estruturadas, para doze usuários adultos, com concordância para o serviço de saúde por um período de mais de uma no e quiere conhece u o Bacharelado em Enfermagem no período de janeiro a fevereiro de 2017.

A partir desta informação foram forma das cinco categorias de análise: Relações Interpessoais, Funções de Atitudes, Funções Funcionais, Dimensão Social e Contexto do Exercício Profissional.

Os resultados que emergiram da análise dessas categorias revelaram que o papel percebido corresponde mais a uma imagem estereotipada de Graduados de Enfermagem do que ao seu papel estabelecido. Eles são principalmente percebidos como fornecedores de cuidados de saúde, principalmente medindo a pressão sanguínea e a glicemia capilar, destacando seu aspecto benevolente.

Outro papel muito identificado é o do conselheiro, que gera confiança, motivando os usuários, a busca por uma nova necessidade. Por outro lado, o modelo médico hegemônico permanece muito presente, pelo qual os usuários continuam aperceber o Licenciado em Enfermagem como colaborador do médico.

A partir da análise, entre as principais conclusões está a importância de continuar a pesquisa regera as mudanças necessárias do coletivo, melhorar a percepção de que os usuários têm sobre o papel exercido pelos Graduados de Enfermagem no Primeiro Nível de Atenção e começam a transmitir o que nos identifica como profissionais.

Palavras-chave:

Papel do Bacharel em Enfermagem, Percepção, Usuários.

Introducción

La enfermería desde sus comienzos como profesión, con Florence Nightingale (1860), en el centro de su accionar ha tenido y tiene en cuenta al individuo, familias, comunidades.

Desde ese entonces y hasta la época actual, el profesional de enfermería ha sido escenario de múltiples modificaciones en el ejercicio de su rol.

En la República Oriental del Uruguay (ROU), a través de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (2007), se promueve un cambio sustancial relacionado con la organización en salud, con énfasis en el Primer Nivel de Atención (PNA) como base del sistema. Si bien se considera el nivel de menor grado de complejidad en lo que tiene que ver con los recursos y la tecnología necesarios, es donde se resuelve aproximadamente el 80% de los problemas de salud de la población.

En este escenario, la Intendencia de Montevideo (IM), forma parte de la Red Integrada

de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) con 24 policlínicas en el PNA, cuyos equipos de salud están integrados entre otros profesionales, por Licenciadas en Enfermería(LE)²⁽¹⁾.

Desde el desarrollo de la profesión, a partir de la experiencia en e IPNA, se observa determinado desconocimiento del rol de enfermería por parte de los usuarios lo que entre otras cosas lleva a buscar la respuesta a las siguiente interrogante: *¿cuál es la percepción que tienen los usuarios del primer nivel de atención sobre el rol que ejercen las Licenciadas en Enfermería en Montevideo?*

Entendiendo a la percepción como expresa Lagares (2008): "El reconocimiento de una función social específica, característica fundamental de las profesiones, requiere, como paso previo, que el trabajo que realizan los profesionales sea percibido por la sociedad"⁽²⁾.

El rol de la LE en el Primer Nivel de Atención corresponde al de la LE comunitaria el que es

definido por el Departamento de Enfermería Comunitaria de la Facultad de enfermería (Fenf), Universidad de la República (UdelaR) como: “el profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud. Posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender, en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian, donde se relacionan, o en las instituciones sanitarias cuando fuera preciso, desde una concepción de la o el enfermera/o como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de Asistencia, Docencia e Investigación fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados”⁽³⁾.

En las revisiones bibliográficas, a nivel nacional e internacional se observaron diversas opiniones, predominando una imagen estereotipada sobre el rol que ejercen las Licenciadas en Enfermería en el Primer Nivel de Atención, centrando las actividades de las mismas en los aspectos asistenciales.

La población estuvo compuesta por doce usuarios adultos que asisten a las policlínicas del Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de Montevideo (SAS-IM), pertenecientes al Primer Nivel de Atención.

Los datos se obtuvieron mediante entrevistas semiestructuradas siguiendo una guía preestablecida. Una vez obtenidos los mismos se analizaron desde la conformación de cinco categorías de análisis elaboradas por el investigador correspondiente a: Relaciones Interpersonales, Roles Actitudinales, Roles Funcionales, Dimensión Social, Contexto del Ejercicio Profesional.

Objetivo

Comprender la percepción de los usuarios del Primer Nivel de Atención sobre el ejercicio del rol profesional de las Licenciadas en Enfermería en Montevideo.

Metodología

Correspondió a un estudio con un *enfoque cualitativo* de tipo *exploratorio*, pretendiendo como lo define Hernández (2010) “...comprender y profundizar sobre el área problema desde la perspectiva de los participantes, en un ambiente natural y en relación con el contexto”⁽⁴⁾.

Se llevó a cabo en la República Oriental del Uruguay, departamento de Montevideo, Primer Nivel de Atención –Intendencia de Montevideo– Servicio de Atención a la Salud.

La población estuvo compuesta por usuarios adultos que se asisten en las policlínicas de la Intendencia de Montevideo. Para la selección de la muestra, se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión que fueran adultos de ambos sexos, usuarios de las policlínicas de la Intendencia de Montevideo, con una concurrencia de por lo menos un año, que identificaran a las LE y que manifestaran su expreso consentimiento en participar de la investigación. Como criterio de exclusión, que las condiciones de salud fueran tales que no permitan aportar información.

Para la selección de los usuarios previamente se seleccionaron las policlínicas de la IM-SAS, una por región, buscando obtener la representatividad de las regiones en las que se encuentra dividido el departamento de Montevideo a nivel de la Intendencia, teniendo en cuenta las particularidades de cada una, además de tener en cuenta que la LE debería tener igual régimen

horario de por lo menos un año de antigüedad.

La técnica que se utilizó para la recolección de la información fue la *entrevista semiestructurada*, entendiendo como refiere Hernández (2010): “las entrevistas semiestructuradas, por su parte, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados”⁽⁵⁾.

Se realizaron entrevistas hasta el momento en que hubo saturación de la información, entendiendo por saturación, como lo expresa Hernández (2010): “cuando la información que se va sumando no aporta datos novedosos”⁽⁶⁾.

La información obtenida desde la transcripción de las entrevistas, se agrupó en categorías de análisis, buscando como lo expresa Gerez (2015) “generar una explicación a la pregunta problema de la investigación, sin que ello signifique generar una solución”⁽⁷⁾.

Resultados

Se realizaron un total de doce entrevistas semiestructuradas, once pertenecen al sexo femenino y uno al sexo masculino.

Las edades estuvieron comprendidas entre los 27 y 60 años de edad, siendo el mayor rango entre los 55 y 64 años.

La gran mayoría de los usuarios, las identificaron por haber recibido atención en forma individual, un número menor de ellos (cuatro) expresaron que las identificaron porque en diferentes momentos, el núcleo familiar fue atendido por la LE.

Se elaboraron cinco categorías de análisis, encontrándose determinadas sub-categorías para cada una de ellas.

Hasta el momento se analizaron los discursos. En un análisis más profundo se observó que hay coincidencias en algunas categorías y sub-categorías. Es decir, en todas las entrevistas aparecieron discursos semejantes identificándose relaciones en los resultados (Figura 1).

En otro sentido, se identificó diversidad de discursos de los usuarios sobre un mismo concepto en algunas de las sub-categorías. Esto genera una interrelación donde se refleja la complejidad de la percepción de los usuarios sobre el rol de la LE.

Discusión

Partiendo de la importancia de tener en cuenta las generalidades que encuadraron la investigación, entendiendo que estas se pueden considerar elementos de causas o contribuyentes de las percepciones de los roles de las Licenciadas en Enfermería por parte de los usuarios, se destaca que: Si bien todos los servicios que intervienen en la investigación cuentan con LE, el cargo se encuentra cubierto en un solo turno, relacionando este hecho a los diferentes roles que debe asumir como enfermera comunitaria, necesariamente su visibilidad se ve afectada.

A esto se suma que no en todos los casos en el turno que se desempeña esta completo el equipo de enfermería, por lo que debe asumir todas las actividades, desdibujándose su rol, ante la percepción de los usuarios. Corroborando esta situación Marilaf (2011) expresa que “los usuarios no identifican claramente al enfermero dentro del equipo de salud”⁽⁸⁾ y Matamoros (2007) en un análisis que: “el 59% de los y las participantes identifican al auxiliar de enfermería como si fuese él o la profesional”⁽⁹⁾.

También es importante que para recabar los datos se tuvo en cuenta un amplio espectro de toda la ciudad de Montevideo, situación que por un lado es favorecedora, analizando el tema en forma global, pero al ver las diferencias socioeconómicas de la población se entiende que cada una de las LE debe de tener un desempeño del rol de acuerdo al contexto, que la llevara al desarrollo de diferentes actividades según las necesidades fuera o no dentro del servicio, individuales o grupales.

Por otro lado es importante a la hora del desarrollo del rol de la LE la constitución del Equipo de salud, lo que le estará aportando o limitando desarrollos específicos.

Respecto a los entrevistados, es importante tener en cuenta las generalidades de los mismos. De ellos surge claramente que la mayoría pertenece al sexo femenino, concordando con los datos aportados por la Unidad Central de Información (UCI) donde también se puede apreciar una mayor concentración de consultas de usuarias sobre los usuarios. Por su parte, en la tesis doctoral de Lagares (2008), surge que la “percepción de las actividades de las LE en Atención Primaria, varía significativamente dependiendo de si éstos son hombres o mujeres”⁽¹⁰⁾.

Entendemos que el hecho que las mujeres utilicen los servicios de salud más frecuentemente que los hombres, se vincula a diferentes circunstancias, como las generadas por su propio género, por ejemplo el embarazo, y esto lleva a los sistemas de salud a reforzar las ofertas y captación al sexo femenino, mientras que el sexo masculino además de no generar esas prioridades, es la población más inserta en el mercado laboral cuyos horarios generalmente coinciden con los de los servicios de salud. Este dato concuerda con un estudio realizado por Moreira

(2010) el 91% de los entrevistados eran del sexo femenino. En este informe expresan que “podría deberse a que en algunas regiones, las ofertas de servicios públicos, tienden a ser dirigidas, de modo prioritario a la población materno infantil, y la baja de usuarios de sexo masculino pueda deberse a que es la población inserta en el mercado laboral y los horarios de los servicios, concuerdan generalmente con la de los trabajos, dificultando su asistencia”⁽¹¹⁾.

En relación a las edades, el rango más presente es entre los 55–64 años, los datos concuerdan con Lagares (2008) quién en su tesis doctoral concluye que “es evidente que los problemas de salud aumentan conforme el individuo envejece, por lo tanto, la muestra está reflejando una población que requiere asistir más periódicamente a los centros de salud teniendo más posibilidad percibir a las LE”⁽¹²⁾.

Desde este marco, se realizará la discusión temática desde las percepciones presentes en los discursos de los usuarios sobre el rol que ejercen las LE en el PNA, a partir de las categorías establecidas.

Relaciones interpersonales: El mayor reconocimiento de las Licenciadas en Enfermería es por las actividades vinculadas a la asistencia, esto coincide con los resultados obtenidos en la tesis realizada por Castro (2014), quién expresa que: “más del 70% de las LE realizan actividades relacionadas a la asistencia”⁽¹³⁾ y por Matamoros (2007) quién expresa “que el 62% reconocen a la enfermera como la persona que toma la presión, mide y pesa a los usuarios”⁽¹⁴⁾. Si se considera lo expuesto en las generalidades de los servicios, se puede evidenciar que en el servicio, cuando el usuario está presente y la ve por sus múltiples funciones, es en la asistencia donde se hace más visible, ya que generalmente es donde más coincide con ella.

La identificación por el nombre de pila, nos refiere al artículo de Revilla (2003) “es el nombre propio por el que se nos conoce y en el que nos reconocemos. Harré (1979) vio la importancia del nombre propio, que nos enlaza a valores sociales y culturales, así como a elementos de nuestra propia historia”⁽¹⁵⁾. Dado que el nombre, cumple la función de reconocer a la persona que lo lleva, esto podría estar expresando cierto vínculo, evidenciando un conocimiento y reconocimiento de las LE por los usuarios, lo que no significa necesariamente que identifiquen su rol profesional.

La identificación por su presencia sin poder expresar que es lo que ven que hacen, es similar al resultado del estudio realizado por Moreira (2010), donde la mayoría de las veces, “los usuarios no saben decir que es lo que hace el enfermero del equipo de salud familiar”⁽¹⁶⁾.

Posiblemente sea la multifunción que da a los usuarios una percepción parcial al no poder relacionarla en un solo lugar. Para la mejor comprensión de lo antes dicho, se tiene en cuenta a Netto (2004) quien define el rol profesional como la: “...construcción de una imagen social que se constituye en interacción con la comunidad o público, el cual perfila la identidad de este sujeto de acuerdo a su experiencia en ámbito de sus necesidades”⁽¹⁷⁾.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Novel (2010) identifica la percepción social; “cuando vemos a una persona, intentamos averiguar cómo es a través de prototipos que tenemos en la memoria y se los atribuimos por la conducta que observamos. Por lo tanto, impulsados por la necesidad de entender lo que sucede a nuestro alrededor, atribuimos a las personas características que explican su conducta, de esta forma “creemos saber cómo son” y lo “que podemos

esperar de ellas”. Esto nos lleva a hacernos una idea rápida de la otra persona, con pocos datos percibidos de una manera distorsionada. A menudo, la percepción de las personas se basa en este sesgo fundamental, a lo que se le debe sumar, esa tendencia natural a percibir a los demás desde nuestras expectativas y deseos. Estos fenómenos de percepción social hacen que muchas veces los usuarios tengan un estereotipo de la enfermera que a menudo no responde a la realidad, y a través de estos es que se pueden crear falsas expectativas que nada tienen que ver con la función de la profesión”⁽¹⁸⁾.

El aspecto benevolente y la atención humanitaria de las Licenciadas en Enfermería se presenta en las percepciones en forma destacada, al igual lo expresado por Moreira (2010): “los usuarios atribuyen a las LE una imagen de bondad, accesible y que está siempre preocupada por todo aquello que afecta a la vida humana y dispuesta a resolver los problemas de todos”⁽¹⁹⁾.

Este hecho nos refiere a la historia de la profesión, donde desde sus comienzos, hay una imagen de las LE generada en el vínculo con el usuario mediante una instancia de dialogo basada en el respeto y la comprensión. Urra (2011) en su trabajo plantea sobre la visión y teoría de Watson: “una relación de cuidado depende de una relación de confianza. Para esto es necesario cierto grado de sensibilidad, honestidad. Y esto es lo que los usuarios perciben y expresan”⁽²⁰⁾.

En este sentido, en las entrevistas se reflejó que muchas veces los usuarios, debido al trato recibido y la amabilidad brindada por las LE, generaba que volvieran al servicio de salud. Sobre este aspecto acordamos con el artículo de Quintero (2010) quién expresa: “La conciliación del saber racional con el sentimiento profundo en la actuación profesional, se encuentra sosteni-

da por la propuesta de atención de su profesión donde la base es la concreción humanística.(...) la ternura, esencial para el cuidado valorado como sabiduría desde lo sensible; la caricia consecuencia del afecto que genera confianza, tranquilidad y respeto, símbolo del encuentro singular del cuidado; la cordialidad que presupone talento y habilidad, ser sensible con el corazón del otro; la aptitud de hacer convivir la producción efectiva y el cuidado afectivo”⁽²¹⁾.

Roles actitudinales: La identificación del rol de la LE como asesora, es percibida por el usuario durante el control o en una conversación informal “de pasillo”, mientras que los roles de facilitadora y coordinadora llevan frecuentemente a visualizar el rol del LE como un medio para lograr el objetivo.

En estas situaciones se pone de manifiesto la importancia del contexto, como lo expresa Méndez (2009): “el contexto de trabajo de la enfermería cambia continuamente, entonces las percepciones y expectativas de sus roles también son variables, tanto para los profesionales como para los pacientes”⁽²²⁾.

Esto nos sugiere no solo la posibilidad de una visión parcial de los roles desempeñados por las LE, sino además, la posibilidad de dejar otros roles invisibilizados.

Dicha invisibilidad se estaría debiendo a varias causas, siendo una de ellas, los modelos seguidos por las LE, como lo expresa Castrillón (1992): “una de las posibles causas que genera esta invisibilidad de parte de los usuarios hacia el rol de las LE tiene que ver con los modelos que han sustentado la práctica de enfermería para la satisfacción de las necesidades de salud. Tenemos un primer modelo humanitario de F. Nightingale (fines del siglo XIX hasta aproximadamente 1930)”⁽²³⁾.

En la percepción del rol de colaboradora, si bien se entiende que este rol, se vincula al trabajo con el equipo de salud, otras instituciones y organizaciones comunitarias, que como expresa Ramos (2000): “es uno de los principios básicos de la Enfermería comunitaria”, sin embargo, en la actual investigación, quedó demostrado que los usuarios, asocian el rol de colaboradora al de subordinada del médico.

Los mismos resultados surgen del estudio de Matamoros (2007) en el cual expresa: “como confirma la investigación del Colegio oficial de enfermería en Málaga, donde se encontró que el rol del profesional de enfermería queda difuminado en el acto médico y en la brevedad del proceso. Además, Sobrino y Sobrino (2002) encontraron que un 64% de la población entrevistada asegura que dichas funciones se desarrollan bajo las órdenes de un médico”⁽²⁴⁾. Por otro lado, Camargo (2010) expresa “que la mayor debilidad está en la realización de actividades bajo la dependencia médica”⁽²⁵⁾, dejando entrever que no se logra visualizar a la enfermería como una profesión independiente y autónoma. Independiente, en el decir de la real academia española que “no tiene dependencia, que no depende de otro”⁽²⁶⁾ y por autónoma se entiende la “condición de quién, para ciertas cosas, no depende de nadie”⁽²⁷⁾.

En cuanto a la promoción de la salud, actividad que como expresa la OMS “permite a las personas incrementar el control sobre su salud”⁽²⁸⁾, fue una sub-categoría percibida por muy pocos entrevistados, dejando en claro que era una actividad realizada por las LE de manera unidireccional, a individuos, familias y comunidades. Un resultado similar, obtuvo en su trabajo Moreira (2010) donde expresó que “si bien el enfermero desempeña estrategias dirigidas a la

promoción de la salud de la población, los usuarios entrevistados se refieren como éstas, en la mayoría de las veces a las acciones curativas a nivel individual⁽²⁹⁾ dejando de lado el aspecto de compromiso que se genera.

Roles funcionales: Todos los usuarios identificaron como principal función de las Licenciadas en Enfermería, la de proveedora de cuidados y dentro de esta lo más identificado tuvo que ver con funciones asistenciales, específicamente los controles de presión arterial y glicemia capilar. Esto se relaciona con los datos aportados por la UCI donde del total de atenciones, un 32,3% corresponde a controles de presión arterial y los controles de glicemia capilar asciende a un 8,5%⁴. Ambos procedimientos se encuentran en el segundo y tercer lugar en frecuencia.

Otros resultados similares son los de Matorros (2007) donde expresa: "...sus labores, que son técnicas (pesar, tomar la presión entre otras), son parte de enfermería"⁽³⁰⁾, Marilaf (2011) cuyos resultados mostraron que "las funciones identificadas por los usuarios en lo vinculado a lo asistencial tienen que ver con el control de presión arterial entre otras"⁽³¹⁾ y Castro (2014) quién en sus resultados expresa que "más del 70% de las LE realizan actividades relacionadas a la asistencia"⁽³²⁾.

Si bien, como lo expresa Quintero (2010) "La enfermería, al ser una disciplina esencialmente práctica, es esperable que los usuarios puedan percibir aquello que naturalmente ven, a su vez expresa que la intervención del profesional es "para y con la persona" como un elemento distinto del posicionamiento clásico del rol clínico del personal sanitario en donde trabaja "para otro"⁽³³⁾, se debe considerar que el eje principal de la enfermería comunitaria se corresponde al cuidado de individuos, familias y comunidades.

El desarrollo del cuidado se enmarca en una visión integral del individuo, con encare participativo, donde la asistencia es una de las partes que componen el todo del desarrollo del cuidado como rol principal.

La función de educadora también es percibida por los usuarios, aunque en menor proporción. Se la identifico ejerciendo su labor en centros educativos y en el centro de salud, con temas relacionados a la salud sexual y reproductiva, planificación familiar o actividades de promoción vinculadas a la salud cardiovascular entre otras. Por otro parte fue percibido su rol docente a nivel académico.

Este hecho es similar a los datos presentados en la tesis de Agoglia (2011) donde refieren que "se destaca cierto desconocimiento por parte de los usuarios hacia dicha tarea, tanto en lo que refiere a la realización de las mismas dentro y fuera del centro de salud"⁽³⁴⁾.

En esta situación, se considera que si bien hay un grado de percepción en este rol, no es reconocida en otras instituciones, donde la LE, sola o con el equipo del cual forma parte, enmarcan su rol hacia la comunidad, lo que según Ramos (2000) "constituye un papel importante de enfermería"⁽³⁵⁾ y se demuestra en los datos de la UCI-2015 donde se realizaron un total de 125 actividades educativas que involucraron a 3485 personas (Tabla 2, Apéndice 5), esto no se vio reflejado en las respuestas de los usuarios.

Dimensión social: Al contrario de lo expresado por el Consejo Internacional de Enfermeras: "La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades..."⁽³⁶⁾, todos los usuarios identificaron el rol de la LE, dirigido a cada uno de ellos en forma individual y se identifica muy poco el trabajo de las LE en el equipo, en instancias colectivas.

Estos datos, coinciden con el estudio de Moreira (2010) donde “los usuarios sabían describir algunas de las actividades realizadas por las enfermeras, acciones de prevención, dirigidas a grupos. Sin embargo, se refirieron, la mayoría de las veces, a la naturaleza curativa e individual de las acciones”⁽³⁷⁾.

Escapa a esta investigación el cotejar el número de acciones colectivas que realizan las LE de los servicios de salud referente, pero no cabe la menor duda que ante el desarrollo de sus funciones en el Primer Nivel de Atención, como enfermera comunitaria lo realiza. En este marco consideramos nuevamente que la multifunción y la mirada del usuario sesgada al servicio de salud, no ayudan a identificar este rol.

Se espera que las LE desarrollen estrategias dirigidas a individuos, familias y comunidades vinculadas a la promoción de la salud, abordando diferentes temáticas, como componente esencial de la atención integral de salud.

Contexto del ejercicio profesional: Se percibe mayoritariamente el desempeño del rol de las Licenciadas en Enfermería en el servicio de salud, solo en una oportunidad se la ubico en un centro socio sanitario y en otras dos oportunidades en lugares recreativos, realizando actividades de promoción, educación. Algo similar se demuestra en el trabajo de Marilaf (2010) donde expresa que “los usuarios apuntan primero al reconocimiento de éstos por el lugar físico donde el enfermero los atiende, refiriéndose a los centros de atención”⁽³⁸⁾.

El PNA es donde la LE tiene su mayor versatilidad, dado que puede desempeñarse en múltiples escenarios, aun así, hay aspectos que permaneces invisibles a la población.

En este sentido, los usuarios no identifican como función de las LE lo correspondiente a

la Visita Domiciliaria, a pesar de los datos de la Unidad Central de Información-2015, donde en los servicios de salud en los que se aplicó el instrumento, se realizaron 92 jornadas de VD a 583 familias (Tabla 2, Apéndice 5). Una situación similar plantea el estudio de Santana (2012) donde se expresa que “los usuarios no identifican a las LE en actividades fuera del centro de salud. Específicamente mencionan que no perciben la VD”⁽³⁹⁾.

Tampoco perciben la actuación de las LE en redes, en este sentido, se considera que el usuario percibe a las LE en espacios o contextos diferentes, solo si está involucrado, entendiendo como en el decir de Gabryelzyk(2009) que “no es posible hacer salud comunitaria sin la participación social individual o en redes sociales, esto es, sin la participación entrelazada de personas con voluntad de involucrarse, ya que el trabajo en redes constituye un método de empoderamiento ciudadano”⁽⁴⁰⁾.

Conclusiones

A partir del desarrollo de la Metodología Cualitativa, se cumplió el objetivo de la investigación y desde los resultados la respuesta a la pregunta problema ¿Cuál es la percepción que tienen los usuarios de los servicios del Primer Nivel de Atención sobre el rol que ejercen las Licenciadas en Enfermería?

Los resultados obtenidos fueron similares a los de investigaciones anteriores a nivel nacional al igual que a las hipótesis planteadas.

La permanencia de la concepción histórica cultural que relaciona a las Licenciadas en Enfermería con los roles de mujer-madre, incide en la percepción de los usuarios, donde prevalece la imagen de bondadosas, serviciales, accesi-

bles, colaboradoras, lo que los lleva a buscarlas y donde el rol más identificado, es el asistencial, desde actividades altamente solicitadas (control de presión arterial, glicemia capilar, entre otras).

La percepción expresada muestra cierta invisibilidad de muchos de los roles que la LE desarrolla como enfermera comunitaria en el PNA. Muy probablemente esto suceda debido a que están insertas dentro de un marco normativo institucional, donde las funciones que prevalecen, tienen que ver con aspectos administrativos, burocráticos que hacen al sistema, la multiplicidad de funciones y responsabilidades adaptadas al lugar donde ejercen su rol, posiblemente con una sobrecarga de trabajo, lo que en ocasiones las alejan de la población, desdibujando su rol.

El rol desarrollado en el ámbito comunitario, prácticamente no es mencionado. Nuevamente, la multifunción antes mencionada, que la población entrevistada pertenece a una franja etaria donde prevalecen patologías que requieren la asistencia en el servicio, genere que ese tipo de actividades sean poco percibidas, disminuyendo muchos de los propósitos de la enfermería comunitaria en pos de la salud de la comunidad.

Es importante rescatar que si bien hay roles invisibles a las percepciones de los usuarios, las LE han sido identificadas como individuos, por su nombre y valores, factores muy importantes que permiten el comienzo del desarrollo del vínculo, fundamental en el desempeño de la LE. Ese podría ser el impulso de estrategias dirigidas a un empoderamiento de aquellos espacios que son campos de actuación propios de las profesionales, que no fueron identificados y tienen un sustento metodológico que lo fundamenta.

Por otra parte nos abre nuevas preguntas ¿Cómo es percibido el rol del LE, por el equipo, por el sistema de salud? Para próximas investigaciones que diversifiquen los conocimientos en relación al tema y las estrategias a generar puedan tener más fortalezas.

Referencias bibliográficas

1. Tremedica: Asociación Internacional de Traductores de Medicina y Ciencias Afines. La denominación de las profesiones sanitarias en masculino y femenino: ¿cuestión de género o de sexo?. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.tremedica.org/jornadas-conferencias/Vigo/Miret.pdf> [consulta: 22 nov 2016].
2. Lagares Vallejo E. Percepción de las actividades de enfermería en atención primaria. [Internet]. 2008. p.9. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/15711> [consulta: 15 nov 2016].
3. Barrenechea C, Lacava E. Aportes desde la formación del licenciado en enfermería en el área comunitaria: una contribución al SNIS. [Internet]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1_Aporte%20desde%20la%20formación%20del%20licenciado%20en%20enfermería%20en%20el%20área%20comunitaria.pdf [consulta: 22 nov 2016].
4. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. Op.cit.p.79.
5. Ibid. p. 418.
6. Ibid. p. 395.
7. Gerez Ambertin M. El tema (de Tesis) no es el problema (de la Tesis). RevTrazos [Internet] 2015. Disponible en: [Revista Uruguaya de Enfermería, 2018; 13\(1\): 22-35
<https://doi.org/10.33517/rue2018v13n1a3> ISSN On line: 2301-0371](http://revista-

</div>
<div data-bbox=)

- trazos.ucse.edu.ar/index.php/2015/10/28/el-tema-de-tesis-no-es-el-problema-de-la-tesis/[consulta:8mar2016].
8. Marilaf CM, Alarcón MAM, Illesca PM. Rol del enfermero/a rural en la región de la Araucanía Chile: percepción de usuarios y enfermeros. *CiencEnferm*[Internet]2011;17(2):111-8.p.114. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200012[consulta:19jul2015].
 9. Matamoros Quesada K, Obando Godínez N, Rivera Volio S, Romero Guillén D, Torres Acuña C, Guzmán Aguilar A. Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención. *RevEnfermActual en Costa Rica*[Internet]2007;12(abril-sep):1-12.p.6. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44801201>[consulta:10set2016].
 10. Lagares Vallejo E. Percepción de las actividades de enfermería en atención primaria. *Op.cit.p.87*.
 11. Moreira dos Santos R, Campos Ribeiro C. Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro. *CogitareEnferm*[Internet]2010;15(4):709-15.p.712. Disponible en: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/20373/13542>[consulta:17 jul 2015].
 12. Lagares Vallejo E. Percepción de las actividades de enfermería en atención primaria. *Op.cit.p.87*.
 13. Castro V, Claro P, González J, López S, Rucoco L. Representación social del rol del licenciado en enfermería: centro salud Cruz de Carrasco[tesis].Montevideo: Facultad de Enfermería, UdelaR; 2014.
 14. Matamoros Quesada K, Obando Godínez N, Rivera Volio S, Romero Guillén D, Torres Acuña C, Guzmán Aguilar A. Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención. *RevEnfermActual en Costa Rica*[Internet]2007;12(abril-sep):1-12.p.6. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44801201>[consulta:10set2016].
 15. Revilla JC. Los anclajes de la identidad personal. *Athenea Digital:Rev Pensamiento Investigación Social*[Internet]2003;4:54-67. Disponible en:<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-64789> [consulta:17abr2017].
 16. Moreira dos Santos R, Campos Ribeiro C. Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro. *CogitareEnferm*[Internet]2010;15(4):709-15. Disponible en: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/20373/13542>[consulta:17jul2015].
 17. Netto Santos de Araújo LF, Ramos Souza FR. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. *RevLatino-Am-Enfermagem*[Internet]2004;12(1):50-7. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100008&lng=en[consulta:19jul2015].
 18. Novel Martí G. Mediación organizacional: desarrollando un modelo de éxito compartido. [Internet].2010. Disponible en:https://books.google.com.uy/books?id=pqtm3xFjq9AC&pg=PA26&lpg=PA26&dq=%E2%80%9Csi+ha+hecho+tal+cosa,+es+porque+es+de+tal+manera%E2%80%9D&source=bl&ots=e__E4eguRH&sig=0nm-cu2wc_jIC0gogv-n1nn0-5OU&hl=es&

- s a = X & v e d = 0 a h U K E w i W 7 o G v _ a 7 S A h W E W p A K H X m L C n w Q 6 A E I G - D A A # v = o n e p a g e & q = % E 2 % 8 0 % 9 C s i % 2 0 h a % 2 0 h e c h o % 2 0 t a l % 2 0 c o s a % 2 C % 2 0 e s % 2 0 p o r q u e % 2 0 e s % 2 0 d e % 2 0 t a l % 2 0 m a n e r a % E 2 % 8 0 % 9 D & f = f a l s e [c o n s u l t a : 2 2 n o v 2 0 1 6]
19. Moreira dos Santos R, Campos Ribeiro C. Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro. *CogitareEnferm*[Internet]2010;15(4):709-15. Disponible en: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/20373/13542>[consulta:17jul2015].
 20. Urra ME, Jana AA, García VM. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *CiencEnferm*[Internet]2011;17(3):11-22. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es[consulta:11mar2017].
 21. Quintero V. El cuidado en la disciplina enfermera como defensa de lo ético. *Revuruenf*[Internet].2010. Disponible en:<http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/view/95> [consulta:10may2017].
 22. Méndez MA, Almeida López Monteiro da Cruz D de. La Teoría de los roles en el contexto de la enfermería. *IndexEnferm*[Internet]2009;18(4):258-62. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400010&lng=es[consulta:26mar2017].
 23. Castrillón Agudelo MC. La práctica de enfermería como objeto de estudio. *Investigación y Educación en Enfermería* [Internet]1992;10(2).p.22. Disponible en:<https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/20323>[consulta:11mar2017].
 24. Matamoros Quesada K, Obando Godínez N, Rivera Volio S, Romero Guillén D, Torres Acuña C, Guzmán Aguilar A. Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención. *Op.cit*.p.10.
 25. Camargo IL, Caro CV. El papel autónomo de enfermería en las consultas. *AvEnferm*[Internet]2010;28(1):143-50. Disponible en:<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15664/18166>[-consulta:03abr2017].
 26. Diccionario Real Academia Española. [Internet].2017. Independiente. Disponible en:<http://dle.rae.es/?id=LN04rLs>[consulta:18mar2017].
 27. Diccionario de la Real Academia Española. [Internet].2017. Autonomía .Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=4TsdBo>[consulta:18mar2017].
 28. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud.[Internet]. Disponible en:http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=144&Itemid=40829&lang=es[consulta:8mar2017].
 29. Moreira dos Santos R, Campos Ribeiro C. Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro. *CogitareEnferm*[Internet]2010;15(4):709-15. Disponible en: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/20373/13542>[consulta:17jul2015].
 30. Matamoros Quesada K, Obando Godínez N, Rivera Volio S, Romero Guillén D, Torres Acuña C, Guzmán Aguilar A. Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención. *Op.cit*.p.9.
 31. Marilaf CM, Alarcón MAM, Illesca PM. Rol del enfermero/a rural en la región de la Araucanía Chile: percepción

- de usuarios y enfermeros. *CiencEnferm*[Internet]2011;17(2):111-8.p.114. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200012[consulta:19jul2015].
32. Castro V, Claro P, González J, López S, Rucoco L. Representación social del rol del licenciado en enfermería: centro salud Cruz de Carrasco[tesis].Montevideo: Facultad de Enfermería, UdelaR;2014.
33. Quintero V. El cuidado en la disciplina enfermera como defensa de lo ético. *Revuruenf*. [Internet].2010. Disponible en:<http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/view/95>[consulta:10may2017].
34. Agoglia L, Camacho E, González K, Juárez J, Techera M, Tirelli C. Percepción de los usuarios sobre el quehacer de la LE en el primer nivel de atención [tesis][Internet].2011. Disponible en:<http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2011/FE-0409TG.pdf>[consulta:10jul2015].
35. Ramos Calero E. Enfermería comunitaria: métodos y técnicas. Madrid: DAE;2000.p.124.
36. Consejo Internacional de Enfermeras. La definición de enfermería.[Internet].2015. Disponible en<http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> [consulta: 28 ene 2017].
37. Moreira dos Santos R, Campos Ribeiro C. Percepção do usuário da estratégia saúde das famílias sobre a função do enfermeiro. *Op.cit*.p.115.
38. Marilaf CM, Alarcón MAM, Illesca PM. Rol del enfermero/a rural en la región de la Araucanía Chile: percepción de usuarios y enfermeros. *Op.cit*.p.115.
39. Santana Carcador B, Nascimento Lopes F, Costa Pacheco L, Silva Alves M Da, Oliveira Salimena AM De. O enfermeiro na estratégia da saúde da familia: percepção dos usuários.*HURev*2012;37(3):331-8. Disponible en: <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/1513/577>[-consulta:17jul2015].
40. Gabrielzyk I, Guerra A. Redes: una herramienta de trabajo comunitario. En: Barnechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crossa S, et al. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009.p.49-58.

Notas

¹Traducción al inglés realizada por Docente de Inglés de Secundaria.

²A lo largo del trabajo se tendrá en cuenta, que como lo expresa Navarro(2006:38), “enfermera” es junto con “ama de casa” y “cajera” uno de los pocos sustantivos de profesión para los que el femenino funciona a veces en español como género inclusivo; es decir, que el plural femenino “las enfermeras” puede englobar también a los varones, mientras que el plural masculino “los enfermeros”, a diferencia de la norma general en español, funciona como género marcado y excluye a las mujeres.

³Se refiere al centro educativo en el cual el usuario entrevistado trabaja.

⁴En el primer lugar se encuentra vacunas como un procedimiento de enfermería pero que no necesariamente corresponde a las LE, y a que son auxiliares de enfermería las que llevan adelante esta tarea a excepción de policlínica Buco. De todas maneras, en los datos proporcionados por la UCI no se encuentra desglosado vacunas del resto de las actividades.

Recibido: 20180412

Aceptado: 20180628

Conocimiento de Enfermería y su Relación con el Currículo

Knowledge of Nursing and its Relationship to the Curriculum

Conhecimento da enfermagem e sua relação como currículo

Paula Andrea Duque¹

Resumen:

Introducción: La disciplina de enfermería se soporta por la existencia de un cuerpo propio de conocimiento aplicable al quehacer profesional, tal desarrollo de conocimiento se establece de manera teórico conceptual para dar sentido al acto de cuidar, sin embargo la enseñanza en enfermería se centra al parecer en contenidos que muestran un modelo instrumental que limita la independencia de la disciplina. **Materiales y métodos:** Artículo de reflexión sobre el conocimiento de enfermería y las implicaciones de un currículo transmisionista implementado bajo una enseñanza instrumentalizada que desde los currículos se establece, invisibilizando la evolución de la profesión que avanza como ciencia. **Resultados:** Los procesos de enseñanza y aprendizaje en enfermería se han centrado en contenidos temáticos que emiten información, mediante un paradigma basado en transferencia que da cuenta de un modelo tradicional, el cual amplía la brecha de lo teórico del cuidado y la práctica de enfermería, limitando la trascendencia del conocimiento disciplinar. **Discusión y conclusiones:** Los currículos de enfermería han de transformarse y reformularse con una mirada constructivista, sustentados alrededor del cuerpo de conocimiento de la enfermería y del método científico, de tal forma que promuevan un pensamiento crítico en los futuros profesionales, y pueda generar integración entre la teoría del cuidado y la práctica, fundamentada en una disciplina independiente, que cuida alrededor del curso de vida de la persona teniendo en cuenta las dimensiones humanas.

Palabras clave:

Educación, enfermería, enseñanza, atención de enfermería.

Abstract:

Introduction: Nursing discipline is supported by the existence of its own body of knowledge applicable to a professional endeavor. Such knowledge development is established by means of a conceptual and theoretical framework in order to provide a meaning to the act of caring. Nevertheless, the teaching process in nursing is seemingly focused on contents that show an instrumental model that restricts the independence of the discipline. **Materials and methods:** Reflection paper

¹Magister en educación y desarrollo humano. Docente investigador Universidad Católica de Manizales. paduque@ucm.edu.com

regarding the knowledge on Nursing and on the implications of a transmissions curriculum implemented under an instrumentalized teaching established by the curriculum, making invisible the evolution of the profession, which advances as a science. Results: The teaching and learning processes in nursing have been focused on a thematic content that conveys information, by means of a paradigm based on the transference that accounts for a traditional model, which widens the gap of the theory of care and the practice of nursing, restricting the transcendence of the disciplinary knowledge. Discussions and conclusions: The nurse curricula have to be transformed and redefined with a constructivist vision supported around the body of knowledge of nursing and on the scientific method. This change must be done in such a way that the critical thinking on future professionals can be promoted along with the integration between the theory of care and the practice of nursing based on an independent discipline that cares for the life cycle of a person and that considers the human dimensions.

Keywords:

Education, Nursing, Teaching, Nursing Assistance.

Resumo:

Introdução: A disciplina de enfermagem é sustentada pela existência de um corpo de conhecimentos aplicáveis ao profissional, tal desenvolvimento do conhecimento é estabelecido de forma teórica conceitual para dar sentido ao ato de cuidar, entretanto o ensino na enfermagem tem como foco aparecem em conteúdos que mostram um modelo instrumental que limita a independência da disciplina. Materiais e métodos: Artigo de reflexão sobre o conhecimento de enfermagem e as implicações de um currículo transmissista implementado sob um ensino instrumentalizado de o que currículo é estabelecido, tornando invisível a evolução da profissão que avança como ciência. Resultados: Os processos de ensino e aprendizagem em enfermagem eles têm focado em conteúdos temática que emitem informação, através de um paradigma transferencial quem responde por um modelo tradicional, expandindo a distância entre a teoria do cuidado e prática de enfermagem, limitando a transcendência do conhecimento disciplinar. Discussão e Conclusões: O currículo de enfermagem deve ser transformado e reformulado com um olhar construtivista, suportado em torno do corpo de conhecimento de enfermagem e método científico, a fim de que promover o pensamento crítico no futuro profissional, e pode gerar integração entre o teoria do cuidado e prática, baseada em uma disciplina independente, que cuida do curso da vida da pessoa levando em conta as dimensões humanas.

Palavras-chave:

Educação, enfermagem, ensino, assistência de enfermagem.

Introducción

La educación es la mejor herramienta para construcción de tejido social, es necesaria para equiparar, perfilar y fundar colectivamente los procesos formativos, planteados con carácter estratégico en el desarrollo sostenible de los territorios; estableciendo de esta manera el progreso y los avances territoriales; la educación, se impone como protagonista en la innovación de los contextos patrimoniales desde lo social y cultural.

Según Camejo y Robledo la educación superior, y los recursos colectivos de las universidades y centros de formación conformada por estudiantes, personal académico, instalaciones, fondos para la investigación, capacidad investigadora y recursos didácticos, constituyen el activo más rico, accesible para hacer realidad la aspiración de cambio social y sostenibilidad⁽¹⁾.

Esta dinámica no es desconocida para la construcción del conocimiento de enfermería, el cual ha evolucionado de una realidad que se ha ido consolidando sujeto a un sustento teórico y pensamiento filosófico. Su progreso histórico ha sido desde lo intuitivo, experiencias constituidas en el ensayo y error, la transmisión oral de generación en generación, a una vocación de servicio y relación ayuda, centrado en el oficio de tareas y actividades que con llevan a la consolidación del fundamento teórico para el enriquecimiento de las prácticas de cuidado en la persona, hasta la definición y jerarquización de los elementos que la integran, partiendo del metaparadigma filosófico basado en conceptos, de persona, salud, entorno y cuidado, para pasar a modelos conceptuales filosóficos estructurados desde dicho metaparadigma.

Lo que constituye una dimensión abstracta que permite la formación de teorías y modelos

de enfermería, para comprender la realidad y ofrecer mejores actos de cuidado y trascender a indicadores empíricos para la comprobación del desarrollo teórico, lo que constituye el cuerpo de conocimientos que sustentan el ejercicio profesional y disciplinar.

La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar. Garavito afirma que el ejercicio profesional tiene como propósito promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona⁽²⁾, mediante un sistema de conocimientos abstractos y desarrollos dinámicos, que proveen identidad al que hacer de enfermería⁽³⁾.

Método

Construcción reflexiva que se llevó a cabo mediante las siguientes fases: delimitación de la temática y objeto de indagación, identificación de descriptores, búsqueda sistemática en bases de datos, análisis de los estudios encontrados sobre el conocimiento de enfermería y las implicaciones de un currículo transmisionista implementado bajo una enseñanza instrumentalizada que desde los currículos se establece, invisibilizando la evolución de la profesión que avanza como ciencia.

Se realizó una búsqueda de artículos en las siguientes bases bibliográficas: Google Académico, Scielo, Redalyc, Cochrane y Pubmed. Los

términos utilizados para la búsqueda a través del Decs Bireme fueron los siguientes: Educación, Enfermería, Enseñanza, Atención de enfermería.

Resultados

Conocimiento en enfermería

La construcción del conocimiento científico en enfermería ha estado condicionada por las concepciones de salud, enfermedad y el tipo de atención que se ofrece a la persona, concibiendo la salud con un valor a los fenómenos objeto de cuidado. Los conocimientos en que se sustentan las actividades cuidadoras, se relacionan con la experiencia y la magia, como prácticas intuitivas y basadas en el conocimiento que se hereda de generación en generación, a través de la transmisión oral.

- La evolución de la disciplina de enfermería, según Duran, (2009) se ha dado por:
- El conocimiento en el que se sustentan los cuidados que tiene su origen en lo público, en conocimientos empíricos. Sin embargo las formas de expresión de los cuidados de salud, por tratarse de las necesidades de las personas se cargan de sentimientos y se circunscriben al área de lo privado.
- El saber que da origen al conocimiento enfermero ha sido tradicionalmente constituido desde la propia experiencia de la práctica⁽⁴⁾.

Como disciplina, la Enfermería posee un cuerpo de conocimiento propio⁽⁵⁾, distinto al de otras disciplinas, el cual evoluciona de manera independiente para dar respuesta a los fenómenos de interés propio y competencias⁽⁶⁾.

El concepto de disciplina, según Donaldson y Crowley⁽⁷⁾, corresponde a la perspectiva diferen-

ciada con que cada campo del saber contempla los fenómenos objeto de su interés y que resulta distinta de la mirada con que, desde otras áreas del conocimiento, pudiera también analizarse. Consiste en aquello que cada profesión aporta de forma diferenciada a la sociedad.

Por lo que enfermería como disciplina debe someter su conocimiento a un rigor metodológico y a una constante validación por la comunidad científica. Por tanto, la única manera para que la Enfermería como disciplina sobreviva es desarrollando “teorías de Enfermería” que reflejen su naturaleza y que puedan aplicarse a la práctica⁽⁸⁾.

La disciplina de enfermería se soporta mediante la existencia de un cuerpo propio de conocimiento científico de naturaleza aplicable que suministra las plataformas teóricas de la práctica, conocimiento que puede ser examinado, comunicado, difundido y sujeto a los ajustes que haya lugar. Dicho desarrollo del conocimiento se establece de manera teórico conceptual y se da para la conformación del conocimiento enfermero, de tal forma que se guíe la acción y este en constante evolución y cualificación del quehacer profesional.

El conocimiento científico en el campo de la enfermería es totalizante e incorpora el acto de cuidar, la idoneidad del cuidado basado en promover situaciones de salud y bienestar en las personas, teniendo en cuenta el proceso enfermero, el cual se lleva a cabo mediante interrelaciones.

El desarrollo de la disciplina en el contexto Colombiano, ha permitido que como ciencia este en construcción, con un objeto de estudio denominado “cuidado” o “cuidado de enfermería”⁽⁹⁾, como esencia de la profesión de donde emerge el cuerpo de conocimientos que dan in-

dependencia en la práctica y la diferencian de otras profesiones de la salud.

La ciencia de enfermería presente en su desarrollo teórico muestra afinidad con la tradición empírica de las ciencias naturales. Sin embargo, la noción de lo que constituye el legítimo desarrollo de la ciencia de enfermería que se ha ensanchado para incluir la evidencia derivada de la especulación a través de las formas inductivas y su generación consecuente de hipótesis de trabajo, tales como la descripción fenomenológica, la propuesta múltiple de la teoría fundamentada, la comprensión cultural de la etnografía y la hermenéutica y la historiografía⁽⁴⁾.

La enfermería aunque avanza como ciencia, además de tener un cuerpo de conocimientos y un método científico, evidencia dificultad desde los currículos para lograr la transformación, de tal manera que pueda impregnar el conocimiento enfermero, y a pesar de los avances investigativos, la brecha entre el saber teórico y el hacer práctico sigue abierta y la enfermería no surge de manera objetiva, desde lo científico, sino que permanece anclada a un modelo biomédico, donde parece ocultarse y acomodarse para seguir desarticuladamente en la práctica cotidiana, sin fundamento real, que pasa a un quehacer operativo, sustento que se brinda dado que en el escenario actual, evidencia una práctica con mucho rigor técnico, operativo y destreza manual, pero carente de sustento científico y teórico propio, puesto que el camino educativo de la profesión se ha trazado desde el conductismo, reduciendo la capacidad de análisis y el pensamiento crítico en los profesionales de enfermería.

Este fenómeno se evidencia desde el mismo currículo, por la incapacidad de articular el método científico para generar una formación disciplinar que muestre independencia, lo que hace que se aparte de la realidad construida, sin

que sea muy evidente la construcción de pensamiento enfermero al momento de ofrecer cuidado lo que evidencia una práctica de Enfermería con mucho rigor técnico, operativo y destreza manual pero carente de sustento científico y teórico propio⁽¹⁰⁾.

Currículo de enfermería

Es común en enfermería encontrar currículos asignaturistas cargados de contenidos, mediados por prácticas docentes transmisionistas, imitando modelos tradicionales que se han anquilosado a través del tiempo, con un discurso basado en el control, donde el docente continúa siendo el protagonista del acto educativo, y los estudiantes adoptan un rol pasivo y conformista, a lo que el docente cree que es lo que debe enseñar, lo que se traduce en prácticas pedagógicas que carecen de sentido disciplinar, y se tornan instrumentales, rutinarias limitadas a un oficio operativo sin trascender la esfera de lo humano, por lo que no evoluciona a la comprensión y aplicación del método científico de enfermería en las prácticas de cuidado que no trascienden a la generación de pensamiento enfermero y por consiguiente los profesionales en los escenarios laborales muestran actitudes que reflejan comportamientos sumisos y dependientes de otras disciplinas, concediendo la autonomía, el liderazgo y la toma de decisiones por el rol pasivo que se asume.

Es así que la enseñanza en enfermería se ha centrado en contenidos temáticos, donde el profesor experto transmite a los estudiantes pasivos, los cuales aprenden los contenidos de forma memorística, dado por el paradigma del aprendizaje basado en la transferencia, donde pierde objetividad porque no se motiva a la construcción de pensamiento crítico, sino que se repite un modelo tradicional heredado, res-

tándole objetividad educativa, lo que redundará en la desarticulación entre la enseñanza y los aprendizajes que deben obtenerse a la luz de un cuerpo de conocimientos disciplinares, lo que se traduce en aumento de la brecha de lo teórico y la práctica lo que conlleva a continuar con el modelo de biomédico y cada vez más la pérdida de liderazgo, toma de decisiones y sumisión a otras disciplinas como la medicina, llevando a que se limite el cuidado centrado en respuestas y necesidades humanas sin tener en cuenta que al cuidar se articulan un conjunto de conocimientos que se recrean mientras actúan⁽¹¹⁾ es decir lo real evidencia una práctica instrumentalizada.

De acuerdo con Rodgers⁽¹²⁾, enfermería debe entender y ser capaz de describir lo que sabe y para ello se requiere de algo más que de una capacidad de enlistar áreas de contenido temático de un currículo. La base de conocimientos de enfermería requiere, comprender el propio conocimiento, identificar supuestos, sesgos y reconocer que hay formas alternativas de pensamiento. Los currículos de enfermería deben plantearse más allá de contenidos programáticos a una base de conocimiento para que se pueda promover un desarrollo continuo y reconocer áreas que requieren posterior indagación. Para lo que es esencial entender las tradiciones filosóficas y la manera como han influido en el desarrollo de la profesión.

El conocimiento en enfermería, se ha desarrollado desde un método científico tradicional que evolucionó hacia un medio interactivo multidimensional para llegar a una perspectiva unitaria⁽¹³⁾. Por lo que se plantea un cambio paradigmático en enfermería, que ofrece una forma diferente de estudiar y entender los fenómenos de interés disciplinar. El paradigma sobre el cual aún se plantean aun los currículos, se conoce

como el paradigma empírico, esto es, una visión fraccionadora y reduccionista, puesto que la valoración se realiza a través de métodos rígidos como el examen físico, casos clínicos y patrones funcionales de salud, que se tornan fragmentadores del ser humano para conocer las partes, sin tener una visión total del ser humano desde sus diferentes dimensiones.

Por lo que enfermería debe transitar a un cambio paradigmático, con un enfoque hacia la reciprocidad y la unitariedad que lleva a los profesionales de enfermería a utilizar otros sistemas para entender la totalidad del ser, convirtiéndose en una metodología que tiene como centro las situaciones de enfermería. Que muestra el viejo paradigma como una forma tradicional de valorar, diagnosticar y evaluar era un proceso dispendioso y aún así, la interacción entre la enfermera la persona y sus allegados no se percibía ni se destacaba, siendo justamente la interacción el aspecto más importante en enfermería para transformar, para producir resultados terapéuticos y para mostrar la humanidad de las personas que interactúan.

En el contexto actual expresa San Martín⁽¹⁴⁾, la ciencia de Enfermería no proporciona a la práctica enfermera la totalidad de los conocimientos que se necesitan, puede ser debido a la forma en la que se enseña el conocimiento existente en la disciplina, la teoría debe sustentarse en la práctica y debe estar permeada desde el currículo.

Otro aspecto a tener en cuenta es la práctica docente, la que debe desarrollarse mediante el rol de facilitador y no de dominación, convoca a ubicarse en una nueva dinámica que conlleva a estar en permanente reflexión sobre el quehacer educativo y sobre las posibilidades de contribuir no sólo a la construcción permanente del conocimiento de enfermería, sino a brindar un acto educativo de calidad. Lo que implica repensar el

contexto educativo, basado en nueva comprensión frente a los sentidos de cimentación de las prácticas pedagógicas, desde currículos que trascienden la transmisión de conocimientos, y se alejen de la educación bancaria a unas cimentaciones disciplinares estructuradas y proyectadas desde herramientas que permitan crear e innovar en la formación, mediante procesos de enseñanza y aprendizaje, que permitan la formación de un pensamiento enfermero, y posibilite un cuidado brindado desde la científicidad de la disciplina.

Entonces el currículo, ha de visibilizar las prácticas docentes alrededor de interacciones pedagógicas, como escenario donde interactúa el docente y los estudiantes en formación, confrontando la teoría con la práctica, que en ocasiones se desarticula del que hacer pedagógico, lo que no es el deber ser, puesto que el propósito es unirse para realizar una intervención pedagógica lógica, coherente, que permita significación en los aprendizajes, y como lo menciona Freire, citado por Patiño⁽¹⁵⁾, la inmersión en la práctica pedagógica, incorpora la reflexión, el razonamiento y la reconstrucción del hecho educativo en y fuera de ella, en este caso tendiente a comprender los actos de cuidado mediante la articulación de la teoría de enfermería y la práctica de cuidado.

Este asunto requiere la transformación a un lenguaje de posibilidades disciplinares, desde el currículo, las prácticas docentes y las prácticas pedagógicas, que permita el reconocimiento la formación disciplinar y proyecte un pensamiento enfermero a la luz del cuerpo propio de conocimientos que dé a luz la adopción de un rol activo dentro de los espacios de formación, como críticos propositivos de las problemáticas de salud actuales, así como de los actos de cuidado, mediante las herramientas educativas que

se les ofrece, y que les permita involucrarse a las necesidades y respuestas humanas en salud con una postura crítica y reflexiva.

Por lo que se requiere una transformación a la mirada educativa de la disciplina de la enfermería, desde currículos transformadores, planteados alrededor del metaparadigma de la enfermería, con una visión abarcativa de los aspectos ontológicos, epistémicos y éticos del cuidado con el enfoque humano y social que desarrolla la naturaleza del cuidado teniendo en cuenta el estudio de la persona, el entorno y la salud. Teniendo en cuenta que cuidar existe desde que la vida existe, el hecho de ocuparnos, de la vida propia o ajena, ser cuidado, cuidarse, cuidar es necesario para la supervivencia, de los seres vivos, para permitir que la vida continúe y se desarrolle y de esta forma procurar una vida digna y un final de vida tranquilo; es decir cuidar es ante todo un acto de vida, significa movilizar las capacidades del ser humano en su cotidianidad, en el trayecto entre la vida y el final de la vida en estado de salud o enfermedad, teniendo en cuenta sus costumbres.

Evidenciando así el compromiso directo con la sociedad, debido que esta disciplina es la encargada de cuidar situaciones de salud, y promulgar bienestar, mediante alternativas innovadoras que mejoren la calidad de vida de las poblaciones, mediante la promoción de la salud, prevención de enfermedad, rehabilitación, a través de cuidados en diferentes esferas de atención, por tal razón como disciplina se establece un cuerpo de conocimientos que respaldan la teoría y la práctica de enfermería.

El desarrollo de la disciplina de la enfermería, se orienta fundamentalmente por la utilización de Modelos y Teorías de Enfermería. En este sentido le corresponde a la academia estrechar los lazos teoría-práctica, llevando los discursos

del aula a la cotidianidad en forma visible, allí en donde nuestros colegas reales se enfrentan cada día a la necesidad de brindar cuidado⁽¹⁶⁾.

Para dar coherencia a la enseñanza disciplinar y develar la teoría y la práctica como fundamento epistémico de la disciplina, se necesita considerar los currículos de enfermería, los cuales deben formularse desde otros paradigmas y colocarse en la línea de una formación alrededor del conocimiento disciplinar, establecido mediante un cuerpo de conocimientos sustentados a través de un método científico que le da carácter de ciencia en evolución a la disciplina de Enfermería. Es dentro de esa lógica que se requiere que los currículos de enfermería asuman, de forma articulada la su responsabilidad desde la pedagogía de la enseñanza y el aprendizaje la formación integral de los profesionales de enfermería, que respondan a las dinámicas de articulación entre la teoría y la práctica de cuidado.

El avance de la enfermería y el posicionamiento como ciencia, no solo requiere de cambios curriculares, sino que necesita que las prácticas docentes, tenga sustento disciplinar pedagógico, que integre los saberes de la disciplina, es decir el cuerpo de conocimientos propios, lo que representa una responsabilidad del docente y que trasciende hasta la formación de los estudiantes para la asistencia de cuidados de enfermería fundamentados en el quehacer disciplinar.

Por lo que es fundamental reconocer desde los currículos los procesos de formación de la enseñanza docente, los aprendizajes de los estudiantes, con la relación a los conocimientos disciplinares, impartidos durante la carrera y a través de prácticas pedagógicas en torno a la formación, que demuestren la pedagogía y la didáctica, a la integración de conocimientos disciplinares articuladas al que hacer de enfermería, expresado en competencias visibles de cuidado

donde el profesional de enfermería es líder en todos los actos de cuidado que involucren la profesión.

La construcción de currículos ha de realizarse alrededor de un cuerpo de conocimiento de la enfermería, mediante prácticas de formación constructivistas, que promuevan un pensamiento crítico en los futuros profesionales, de tal manera que pueda dar a luz la integración entre la teoría del cuidado y la práctica, fundamentada en una disciplina independiente, que se emancipa a liderar procesos de enfermería, para el mejoramiento del cuidado de las poblaciones objeto de atención.

Así, en la formación disciplinar y desde el currículo el trabajo educativo exige prácticas docentes orientadas con propósitos formativos, centrados en la pedagogía de enseñanza y aprendizaje, direccionados a través de un paradigma constructorista, que rompa los esquemas tradicionales y suscite la capacidad de indagación, problematización de la enseñanza, de tal manera que los aprendizajes se direccionen a la reflexión, alrededor del conocimiento enfermero, y se visibilice el componente científico como guía de todo acto de cuidado, lo que indica responsabilidad, ética y moral con el quehacer disciplinar.

La enseñanza en torno a la formación disciplinar, debe orientarse desde prácticas pedagógicas demostradas mediante la didáctica, la integración de conocimientos disciplinares que se articulen al que hacer de enfermería, expresado en competencias visibles de cuidado donde el profesional de enfermería es líder en todos los actos de cuidado que involucren la profesión.

La transformación curricular, y su orientación desde prácticas docentes que se median por prácticas pedagógicas, y se establecen a la luz de la enseñanza disciplinar, alejándose del mode-

lo biomédico, y dándole significado al cuidado, permitirá al profesional de enfermería actuar con autonomía profesional, calidad e independencia y sin los cuales no podrá dar garantía del acto de cuidado de enfermería.

Discusión y conclusiones

Los currículos son el camino para conservar la pertinencia disciplinar, sobre todo en enfermería como ciencia en desarrollo. Los planes de estudio necesitan estar sincronizados permanentemente con la realidad, los contenidos, experiencias y ambientes de aprendizaje⁽¹⁷⁾.

En tal sentido el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) recomienda que los sistemas de formación de enfermería, garanticen que los planes de estudio se actualicen regularmente para satisfacer las necesidades del entorno cambiante, se apliquen adecuadamente considerando el contexto social de cada país⁽¹⁸⁾. Con relación a los planteado por el CIE, las instituciones de educación superior que forman el recurso humano en enfermería tienen la responsabilidad de garantizar la pertinencia social del currículo, la cual debe considerar los cambios mundiales, las políticas nacionales e internacionales sobre educación, las necesidades de la sociedad en cuanto a salud y el desarrollo de la enfermería como disciplina.

Desde el punto de vista jurídico la ley 266 de 1996 que reglamenta el ejercicio profesional de Enfermería en Colombia, señala como la profesión de enfermería comparte los mismos intereses del sector salud en cuanto a la preocupación por dar un cuidado integral a la persona, a la familia, la comunidad y su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludable que permitan salvaguardar un estado

óptimo de salud en todas las etapas de la vida⁽¹⁹⁾.

La enfermería en una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar. El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona.

El profesional de Enfermería ejerce sus funciones alrededor del curso de vida de la persona, atendiendo las diferentes trayectorias en los ámbitos donde vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden situaciones de salud, brindando cuidado el cual es el objeto de estudio de la enfermería, que como actitud humana implica reconocer al otro y sus potencialidades. En este sentido, los currículos han de dirigirse desde los patrones de conocimiento, visibilizando la independencia disciplinar donde el cuidado esté dirigido a abordar al ser humano de manera integral a través de conocimientos, metodología, principios y valores que avalan el arte y ciencia de la enfermería por medio del aspecto interpersonal e intersubjetivo que promueva el conocimiento de enfermería y el proceso enfermero como método científico propio.

Referencias bibliográficas

1. Camejo RA, Rebolledo DM. Significados de la vinculación universidad– comunidad para los actores sociales involucrados en la cátedra Enfermería Comunitaria del Decanato de Ciencias de la Salud en la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”. *Enfermería Global*. 2013; 30 (1)135
2. Garavito A. La formación integral de estudiantes de enfermería. *Investigación en Enfermería: imagen y desarrollo*. 2013; 15 (2) 153-172
3. Durán MM. La renovación del conocimiento y la práctica. *Aquichan* 2014; 14(1):5-6.
4. Durán MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan*, 2009; 5(1). Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/62/1295>. Brito PR. La Enfermería como ciencia emergente. *ENE Rev enferm*. 2012; 1: 40-43
6. Durán MM. *Enfermería: desarrollo teórico e investigativo*. Primera edición. Bogotá: Unibiblos. (1998)
7. Donaldson SK, Crowley DM, The discipline of nursing. En: Kenney JW, editor. *Philosophical and Theoretical Perspectives for Advanced Nursing Practice*. 3th ed, Jones & Bartlett Publishers (Canada), pp. 2002
8. Rodger B. Deconstructing the Dogma in Nursing Knowledge and Practice. *Image J Nurs Sch*. (1991)
9. Newman A. Sime A. (1991). The focus of the discipline of nursing. *Adv Nurs Sci*. (1991); 14 (1):1-6.
10. Borré YM. Lenis C, Suárez M. Tafur J. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. *Rev Cienc Salud*. 2015; 13(3):481-491. doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.12](https://doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.12)
11. Pina PJ. El conocimiento en enfermería y la naturaleza de sus saberes. *Rev. Esc Anna Nery* 2016; 20(3).
12. Rodger B. La experiencia, la historia y la narrativa: modelos para el desarrollo del conocimiento de enfermería”. En: *Sugerencias sobre modelos para el desarrollo del conocimiento de enfermería: la historia y la narrativa*. (2005)
13. Newman A. Smith M. Dexheimer, M. y Jones D. The focus of the discipline of nursing revisited. En: *Advances in Nursing Science*. (2008); 31 (1): 16-27.
14. San Martín L. Una reflexión en torno a las ciencias de la enfermería. *Enferm Clin*. (2008); 18(5):262-8
15. Patiño G. La Enfermería Clínica. Observación de la práctica pedagógica en la formación de futuros docentes. *Pedagogía y saberes*. (2006); 24. 27-31.
16. Bastidas S. Bonilla I. Ollivella M. La formación disciplinar en programas de pregrado en enfermería: la experiencia de la universidad del Tolima-Colombia. *Enfermería Docente*. (2011); 95: 34-37
17. Castrillón MC. Orientaciones para la Educación Inicial de Enfermería en las Américas: hacia el 2020. Washington.: Organización Panamericana de la Salud. (2007).
18. Consejo Internacional de Enfermería. Declaración de posición del CIE. (2001).
19. República de Colombia. Gobierno Nacional. Pub. L 266 n° 1-23 (1996).

Recibido: 20180515

Aceptado: 20180629

Internações hospitalares por causas externas no município de Jequié, Bahia, Brasil

Hospitalization for External Causes in the Municipality of Jequié, Bahia, Brazil

Hospitalizaciones por causas externas en el municipio de Jequié, Bahia, Brasil

Adriana Alves Nery¹, Érica Assunção Carmo², Juliana da Silva Oliveira³, Marcela Andrade Rios⁴, Rafaela Almeida da Silva⁵, Tatiane Oliveira de Souza Constâncio⁶, Felipe Santos Abreu⁷, Quésia dos Santos Norberto⁸

Resumo:

Objetivo: Descrever as internações hospitalares por causas externas no município de Jequié, Bahia, Brasil, quanto à evolução temporal, características dos indivíduos, do evento e das internações.

Métodos: trata-se de um estudo transversal, realizado com dados extraídos dos prontuários de vítimas de causas externas internadas em um hospital geral, no município de Jequié, Bahia, Brasil no período de 2009 a 2013. As variáveis analisadas foram referentes ao indivíduo (sexo; faixa etária); ao evento (tipo de causas externas; característica da lesão; seguimento corporal afetado) e da internação (dia da semana; tempo de internação; evolução).

Resultados: Identificou-se 5.532 internações por causas externas, das quais 73,6% eram do sexo masculino e 22,0% do grupo etário de 20 a 29 anos; 37,3% das internações decorreram de acidentes de transporte, com predominância dos acidentes motociclísticos (59,7%); 27,1% tiveram como causa da internação as quedas, com destaque para queda do mesmo nível (61,2%). As fraturas foram as principais lesões ocasionadas (43,5%), sendo os membros inferiores o segmento corporal mais afetado (29,9%).

¹Departamento de Saúde II e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia: Jequié: Bahia: Brasil: aanery@gmail.com

²Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia: Jequié: Bahia: Brasil: eacarmo²⁰@gmail.com

³Departamento de Saúde II e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia: Jequié: Bahia: Brasil: juli-silva-oliveira@gmail.com

⁴Departamento de Educação: Universidade do Estado da Bahia: Guanambi: Bahia: Brasil: marcelariosenf@gmail.com

⁵Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia: Jequié: Bahia: Brasil: rafaela_niobe@hotmail.com

⁶Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia: Jequié: Bahia: Brasil: tatiane²¹⁰¹@gmail.com

⁷Graduado em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia: Jequié: Bahia: Brasil: felipks@gmail.com

⁸Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia: Jequié: Bahia: Brasil: keu-norberto@hotmail.com

Conclusão: constatou-se que os acidentes de transporte, em especial os envolvendo motocicletas são as principais causas externas de morbidade, acometendo principalmente a população jovem e do sexo masculino. Dessa forma, é necessário que a equipe de enfermagem seja capaz de atuar na prevenção das causas externas, bem como na realização de uma avaliação criteriosa para identificar situações de risco para o paciente, visando assim redução das taxas de morbimortalidade por causas externas.

Palavras-chave:

Causas externas, hospitalização, morbidade, epidemiologia descritiva.

Abstract:

Objective: To describe hospital admissions due to external causes in the municipality of Jequié, Bahia, Brazil, regarding the temporal evolution, characteristics of the individuals, the event and hospitalizations.

Methods: This is a cross-sectional study, carried out with data extracted from the medical records of victims of external causes hospitalized in a general hospital in the municipality of Jequié, Bahia, Brazil, from 2009 to 2013. The analyzed variables were related to the individual (gender, age group); to the event (type of external causes, characteristic of the lesion, affected body follow-up) and hospitalization (day of the week, length of stay, evolution).

Results: A total of 5,532 admissions for external causes were identified, of which 73.6% were male and 22.0% of the 20-29 age group; 37.3% of hospital admissions were due to transportation accidents, with motorcyclist accidents predominating (59.7%); 27.1% had falls due to hospitalization, with a drop of the same level (61.2%). The fractures were the main lesions (43.5%), the lower limbs being the most affected body segment (29.9%).

Conclusion: it was found that transport accidents, especially those involving motorcycles are the main external causes of morbidity, affecting mainly the young male population. Thus, it is necessary that the nursing team be able to identify and intervene with patients, aiming at reducing the morbidity and mortality rates due to external causes. Thus, it is necessary for the nursing team to be able to act in the prevention of external causes, as well as in the performance of a careful evaluation to identify situations of risk to the patient, aiming at reducing the morbidity and mortality rates due to external causes.

Keywords:

External Causes, Hospitalization, Morbidity, Descriptive Epidemiology.

Resumen:

Objetivo: Describir las internaciones hospitalarias por causas externas en el municipio de Jequié, Bahia, Brasil, en cuanto a la evolución temporal, características de los individuos, del evento y de las internaciones.

Métodos: Se trata de un estudio transversal, realizado con datos extraídos de los prontuarios de víctimas de causas externas internadas en un hospital general, en el municipio de Jequié, Bahia, Brasil en el período de 2009 a 2013. Las variables analizadas fueron referentes al individuo (sexo, grupo de edad); (tipo de causas externas, característica de la lesión, seguimiento corporal afectado) y de la internación (día de la semana, tiempo de internación, evolución).

Resultados: Se identificaron 5.532 internaciones por causas externas, de las cuales el 73,6% eran del sexo masculino y el 22,0% del grupo de edad de 20 a 29 años; El 37,3% de las internaciones se derivaron de accidentes de transporte, con predominio de los accidentes motociclisticos (59,7%); El 27,1% tuvo como causa de la internación las caídas, con destaque para la caída del mismo nivel (61,2%). Las fracturas fueron las principales lesiones ocasionadas (43,5%), siendo los miembros inferiores el segmento corporal más afectado (29,9%).

Conclusión: se constató que los accidentes de transporte, en particular los que involucra motocicletas son las principales causas externas de morbilidad, afectando principalmente a la población joven del sexo masculino. De esta forma, es necesario que el equipo de enfermería sea capaz de actuar en la prevención de las causas externas, así como en la realización de una evaluación rigurosa para identificar situaciones de riesgo para el paciente, buscando así reducción de las tasas de morbimortalidad por causas externas.

Palabras clave:

Causas externas, hospitalización, morbilidad, epidemiología descriptiva.

1. Introdução

As causas externas são compreendidas como traumatismos, lesões ou qualquer outro agravo à saúde, seja intencional ou não, que ocorre de maneira súbita em consequência imediata por ato de violência ou outra causa exógena. Incluem-se nestas, as lesões ocorridas em decorrência de eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente, bem como, outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais⁽¹⁾.

As causas externas vêm se configurando em uma das principais causas de morbimortalidade no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde em todo o mundo, registram-se anualmente mais de 1,3 milhão de mortes em consequência da violência, em suas diferentes formas, o que corresponde a 2,5% da mortalidade global⁽²⁾. Quanto ao número de vítimas de homicídio em 2012, este foi de aproximadamente 475 mil, dos quais 60% eram homens entre 15 e 44 anos. Já os acidentes de trânsito matam 1,25

milhão de pessoas por ano, em todo o mundo, deixando até 50 milhões de pessoas feridas⁽³⁾.

No Brasil, os acidentes de trânsito, somados as violências e outros tipos de causas acidentais passaram a representar, a partir da década de 1980, a segunda causa de morte e a primeira para aqueles que se encontram entre 5 e 39 anos⁽⁴⁾. No período de 2008 a 2013, segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, as causas externas foram responsáveis por mais de 5 milhões de internações, com destaque para as causas de origem acidental que representaram mais de 70% das internações⁽⁵⁾.

A informação de qualidade referente aos acidentes por causas externas não pode ser vista simplesmente como uma questão técnica, mas sim como uma ferramenta para tomada de decisão coerente no que tange à saúde pública, visto que a análise detalhada pode auxiliar no aprimoramento de políticas de saúde⁽⁶⁾. Além disso, tais informações poderão contribuir para identificar a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária em saúde, atendimento pré e intra-hospitalar, especialmente para os profissionais de Enfermagem que assumem a assistência nos três níveis de atenção à saúde.

Mediante as elevadas taxas de internações hospitalares por causas externas e seu impacto financeiro oneroso para o Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se relevante o desenvolvimento de estudos sobre a temática. Ademais, soma-se como justificativa para realização desse estudo, a carência de estudos que abordem características desses eventos em regiões interioranas, nas quais o acesso aos serviços de saúde e as informações oriundas deles é bastante limitada. Neste sentido, o presente estudo tem por obje-

tivo descrever as internações hospitalares por causas externas no município de Jequié, Bahia, Brasil, quanto à evolução temporal, características dos indivíduos, do evento e das internações.

2. Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, elaborado a partir de dados das internações hospitalares por causas externas no município de Jequié/BA. Os dados foram coletados no Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), que é referência em atendimento hospitalar para a microrregião em saúde, que é composta por 25 municípios do interior da Bahia.

A população do estudo foi composta pelo total de indivíduos internados no HGPV, no período de 2009 a 2013, devido a algum tipo de causas externas. Os dados foram coletados dos prontuários das vítimas, disponibilizados pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) do referido hospital. Uma vez constatados erros na codificação da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10), seja na emissão das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH-SUS), seja nos prontuários, assim como o não registro dos campos diagnóstico principal (natureza da lesão) e secundário (tipo de causa externa que ocasionou a lesão), segundo os capítulos XIX e XX da CID-10, considerou-se, para definição dos casos, o conceito de causas externas da OMS⁽⁷⁾, buscando descrições tanto nas AIH-SUS como nas anotações médicas e de enfermagem constantes nos prontuários, que fizessem correspondência ao capítulo XX da CID-10, que caracteriza as causas externas de morbimortalidade sob os códigos V01 a Y98.

As variáveis analisadas foram:

a) Referentes ao indivíduo: sexo (masculino; feminino; não informado); faixa etária (menor de 10 anos; 10 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59 e 60 anos ou mais);

b) Referentes ao evento: tipo de causas externas: acidente de transporte (automóvel e caminhonete; caminhão e ônibus; motocicleta; bicicleta; pedestre; outros; não informado); quedas (mesmo nível; mobília; edifício; escada; não informado); lesões autoprovocadas intencionalmente (envenenamento; arma de fogo; arma branca; outros meios; não informado); agressões (espancamento; instrumento cortante; arma de fogo; outros; não informado) e demais acidentes (intoxicação; afogamento; contato com animais; queimaduras; outros; não informado); característica da lesão (fraturas; Distensões, entorses e distensões; traumatismo; queimadura; intoxicação; sequelas; demais lesões; não informado); seguimento corporal afetado (cabeça; pescoço; tórax; abdome, dorso, coluna ou pelve; membros superiores; membros inferiores; múltiplos segmentos; não especificado);

c) Referentes à internação: dia da semana (domingo; segunda; terça; quarta; quinta; sexta; sábado); tempo de internação; evolução (alta; evasão; óbito; transferência; não informado).

Para tabulação e análise dos dados utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21, mediante estatística descritiva, sendo apresentados em frequências absoluta e relativa. Para as variáveis numéricas foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sendo aprovado sob protocolo nº 069/2010. Por se tratar de

pesquisa com dados secundários, foi solicitada e concedida a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3. Resultados

No período de 2009 a 2013 foram encontrados 5.532 prontuários referentes às internações por causas externas, com números crescentes de 2009 a 2012 (638; 767; 1159 e 1618, respectivamente) e leve declínio no ano de 2013, com 1350 casos. Considerando toda a série estudada houve um aumento de 111,6% no número de internações por esta causa. A distribuição por ano e segundo os tipos de causas externas pode ser visualizada na.

Observa-se que, para todos os anos estudados, houve predomínio dos acidentes de transporte, seguidos pelas quedas. Considerando o início e o final da série houve crescimento na variação percentual de internações por acidente de transporte - AT (+145,4%), quedas (+155,6%), lesões autoprovocadas intencionalmente (+70%) e outros (+100%). Entretanto, para demais tipos de acidentes e agressões houve decréscimo (-15,9% e -10,6%, respectivamente). Ressalta-se que em alguns prontuários não foi possível identificar o tipo de causa externa que ocasionou a hospitalização.

Ao analisar as características de sexo e faixa etária dos indivíduos, segundo tipo de causas externas na totalidade dos anos estudados, observam-se maiores frequências no sexo masculino, faixa etária jovem, com exceção para as quedas. As variáveis estado civil, etnia e profissão apresentaram elevada frequência de subregistro (56,6%, 76,5% e 95,6%, respectivamente), o que impossibilitou análise mais detalhada de tais variáveis.

Ao analisar a descrição do tipo de causas externas, houve predomínio de acidentes de transporte do tipo envolvendo motocicleta; quedas do mesmo nível; contato com animais; lesões autoprovocadas por envenenamento e agressões com uso de arma de fogo.

Quanto às lesões geradas, houve variação a depender do tipo de causas externas sofrida (Tabela 3), predominando as fraturas para os acidentes de transporte e quedas; intoxicações para os casos de demais causas acidentais, bem como lesões autoprovocadas intencionalmente e traumatismo para as agressões. Os membros inferiores foram os mais atingidos por lesões advindas de acidentes de transporte e quedas; os membros superiores nos casos de agressões e locais sem especificação nos registros das demais causas acidentais e lesões autoprovocadas voluntariamente.

Concernente à evolução dos indivíduos (Tabela 3), a maior parte teve alta (87,4%). A letalidade hospitalar maior foi registrada para os casos de violência (6,2% para as agressões e 4,3% para as lesões autoprovocadas intencionalmente).

O tipo de causas externas que apresentou maior média de tempo de internação foi acidente de transporte (9,7 dias, variando de 0 a 298 dias, desvio padrão de 11,7 dias e mediana de 6), seguido por agressões (9,5 dias, variando de 0 a 280 dias, desvio padrão de 17,5 dias e mediana de 5); quedas (9,1 dias, variando de 0 a 151 dias, desvio padrão de 9,7 dias e mediana de 7) e lesões autoprovocadas intencionalmente (6,4 dias, variando de 0 a 33 dias, desvio padrão de 7,3 dias e mediana de 4).

Os dias da semana com maior frequência de internações por acidentes de transporte e agressões foram sábado e domingo. Para os demais tipos de causas externas houve variação nos dias de atendimento.

4. Discussão

No presente constatou-se que os acidentes de transporte, em especial os acidentes motociclísticos são as principais causas externas de morbidade, que acometem principalmente a população jovem do sexo masculino.

Ademais, verificou-se a importância das causas externas no interior do estado da Bahia, que apresentou durante o período analisado crescimento de 111,6% no número de internações, o que corrobora aos resultados encontrados para o Brasil, regiões e estados brasileiros⁽⁸⁾. Sobre este achado, é importante ressaltar que o crescimento evidenciado pode ser decorrente não apenas do aumento do número de caso, mas também de possíveis melhorias no preenchimento das AIH-SUS, no que tange ao registro do campo diagnóstico secundário, que possibilita identificar com maior precisão a causa básica da internação.

A população jovem e do sexo masculino predominaram entre as vítimas em praticamente todos os tipos de causas externas de morbidade, semelhante ao verificado em estudos de âmbito nacional⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾ e internacional⁽¹¹⁾⁽¹²⁾. Este achado é atribuído por diversos autores como sendo consequência das diferenças comportamentais e de estilo de vida entre homens e mulheres, nos quais a maior agressividade, competitividade e impulsividade tornam o homem potencialmente mais expostos aos acidentes e violências⁽¹³⁾.

Ao estratificar os casos segundo tipo de causas externas, observou-se que o perfil encontrado corrobora ao descrito para o Brasil⁽¹⁴⁾ e outros municípios brasileiros como Belo Horizonte/MG⁽¹³⁾, Uberlândia/MG⁽¹⁵⁾ e Paranacirim/RN⁽⁹⁾, nos quais os acidentes de transporte terrestre e as quedas mostraram-se como principais causas externas de internação.

De acordo com a OMS, os acidentes de transporte terrestre ocuparão no ano de 2030 as primeiras posições como causas de morte, sobretudo em regiões onde a motorização não for acompanhada de melhorias nas estratégias de segurança viária e de organização do espaço⁽¹⁶⁾. Dentre esses acidentes, diversos estudos destacam os acidentes envolvendo motocicletas, tanto em termos de hospitalização quanto de mortalidade, por ocasionarem o maior número de vítimas, e por acometerem especialmente indivíduos do sexo masculino e da faixa etária economicamente ativa⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾, semelhante ao verificado no presente estudo.

A crescente morbimortalidade por acidentes motociclísticos é atribuída, dentre outros fatores, ao aumento da frota desse veículo, motivado pela dificuldade de mobilidade urbana e rural, e pelo fato da motocicleta ser um veículo ágil, econômico e de custo acessível⁽²⁰⁾, somado às falhas nas políticas de transporte público e fiscalização dos condutores. Ademais, o predomínio dos motociclistas entre as vítimas, pode estar relacionado ao labor, visto que na região estudada observa-se um elevado número de indivíduos que buscam as atividades ligadas ao trânsito como alternativa de emprego, a exemplo dos mototaxistas, que nos últimos anos tem se tornado uma atividade muito forte no suprimento da necessidade de deslocamento da população⁽²¹⁾.

As quedas ocuparam a segunda posição dentre as causas externas analisadas, sendo a população idosa a mais acometida, o que corrobora com os resultados de outras pesquisas⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾. As quedas são mencionadas na literatura como uma intercorrência relevante para pessoa idosa, devido a grande possibilidade de ocasionarem desde pequenas escoriações até fraturas diver-

sas, traumatismos cranianos e fraturas de quadril, sendo essas últimas muitas vezes causa de óbito⁽²²⁾.

A ocorrência de quedas em idosos foi relatada como relacionada ao ambiente doméstico inadequado, com destaque para as superfícies escorregadias, que resultaram em fraturas e necessidade de internação em um terço dos idosos que referiram o evento⁽²³⁾. Dentre os tipos de queda, àquelas da própria altura representaram a maioria dos casos, o que demonstra que as quedas podem ser consideradas um evento sentinela na vida do idoso, sendo um potencial marcador de declínio da função ou sintoma de uma nova patologia⁽²⁴⁾.

No que se refere às violências, no período analisado verificou-se aumento das internações por lesões autoprovocadas intencionalmente, enquanto que as decorrentes de agressões apresentou declínio. De acordo com o estudo sobre a evolução das internações hospitalares por causas externas no Brasil, as agressões representam uma pequena parcela dessas internações (5%), sendo verificado, no período de 2002 a 2011, comportamento estável para o coeficiente de incidência por esses agravos no país⁽⁸⁾. Neste mesmo estudo, constatou-se que o impacto das agressões é mais evidente no âmbito da mortalidade, semelhante ao evidenciado no presente estudo, uma vez que dentre as causas externas, as agressões apresentaram as maiores taxas de letalidade⁽⁸⁾.

A baixa frequência de internações por agressões, frente ao elevado número de óbitos por essa causa, pode ser justificada pela alta letalidade desses agravos no local de ocorrência, assim como pelo provável subregistro no hospital, seja por receio do paciente em revelar a agressão como causa da lesão, seja por desinteresse/

receio dos profissionais de saúde em coletar e registrar essa informação⁽²⁵⁾.

No que concerne às internações por lesões autoprovocadas, os resultados encontrados diferem dos apontados para o Brasil⁽⁸⁾, Estados Unidos⁽¹¹⁾ e Inglaterra⁽¹²⁾, onde foi verificado redução no número internações por esta causa. Contudo, esse achado deve ser analisado com cautela, tendo em vista que não está claro se as tentativas de suicídio estão realmente diminuindo nessas localidades ou se os mecanismos utilizados estão mais letais, uma vez que no Brasil, por exemplo, diferente das internações, a mortalidade por suicídio vem apresentando comportamento ascendente nos últimos anos⁽²⁶⁾. Não obstante, o crescimento das internações por lesões autoinfligidas na região estudada, pode ser atribuído as possíveis melhorias na identificação e classificação das tentativas de suicídio como causa das internações.

Os tipos de causas externas mais frequentes pode justificar o resultado encontrado para o tipo de lesão e segmento corporal mais afetado, uma vez que estudos mostram que quedas e acidentes motociclísticos resultam, principalmente, em fraturas e traumatismos, sendo os membros superiores e inferiores os mais atingidos⁽¹⁵⁾
⁽¹⁹⁾.

No que se refere às características das internações, verificou-se que em relação ao dia do atendimento, os acidentes de transporte e as agressões ocorreram preferencialmente aos sábados e domingos, semelhante ao encontrado em outros estudos⁽¹⁰⁾⁽¹⁷⁾. Este achado justifica-se, possivelmente, pelos aspectos comportamentais típicos dos finais de semana, como excesso de velocidade, desrespeito à sinalização e o consumo de álcool e outras drogas⁽¹⁷⁾.

Do mesmo modo, evidenciou-se que os acidentes de transporte e as agressões apresentaram o maior tempo de internação, semelhante ao encontrado em outro estudo⁽¹⁴⁾. Este resultado pode ser explicado pelo fato desses eventos ocasionarem lesões de maior gravidade, sobretudo aquelas que envolvem arma de fogo, as tentativas de suicídio e os acidentes de transporte terrestre, principalmente quando a vítima é ocupante de veículo ou pedestre⁽¹⁴⁾.

No caso dos acidentes de transporte terrestre, a maior severidade das lesões deve-se a grande exposição da superfície corporal, a falta de equipamentos de proteção e a vulnerabilidade ao peso do veículo envolvido no acidente, aspectos evidenciados em pedestres e motociclistas, enquanto que para os ocupantes de veículos, tem-se a falta do uso de cinto de segurança, a exposição a deslocamentos e os lançamentos durante a colisão⁽¹⁴⁾.

Diante do exposto, percebe-se que as causas externas contribuem significativamente para a complexidade do perfil epidemiológico na região estudada, assim como no Brasil e em diversas regiões do mundo, sendo reconhecidas como um problema de saúde pública, cuja prevenção representa um desafio para as autoridades, uma vez que demandam ações interdisciplinares, que envolvem vários setores da sociedade civil e organizações governamentais.

No Brasil, no ano de 2001, foi implantada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências⁽²⁷⁾, com intuito de auxiliar no enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas no país, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas. De modo complementar, o Ministério da Saúde criou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e

5. Conclusão

Acidentes (VIVA)⁽²⁸⁾, que constitui uma importante ferramenta de vigilância, pois possibilita o conhecimento detalhado da magnitude e dos fatores associados a esses agravos, de modo a contribuir para prevenção e atuação imediata, sobretudo na identificação e atenção aos grupos mais vulneráveis a essas ocorrências.

Sobre as limitações deste estudo, pode-se destacar a utilização de dados secundários, oriundos das AIH-SUS, que é um instrumento que carece de melhorias no que tange à qualidade no registro das informações, principalmente dos dados referentes aos aspectos sociodemográficos, com destaque para as variáveis estado civil, etnia e profissão, que impossibilitou uma melhor caracterização das vítimas. Verificou-se ainda, uma elevada proporção de casos sem o preenchimento dos códigos de classificação do diagnóstico secundário, o que inviabilizou a identificação mais precisa sobre o tipo de causas externas geradora da internação.

Apesar destas limitações, os estudos epidemiológicos desenvolvidos com base nas informações hospitalares são fundamentais para o contínuo acompanhamento da situação epidemiológica, e melhor compreensão do impacto das causas externas na saúde da população, podendo assim, contribuir para a elaboração de estratégias efetivas a serem executadas pelo setor saúde em articulação com os demais setores na prevenção desses agravos.

No presente estudo constatou-se que as causas externas (acidentes e violências) predominam entre indivíduos jovens, do sexo masculino, sendo os acidentes de transportes, em especial aqueles envolvendo motocicletas, a principal causa das internações.

A caracterização da morbimortalidade por causas externas pode ajudar na redução de tais agravos, e conseqüentemente na diminuição do grande ônus econômico gerado ao sistema público de saúde.

Salienta-se a necessidade e importância de dados mais precisos, que possam colaborar para o melhor entendimento das causas externas, auxiliando na elaboração e implementação de políticas públicas, bem como a reflexão sobre a urgência de capacitação dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros que estão nas vinte e quatro horas com os pacientes, visando à prevenção e avaliação criteriosa quanto aos riscos referentes a esses pacientes e quanto à melhoria dos registros realizados em prontuários.

Referências:

1. Gonsaga RAT, Rimoli CF, Pires EA, Zogheib FS, Fujino MVT, Cunha MB. Avaliação da mortalidade por causas externas. *Rev Col Bras Cir* 2012; 39(4): 263-7.
2. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. Injuries and violence the facts 2014. [online]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/news/2015/Injury_violence_facts_2014/en/ [consulta: 26 fev 2017].
3. World Health Organization. Global status report on road safety 2015. [online]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/ [consulta: 27 fev 2017].
4. Bacchieri J, Barros AJD. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(5): 949-63.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informação do SUS (DATASUS). Informações de saúde: morbidade hospitalar do SUS por causas externas- por local de residência - Brasil. [Internet]. 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def> [consulta: 27 fev 2017].
6. Andrade-Barbosa TL, Xavier-Gomes LM, Barbosa VA, Caldeira AP. Mortalidade masculina por causas externas em Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2013; 18(3): 711-9.
7. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde [Internet]. 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf> [consulta: 27 fev 2017].
8. Lima MVE, Silva RLP, Albuquerque NMG, Oliveira JSA, Cavalcante CAA, Macêdo MLAF. Perfil dos atendimentos por causas externas em hospital público. *Rev Rene* 2012; 13(1):36-43.
9. Neves ACM, Mascarenhas, MDM, Silva MMA, Malta DC. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras – 2011. *Epidemiol Serv Saude* 2011; 22(4):587-96.
10. Kalesan B, French C, Fagan JA, Fowler DL, Galea S. Firearm-related hospitalizations and in-hospital mortality in the United States, 2000-2010. *Am J Epidemiol* 2014;179(3): 303-12.
11. Bergen H, Hawton K, Cooper J, Kapur N. Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England: 2000-2007. *The British Journal Psychiatry* 2010; 197(6):493-8.
12. Lignani LO, Villela LCM. Estudo descritivo sobre a morbidade hospitalar por causas externas em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008-2010. *Epidemiol Serv Saude* 2013; 22(2):225-34.
13. Mascarenhas MDM, Barros MBA. Caracterização das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde, Brasil, 2011. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(4):771-84.

14. Lemos CAG, Jorge MT, Ribeiro LA. Perfil de vítimas e tratamento de lesões por causas externas segundo atendimento pelo Centro de Reabilitação Municipal de Uberlândia, MG – Causas externas e fisioterapia. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(2):482-92.
15. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository [online]. Injuries and violence the facts. Geneva: WHO; 2010.
16. Caixeta CR, Minamisava R, Oliveira LMAC, Brasil VV. Morbidade por acidentes de transporte entre jovens de Goiânia, Goiás. *Cien Saude Colet*. 2010; 15(4): 2075-84.
17. Cavalcante, AKCB, Holanda VM, Rocha CFM, Cavalcante SW, Sousa JPR, Sousa FHR. Perfil dos acidentes de trânsito atendidos por serviço pré-hospitalar móvel. *Rev Baiana Enferm* 2015; 29(2):135-45.
18. Ascari RA, Chapieski CM, Silva OM, Frigo J. Perfil epidemiológico de vítimas de acidente de trânsito. *Rev Enferm UFSM*. 2013; 3(1): 112-21.
19. Silva PHNV, Lima MLC, Moreira RS, Souza WV, Cabral APS. Estudo espacial da mortalidade por acidentes motociclísticos em Pernambuco. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(2): 409-15.
20. Rios PAA, Mota ELA. Traffic deaths: recent evolution and regional differences in Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2013; 29(1):131-44.
21. Mathias TAF, Mello-Jorge MHP, Andrade OG. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região Sul do Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14(1):17-24.
22. Cavalcante ALP, Aguiar JB, Gurgel LA. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará. *Rev Bras Geriat Gerontol* 2012; 15(1):137-46.
23. Paranhos WY. Emergências e urgências geriátricas. In: Calil AM, Paranhos WY. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 731-9.
24. Melione LPR, Mello-Jorge MHP. Gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(8):1814-24.
25. Machado DB, Santos D N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *Jor Bras Psiquiatr* 2015; 64(1):45-54.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2011. Dispõe sobre a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2001.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1356, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2006.
28. Malta DC, Silva MMA, Barbosa J. Violências e acidentes, um desafio ao Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(9):2220.

Recibido: 20180426

Aceptado: 20180614

Calidad de vida en adultas mayores con cáncer relacionado con Determinantes Sociales de la Salud

Quality of Life in Elderly Women With Cancer Related With Social Determinants of Health

Qualidade de vida em mulheres idosas com câncer relacionados aos Determinantes Sociais da Saúde

Regina Vargas Patana¹, Olivia Sanhueza Alvarado², Luis Luengo Machuca³

Resumen

Objetivo: Evaluar la relación entre los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida de mujeres con diversos tipos de cáncer de 60 años y más.

Metodología: Estudio cuantitativo, transversal, con enfoque descriptivo - correlacional. Se aplicó escala de calidad de vida QLQ-C30 y ficha de datos sociodemográficos a 70 mujeres de 60 años y más diagnosticadas con cáncer, de un hospital público, provincia de Concepción, región del Biobío, Chile.

Resultado: El promedio de edad de las mujeres fue 69,9 años (DE=6,8), el cáncer predominante fue el de mama, más del 50% de ellas estaba con tratamiento de quimioterapia y un 72% en etapa avanzada del cáncer (III-IV). La calidad de vida en las escalas de funcionamiento físico, de rol, emocional, cognitivo y social, obtuvo valores sobre 63/100 puntos y en la de salud global sobre 65/100 puntos; los síntomas de dolor y fatiga obtuvieron altos puntajes comparados con otros. Existió relación estadísticamente significativa con 2 Determinantes Sociales Estructurales (educación y ocupación), y con 3 Intermediarios (tenencia y estado de la vivienda, y satisfacción de ingreso).

Conclusión: Los puntajes en la escala de calidad de vida indican una tendencia hacia una buena calidad de vida. Sin embargo, es impactada negativamente por la educación, ocupación, estado de la vivienda y satisfacción con ingresos percibidos. Es necesario enfocarse en estas determinantes sociales en la valoración y cuidado de la mujer adulta mayor con cáncer, para proponer estrategias interdisciplinarias que mejoren efectivamente su bienestar y calidad de vida.

Palabras clave:

Calidad de Vida, Neoplasias, Mujeres, Determinantes Sociales de la Salud, Enfermería.

¹Candidata a Magister en Enfermería. reginavargas25@gmail.com Cel. +56963987248

²Doctora en Enfermería. Docente de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile. osanhue@udec.cl

³Magister en Estadística. Docente de la Facultad de Odontología, Universidad de Concepción, Chile. lluengom@udec.cl

Abstract

Objective: To evaluate the relationship between the social determinants of health and the quality of life of women with various types of cancer aged 60 and over.

Methodology: Quantitative, transversal study, with descriptive-correlational approach. The QLQ-C30 quality of life scale and sociodemographic data sheet were applied to 70 women aged 60 years and over diagnosed with cancer, from a public hospital, Concepción province, Biobío region, Chile.

Result: The average age of the women was 69.9 years (SD = 6.8), the predominant cancer was the breast, more than 50% of them were with chemotherapy and 72% in the advanced stage of the cancer (III -IV). The quality of life in the scales of physical, role, emotional, cognitive and social functioning, obtained values over 63/100 points and in the overall health over 65/100 points; the symptoms of pain and fatigue obtained high scores compared with others. There was a statistically significant relationship with 2 Structural Social Determinants (education and occupation), and with 3 Intermediaries (tenure and housing status, and income satisfaction).

Conclusion: The scores on the quality of life scale indicate a trend towards a good quality of life. However, it is negatively impacted by education, occupation, housing status and satisfaction with income received. It is necessary to focus on these social determinants in the assessment and care of elderly women with cancer, to propose interdisciplinary strategies that effectively improve their well-being and quality of life.

Keywords:

Quality of Life, Women, Neoplasms, Social Determinants of Health, Nursing.

Resumo

Objetivo: Avaliar a relação entre os determinantes sociais da saúde e a qualidade de vida de mulheres com vários tipos de câncer com 60 anos ou mais.

Metodologia: Estudo quantitativo, transversal, com abordagem descritivo-correlacional. Escala de qualidade de vida QLQ-C30 foi aplicado e dados sociodemográficos ficha 70 mulheres com idades entre 60 e mais velhos diagnosticados com câncer, um hospital público na província de Concepcion, Biobio Region, Chile.

Resultado: A idade média das mulheres era de 69,9 anos (DP = 6,8), o cancro da mama predominante foi mais do que 50% de las foram com quimioterapia e 72% em estágio avançado de cancro (III -IV). A qualidade de vida nas escalas de funcionamento físico, papel, emocional, cognitivo e social, obteve valores acima de 63/100 pontos e na saúde geral acima de 65/100 pontos; os sintomas de dor e fadiga obtiveram pontuações altas em comparação com outros. Houve uma relação estatisticamente significativa com 2 Determinantes Sociais Estruturais (educação e ocupação) e com 3 Intermediários (estabilidade e status de moradia e satisfação com a renda).

Conclusão: Os escores na escala de qualidade de vida indicam tendência a uma boa qualidade de vida. No entanto, é impactado negativamente pela educação, ocupação, status de moradia e satisfação com a renda recebida. É necessário enfocar esses determinantes sociais na avaliação e cuidado de mulheres idosas com câncer, para propor estratégias interdisciplinares que efetivamente melhorem seu bem-estar e qualidade de vida.

Palavras-chave:

Qualidade de Vida, Mulheres, Neoplasias, Determinantes Sociais da Saúde, Enfermagem.

Introducción

El envejecimiento poblacional es un proceso generalizado que crece con distintos ritmos de avance, era una realidad que solo se notaba en países desarrollados, pero en estos últimos años esta realidad también está presente en países en vías de desarrollo y lo más preocupante es su crecimiento acelerado⁽¹⁾⁽²⁾.

Según el informe de la *Organización mundial de la salud (OMS)*, la esperanza de vida media en el mundo aumentó cinco años entre el 2000 y el 2015, el mayor incremento desde los años sesenta, con lo que la media de vida global se sitúa en los 71,4 años, siendo la mujer más longeva que los hombres. El hecho que las mujeres viven mucho más que los hombres en todos los países y regiones del mundo es evidenciado por la OMS⁽³⁾, ya que a nivel mundial, las mujeres viven por término medio unos cuatro años más que los hombres. En 2011 la esperanza de vida al nacer de las mujeres era de más de 80 años en 46 países. Concretamente, la esperanza de vida media entre ellas se sitúa en los 73,8 años, mientras que los hombres no alcanzan los 70, ya que su media es de 69,1 años de vida⁽³⁾.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Chile, el grupo de 60 años y más en 2014 alcanzó un 11,4% (1,7 millones de habitantes) del total de la población⁽⁴⁾. Según los datos del Departamento de Estadísticas e Informa-

ción de Salud de Chile (DEIS) hasta el 2015 la esperanza de vida llegaba a los 79 años, y específicamente en el sexo femenino llegaba hasta los 82 años de vida⁽⁵⁾. Según el estudio de PRB (*Population Reference Bureau*) las proyecciones más actualizadas para el país se publicaron en 2014, donde a nivel de envejecimiento se estima que para el 2025, los adultos de 60 años y más representarán 3,8 millones de habitantes, y para el 2050 llegarán a 7,1 millones de personas⁽⁶⁾.

Según el INE los datos anteriores son el reflejo de una baja tasa de natalidad (15,5 Nacidos Vivos por 100.000 habitantes), y una baja mortalidad (5,4 por 100.000 habitantes)⁽⁷⁾. Estando las causas de mortalidad del grupo de adultos mayores, directamente relacionada con diversas patologías, las más importantes son: enfermedades del sistema circulatorio, tumores malignos y enfermedades del sistema respiratorio⁽⁵⁾.

Por lo anterior, el estudio de la calidad de vida (CV) en pacientes oncológicos adultos mayores reviste gran relevancia, debido a que estos presentan mayores y variados riesgos y vulnerabilidades psicosociales, lo que sumado al dolor y el miedo a la muerte, más los cambios en el estilo de vida derivado del diagnóstico, podrían ocasionarles mayores y graves repercusiones físicas, emocionales, espirituales, sociales y laborales⁽⁸⁾.

Cambios epidemiológicos del cáncer en Chile

La mortalidad del país por grandes causas ha experimentado una variación importante debido a diferentes orígenes: al aumento en el nivel de las condiciones de vida, al envejecimiento poblacional, a cambios en los estilos de vida y a los avances en la provisión de servicios de salud. En 1960 las enfermedades cardiovasculares y las defunciones por cáncer en conjunto no superaban el 18% del total de defunciones mientras que las enfermedades del sistema respiratorio eran responsables de casi 21%. En la actualidad, esta realidad es a la inversa, las muertes por enfermedades respiratorias dan cuenta de menos del 10% del total de defunciones, mientras que las del sistema circulatorio y cáncer llegan en conjunto al 52%⁽⁹⁾.

Esta realidad no es homogénea a lo largo del territorio chileno, en las regiones de Arica y Parinacota, Iquique, Antofagasta y Aisén el cáncer pasa a ser la primera causa de muerte. Además, en nueve regiones la tasa de mortalidad por cáncer sobrepasa la del país: Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, Maule, Biobío, Araucanía, Los Ríos y Magallanes⁽¹⁰⁾.

La tasa de mortalidad según el tipo de cáncer también ha experimentado importantes cambios en las últimas décadas. En el caso de las mujeres la primera causa de muerte por cáncer en 1990 la ocupaba el cáncer de vesícula, seguido del cáncer de estómago, del cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino, cáncer de pulmón y cáncer colorrectal. Desde el 2010 el cáncer de mama está ocupando el primer lugar y el cáncer de vesícula biliar el segundo, manteniéndose el

cáncer de estómago como tercera causa, mientras que el cáncer cérvico-uterino pasa a ocupar el sexto lugar⁽¹⁰⁾.

Según muestran los registros poblacionales de Cáncer en Chile, específicamente en la Región del Biobío, los factores de riesgo ambientales están asociados a las actividades económicas desarrolladas en la región, siendo las principales las industrias relacionadas con el rubro forestal y la agricultura. La *tasa bruta de incidencia* (TBI) para hombres es de 226,7 casos nuevos por 100.000 habitantes y para mujeres, un poco menor, de 203,3 por 100.000 habitantes.

El cáncer en las mujeres según su localización, está representado en primer lugar por el cáncer de mama, con una tasa de 35,3 por 100.000 mujeres, seguido del cáncer de vesícula y vías biliares, con una tasa de 28 por 100.000 mujeres. En tercer lugar está el cáncer de estómago con una tasa de 20,1 por 100.000 mujeres y en cuarto lugar aparece el cáncer de cuello uterino con una tasa de 19,8 por 100.000 mujeres⁽¹¹⁾.

El avance logrado respecto al diagnóstico y tratamiento del cáncer ha sido un factor determinante en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes oncológicos, pero no ha logrado modificar el riesgo de muerte a nivel poblacional. Se estima que un 25% del total de muertes por neoplasias malignas en Chile es prevenible, ya sea por corresponder a tumores susceptibles de prevención primaria (principalmente los cánceres asociados al hábito de fumar), o de pesquisa y tratamiento precoz (cáncer de cuello uterino, cáncer de mama)⁽¹²⁾.

Metodología

Estudio cuantitativo, transversal, con enfoque descriptivo-correlacional. La población estuvo conformada por mujeres diagnosticadas con diferentes tipos de cáncer, que ingresaron al hospital Las Higueras de Talcahuano durante la gestión 2016. De esta población se obtuvo una muestra no probabilística por conveniencia de 70 mujeres, que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

La recolección de datos se llevó a cabo previa aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería y Comité de Apoyo a la Investigación del Hospital; se consideraron los 7 principios éticos de Ezekiel Emanuel; firmando, cada participante un Consentimiento Informado. Luego mediante una entrevista se aplicó un cuestionario estructurado de datos sociodemográficos, dimensiones del estado de salud y la Escala de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (*EORTC*), QLQ-C30.

Descripción del instrumento: La escala QLQ-C30 de la *EORTC*, es un cuestionario específico para evaluar la calidad de vida en personas con cáncer, se encuentra validado para ser aplicado en más de 80 idiomas. Está compuesto por 30 preguntas o ítems que valoran la CV en 1 escala de calidad de Salud Global, 5 escalas funcionales, 3 escalas de

síntomas y 6 ítems independientes de síntomas e impacto económico, tal como se observa en la tabla 1.

Los valores que se asignan a cada ítem de este cuestionario son entre 1 y 4 (1: en absoluto, 2: un poco, 3: bastante, 4: mucho). Solo los ítems 29 y 30 se evalúan con puntaje de 1 a 7 (1: pésima, 7: excelente). Las puntuaciones obtenidas se estandarizan y se obtiene un score entre 0 y 100. Los valores altos en el área de estado de Salud Global y áreas de funcionamiento, indican una mejor CV y una mejor funcionalidad respectivamente, mientras que en el área de los síntomas e impacto económico indicarían la presencia de mayor sintomatología asociada al cáncer y mayores problemas económicos respectivamente^(1,3).

Tabla 1. Descripción de QLQ C-30 de la EORTC

ÁREA	ESCALA	Nº DE ÍTEM EVALUADO
Salud Global	Estado de Salud Global	29 y 30
Funcionalidad	Función Física	1, 2, 3, 4 y 5
	Función de Rol	6 y 7
	Función Emocional	21 y 24
	Función Cognitiva	20 y 25
	Función Social	26 y 27
Síntomas	Fatiga	10, 12 y 18
	Dolor	9 y 19
	Náuseas y vómitos	14 y 15
	Disnea	8
	Insomnio	11
	Anorexia	13
	Estreñimiento	16
	Diarrea	17
Impacto económico	Impacto económico	28

Fuente: Calidad de vida en mujeres de 60 años y más con cáncer, adscritas a un hospital de la provincia de Concepción y su relación con los determinantes sociales de la salud. Vargas, Regina. 2018. Tesis Magister en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Para el procesamiento de datos se realizó análisis descriptivo univariado a través de tablas de frecuencias y gráficos (variables cualitativas), y para las variables cuantitativas se describieron con medidas de resumen (medidas de tendencia central y de dispersión). Luego se realizó análisis de la variable Calidad de vida (escala) comenzando con análisis de fiabilidad (consistencia interna global y por dimensiones, a través del cálculo del coeficiente de alfa de Cronbach), posteriormente análisis descriptivo por ítem y por el valor global de la escala. Luego se realizó análisis bivariado comparando medias con prueba t y ANOVA y para la asociación entre variables cuantitativas u ordinales, se calculó coeficientes de correlación (coeficiente de correlación de Pearson y de Spearman). Se finalizó con análisis multivariado a través de regresión lineal múltiple. Para los contrastes se consideró significancia del 5%. Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS-22.

Resultados

Fueron encuestadas 70 mujeres de 60 años y más con diferentes tipos de cáncer, su edad osciló entre 60 y 87 años, la media fue de 69,9 años (DE=6,8). El 88,6% residía en el área urbana, el 31,4% eran casadas, el 50% cursaron solo la enseñanza básica.

En cuanto a los aspectos clínicos de la muestra, el cáncer que más predomina entre la población encuestada fue el cáncer de mama, seguido del cáncer cérvico-uterino y en tercer lugar el linfoma no Hodgking y cáncer colorrectal. Con respecto a los aspectos clínicos de la evolución del cáncer, la mayoría de las participantes tenía etapa tumoral avanzada estadio III y IV, siendo el estadio III que obtuvo el 42,9%. El tiempo de

diagnóstico de la enfermedad hasta el momento de la aplicación de la encuesta osciló entre 1 y 95 meses, la media del tiempo de diagnóstico fue de 17,24 meses (DE=19,02). El 52% estaba siendo tratada con quimioterapia (tabla 2).

Los resultados obtenidos por las mujeres de 60 años y más en la Escala de Calidad de Vida (tabla 3), mostró en el estado de Salud Global una media de 65,7 puntos y DE=18,4 en. El área de funcionamiento que obtuvo mejor rendimiento, fue en la Función Cognitiva, y por el contrario las áreas de más bajo funcionamiento fueron la Social, seguido de la Función Física.

Con respecto al área de los Síntomas, se observan los puntajes más altos y por ende los de mayor sintomatología en Dolor y Fatiga. Y el síntoma con más bajo puntaje, corresponde a diarrea.

Los resultados obtenidos de la relación entre la escala de Calidad de Vida con los Determinantes Sociales de la Salud, mostró una relación estadísticamente significativa con 2 Determinantes Estructurales (Educación y Ocupación):

Mostró que al relacionar Calidad de Vida con la Educación, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,017$) entre el área de funcionamiento Físico y la educación, implicando que en las mujeres con ninguna o solo con Educación Básica, su Funcionamiento Físico es más bajo.

Al relacionar Calidad de Vida y Ocupación, se obtiene una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,042$) con el área de Funcionamiento Emocional, así como también con el área de Impacto Económico ($p=0,031$). Es decir, las mujeres que no eran activas laboralmente, tenían más bajo su funcionamiento Emocional, así como mayor era el impacto económico en la vida de las mujeres.

Tabla 2. Aspectos clínicos de la muestra

Variable	Categoría	n	%
Tipo de cáncer	Mama	21	30
	Cérvico-uterino	9	12,9
	L. no Hodgking	8	11,4
	Colorrectal	8	11,4
	Mieloma múltiple	6	8,6
	Gástrico	4	5,7
	Pulmón	3	4,3
	Ovario	2	2,9
	Faringe	2	2,9
	Otros	7	9,9
Etapa de la enfermedad	Etapa I	1	1,4
	Etapa II	18	25,7
	Etapa III	30	42,9
	Etapa IV	21	30,0
Tipo de tratamiento	Quimioterapia	37	52,9
	Radioterapia	16	22,9
	Alivio del dolor	13	18,6
	Control	6	8,6

Fuente: Calidad de vida en mujeres de 60 años y más con cáncer, adscritas a un hospital de la provincia de Concepción y su relación con los determinantes sociales de la salud. Vargas, Regina. 2018. Tesis Magister en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Tabla 3. Calidad de vida de las mujeres de 60 años y más con cáncer

EORTC QLQ C-30	Media	DE
Estado de Salud Global*	65,7	18,4
Funcionamiento Físico*	65,6	23,1
Funcionamiento de Rol*	72,4	30,1
Funcionamiento Emocional*	66,1	21,4
Funcionamiento Cognitivo*	78,1	24,2
Funcionamiento Social*	63,8	27,7
Dolor**	46,7	23,7
Fatiga**	43,7	26,1
Insomnio**	33,3	32,1
Estreñimiento**	31,9	34,7
Impacto económico**	31,4	33
Anorexia**	25,7	30,1
Disnea**	20,5	29,1
Nausea y vomito**	14,8	25,8
Diarrea**	7,6	19

Fuente: Calidad de vida en mujeres de 60 años y más con cáncer, adscritas a un hospital de la provincia de Concepción y su relación con los determinantes sociales de la salud. Vargas, Regina. 2018. Tesis Magister en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Los promedios son expresados en puntajes de 0 a 100.

En el área funcional *, a mayor puntaje, mejor funcionalidad.

En el área de síntomas**, a mayor puntaje, mayor sintomatología, mayor impacto en CV

Con respecto a la relación entre los Determinantes Sociales Intermediarios y la escala de Calidad de Vida, se pudo evidenciar una relación estadísticamente significativa con 3 de ellos: Condición de tenencia de vivienda, Estado general de la vivienda y satisfacción con ingreso:

El resultado mostró una diferencia estadísticamente significativa entre estado de Salud Global ($p=0,049$), con el ítem Tenencia de la Vivienda es decir las mujeres que no tenían casa propia son las que percibieron menor estado de Salud global, afectando su Calidad de Vida.

Con respecto al Determinante Intermediario estado General de la Vivienda, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa con el estado de Salud Global ($p=0,003$), indicando que las mujeres que percibían No bueno el estado general de su vivienda, tenían un menor estado de Salud Global, es decir menor calidad de vida. También este Determinante Intermediario presentó diferencia significativa con dos áreas de funcionamiento de la Calidad de Vida: El funcionamiento de Rol ($p=0,028$) y el funcionamiento Cognitivo ($p=0,017$), indicando que, al percibir un estado No bueno de la Vivienda, ambos funcionamientos eran menores, disminuyendo así su calidad de vida.

También este Determinante Intermedio presentó una diferencia significativa con 4 síntomas: Dolor ($p=0,009$), Fatiga ($p=0,020$), Disnea ($p=0,022$) y Anorexia ($p=0,013$), indicando que las mujeres que percibieron un Mal estado General de la Vivienda presentaron mayor intensidad de Dolor, Fatiga, Disnea y Anorexia.

En cuanto al Determinante Intermediario Satisfacción de Ingreso, mostró una diferencia estadísticamente significativa con el síntoma Nausea y Vómito ($p=0,036$), es decir las mujeres que estaban satisfechas con el ingreso económico

que recibían, presentaron más Nausea y Vómito que las mujeres que si estaban satisfechas con su ingreso económico.

Discusión

De acuerdo a los datos que proporciona el *Departamento de Estadística e Información de Salud de Chile (DEIS)* ⁽⁵⁾ las mujeres de 60 años y más en Chile, tienen una esperanza de vida de 82 años, este dato es similar al resultado que se obtiene de la edad media (69,9 años) y edad máxima (87 años) de las adultas mayores en esta investigación.

En cuanto a los aspectos clínicos de la población femenina de la muestra de este estudio, el cáncer que más predominó, fue el de mama. Informes del *Ministerio de salud de Chile (MINSAL)* muestran que el principal cáncer en mujeres en la región del Biobío es el de mama con una tasa de 35,3 por 100.000 mujeres⁽¹¹⁾.

En cuanto a los aspectos clínicos de la evolución del cáncer, la mayoría de las participantes estaba en etapa tumoral avanzada estadio III y IV. Más de la mitad de las encuestadas estaba siendo tratada con quimioterapia y un porcentaje menor estaba con radioterapia. Cabe resaltar que los pacientes mayores de 60 años que presentan esta patología, por las modificaciones que sufre el cuerpo humano a causa del envejecimiento van a diferir del resto, es decir los daños a órganos cercanos o efectos secundarios del tratamiento se verán más afectados⁽¹⁴⁾.

En relación a la medición de la calidad de vida de las mujeres de 60 años y más con cáncer, los resultados del estudio muestran que la CV Global fue de 65,7 puntos ($DE=18,4$), levemente alta considerando que el valor de referencia del estudio realizado por la EORTC es de 61,3 puntos ($DE=24,2$) (13). Sin embargo, resultó ser

inferior comparado al estudio realizado en Santiago de Chile, por *Irarrázaval et al* (15) en 2016, utilizando también el QLQ-C30, cuyo resultado de CV Global fue de 73,6 puntos (DE=18,2). Las diferencias con el presente estudio es que se trabajó con un grupo específico de edad, de 60 años y más. En cambio, *Irarrázaval*, trabajó con una población adulta, desde los 38 hasta los 83 años, donde probablemente los puntajes obtenidos por las mujeres de menor edad hacen la diferencia en los puntajes. Se puede comparar el presente resultado de CV Global con el estudio de *Cruz et al*(16), el cual obtuvo un puntaje similar, menor de 60 puntos (DE=9,3), este puntaje se podría atribuir a que los sujetos en ese estudio eran de ambos sexos, con distintos tipos de cáncer, en que un 45 % estaba hospitalizado, con un rango de edad de 57 a 64 años y un tamaño de la muestra de 40 persona.

Por otra parte el estudio realizado en Colombia por *Castillo et al*(17), muestra un resultado de CV global muy diferente a los anteriores, de 57,9 puntos (DE=12,5), la diferencia probablemente se debe a que en ese estudio se trabajó con mujeres de edad adulta con un promedio de edad de 41,3 años, edad mucho menor al promedio de la presente investigación.

Con respecto al resultado de la escala de CV, en relación al área de Funcionamiento, los que menor puntaje muestran son: funcionamiento social con una media de 63,8 (DE=27,7), seguido del funcionamiento físico con una media de 65,7 (DE=18,4), siendo estas, las que más afectan la calidad de vida de las mujeres de la muestra. Esto coincide con lo descrito por *Castillo et al*(17), donde las mismas variables tuvieron un comportamiento similar, siendo el funcionamiento social, así como el funcionamiento físico los que afectaron más la calidad de vida de las mujeres.

En cuanto al área de los síntomas de la escala de CV, se observa que los síntomas con puntaje más alto son: Dolor con una media de 46,7 (DE=26,1), seguido de Fatiga con 43,7 (DE=23,7), siendo estos dos síntomas los que más afectan la calidad de vida de las mujeres en este estudio. Es así como lo describe *Irarrázaval et al*(15), donde los síntomas Insomnio, Dolor y Cansancio fueron los síntomas con mayor relevancia frente al resto. Al mismo tiempo describe que los estudios de Fatiga relacionados al cáncer son de etiología incierta aunque se postule un origen multifactorial, combinando condiciones derivadas de patología, alteraciones psicológicas, y otros problemas causados en el sistema inmunológico(15).

Se evidencia que el Dolor y la Fatiga son síntomas de gran relevancia en el diagnóstico de cáncer. En este sentido la *Teoría de Enfermería de los Síntomas Desagradables*, de Lenz y cols(18), se enfoca directamente con el síntoma Dolor, considerándose un indicador de cambio, que será percibido en el funcionamiento normal de las personas. Ya *Sanhueza y cols*(19) en 2007 en Chile, confirmaron estadísticamente que el dolor era el síntoma que influía negativamente en la CV. Según la teoría de los síntomas desagradables, los factores que lo influirían serían fisiológicos, psicológicos y situacionales.

Uno de los estudios que validan la importancia de la teoría de los síntomas desagradables, es el estudio de *Espinoza y col*(20), que refiere que el control de síntomas cobra primera importancia en el campo de los cuidados paliativos en personas con diagnóstico de Cáncer, ya que los síntomas más frecuentes que manifiestan estos pacientes son dolor, náuseas, fatiga, disnea, entre otros. Así mismo describe que esta teoría orienta la existencia de una retroalimentación entre las consecuencias de los resultados de la

experiencia de síntomas que están directamente relacionadas a la calidad de vida de las personas, y la experiencia de síntomas.

Con respecto a los resultados obtenidos mediante el análisis descriptivo de la distribución de las determinantes sociales de la salud, se observa que el 50% solo cursó la enseñanza básica y el 4,3% nunca recibió educación escolar. El 70% era jubilada y/o pensionada, el ingreso económico mensual del 57,1% fue de 101.000 a 200.000 pesos chilenos por mes, el 70% no estaba satisfecha con los ingresos recibidos. Por los resultados obtenidos se puede decir que más del 50% de la muestra era de estatus socioeconómico bajo. *De la Torre et al* ⁽²¹⁾ describen que el grupo de los determinantes estructurales (educación, ocupación e ingreso económico) serán quienes determinen la posición socioeconómica de grupos sociales, entendiendo que el nivel educativo influye en la ocupación y esta última en el ingreso. El resultado de este estudio muestra que la calidad de vida está relacionada con los determinantes estructurales, ya que se observa una relación estadísticamente significativa en Educación y Funcionamiento Físico ($p=0,017$), también se observa una relación entre Ocupación y Funcionamiento Emocional ($p=0,042$) así también con el impacto económico ($p=0,031$).

El grupo de los determinantes intermediarios es importante destacar que son los determinantes que afectan la salud, en menor o mayor grado, dependiendo de la posición social, la cual determinará la vulnerabilidad del individuo ante los daños de la salud ⁽²¹⁾.

Por lo cual los resultados de este estudio evidencian que existe relación estadísticamente significativa entre calidad de vida y determinantes Intermediarios en: Tenencia de la vivienda y el Estado de Salud Global ($p=0,049$), también

Estado general de la vivienda y distintas áreas de la CV como: Estado de Salud Global ($p=0,003$), Funcionamiento de rol ($p=0,028$), Funcionamiento cognitivo ($p=0,017$), y en el área de los síntomas se relaciona con: Fatiga (0,020), Dolor ($p=0,009$), Disnea ($p=0,022$) y Anorexia ($p=0,013$). Con estos resultados se evidencia que hay una vulnerabilidad en el estado de salud de las mujeres con cáncer, y a su vez impacta sobre su calidad de vida de forma negativa.

Conclusiones

Se comprobó la relación estadísticamente significativa entre algunas áreas de funcionamiento de la calidad de vida y los determinantes estructurales e intermediarios de las mujeres, tales como: educación, ocupación, estado de la vivienda y satisfacción con los ingresos percibidos. Es decir, en mujeres adultas mayores diagnosticadas con cáncer se pudo evidenciar en este estudio, que su calidad de vida sí se ve alterada por algunos de los determinantes sociales de la salud.

Si se considera el sexo y la edad de las participantes de este estudio, y la respuesta que la mayoría de este grupo etario dio a las preguntas generales número 29 "Percepción del Estado de Salud", y número 30 "Percepción de Calidad de Vida", se aprecia que fue en la categoría 5 (de 1: pésima a 7: excelente). Esto llama la atención dado que ambas preguntas configuran el "Estado de Salud Global" dando a entender que la percepción de las mujeres se orienta a una percepción más positiva de su salud y de su calidad de vida. Ambas respuestas pueden corresponder a una percepción de confiabilidad que tienen las mujeres adultas sobre el tratamiento de su enfermedad, la que está siendo controlada,

con un tratamiento suministrado en forma adecuada y regulada por un Servicio de Salud por el cual no deben pagar y que satisface enteramente sus requerimientos.

Los pacientes oncológicos, solo por su diagnóstico son más vulnerables y los síntomas en ellos se ven acentuados, en especial el Dolor como se evidenció en este estudio, comprobado en diversas investigaciones como el síntoma que más afecta la calidad de vida de las personas. Por lo mismo es importante valorarlo en las mujeres adultas mayores, por su impacto directo en la calidad de vida.

La teoría de Enfermería de los Síntomas Desagradables contribuyó a dar fundamento a los resultados, aumentando en este caso la comprensión de la experiencia de los síntomas de las mujeres y su contexto, al identificar que las mujeres con menor satisfacción por su vivienda tenían menor calidad de vida; y que los síntomas de Dolor y Fatiga presentaron los más altos puntajes en el área de los síntomas en la escala QLQ-C30, informando del impacto en la calidad de vida percibida por las mujeres; información que debiera ser utilizada para el “diseño de medios eficaces para prevenir, mitigar o controlar los síntomas desagradables y sus efectos negativos”. Esta teoría constituye una herramienta útil para ser aplicada en los servicios de oncología. Su uso en el ámbito de la investigación aplicada en el cuidado de enfermería aún es poco conocido, por lo que se hace necesario trabajar en base a ella para lograr la inclusión en este terreno.

La disciplina de Enfermería ha logrado importantes avances en el ámbito de investigación, sin embargo, en el área asistencial en general aún persisten barreras estructurales y de gestión que dificultan la aplicación de teorías y escalas para una adecuada valoración de los pacientes.

Los resultados de esta investigación cobran importancia desde el punto de vista de la evidencia, ya que los mismos podrán apoyar el cuidado integral de las mujeres adultas con cáncer; también debiera permitir un trabajo interdisciplinario entre los profesionales de salud, en especial para dar más énfasis en estas determinantes sociales (menor nivel de educación y ocupación o en que las condiciones de vivienda e ingreso estén deterioradas) en la valoración y cuidado de estas mujeres, para proponer estrategias que mejoren efectivamente su bienestar y calidad de vida.

Se recomienda para futuros estudios en la misma línea de investigación, considerar un tiempo mayor para la recolección de datos, tomando en cuenta que el grupo etario de adultos mayores es de complejo acceso tanto por su vulnerabilidad en salud como por los aspectos psicosociales que presentan.

Referencias bibliográficas

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía. Santiago: CEPAL; 2017.
2. Ferrada Mundaca L, Zavala Gutiérrez M. Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado. *Cienc. enferm.* [Internet] 2014; 20(1):123-30. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100011&lng=es [consulta: 22 may 2017].
3. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Nota descriptiva N°297. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/> [consulta: 3 ago 2017].
4. Chile. Instituto Nacional de Estadísticas. Compendio Estadístico. Santiago: INE; 2017.
5. Chile. Ministerio de Salud. Departamento de Estadística e Información en Salud. Indicadores básicos de salud Chile 2014. [Internet]. Disponible en: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2015/04/IBS-2014.pdf> [consulta: 12 mar 2017].
6. Population Reference Bureau. Cuadro de datos de la población mundial 2014 [Internet]. Disponible en: <http://www.prb.org/SpanishContent/2015/2014-world-population-datasheet-sp.aspx> [consulta: 29 abr 2017].
7. Chile. Ministerio de Salud. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. p. 181. [Internet]. 2011. Disponible en: www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf [consulta: 20 mar 2017].
8. Salas ZC, Grisales RH. El reto de la valoración de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Salud Uninorte* 2010; 26(1):134-42.
9. Chile. Ministerio de Salud. Informe final: Estudio de carga enfermedad y carga atribuible. [Internet]. 2008. Disponible en: www.cienciasdelasalud-udla.cl/portales/.../File/Informe-final-carga-Enf-2007.pdf [consulta: 5 feb 2017].
10. Itriago GL, Silva IN, Cortes FG. Cáncer en Chile y el mundo: una mirada epidemiológica, presente y futuro. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet] 2013; 24(4):531-552. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/.../PDF%20revista%20médica/2013/.../1_Dra.-Laura-It [consulta: 28 ene 2017].
11. Chile. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Cáncer. [Internet]. 2016. Disponible en: web.minsal.cl/wp-content/.../Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf [consulta: 30 mar 2017].
12. Sarabia Cobo CM. Envejecimiento exitoso y calidad de vida: su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos* [Internet] 2009; 20(4):172-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005&lng=es [consulta: 11 may 2018].
13. Scott NW, Fayers P, Aaronson NK, Bottomley A, de Graeff A, Groenvold M, et al. EORTC QLQ-C30 Reference Values Manual. 2nd ed. Brussels: EORTC Quality of Life Group; 2008.
14. González Calzadilla ME, Céspedes Quevedo MC, González Calzadilla I, Infante Carbone MC, Vinent Céspedes AM. Reacciones adversas al tratamiento radiante en el adulto mayor con cáncer. *MEDISAN* [Internet] 2015; 19(1):18-25. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100004&lng=es [consulta: 3 ago 2017].

15. Irarrázaval ME, Kleinman P, Silva RF, Fernández González L, Torres C, Fritis M, et al. Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de cáncer de mama. *Rev. méd. Chile* [Internet] 2016; 144(12):1567-76. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001200008&lng=es [consulta: 15 mar 2017].
16. Cruz Bermúdez HF, Moreno Collazos JE, Angarita Fonseca A. Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga Colombia. *Enfermería Global* [Internet] 2013; (30):294-302. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/160351/146771> [consulta: 12 jul 2017].
17. Castillo Avila I, Canencia Padilla J, Zurbarán Lamadrid M, Pertuz Cantillo D, Montes Padilla M, Jiménez Chacón M. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino, Cartagena (Colombia), 2012. *Revista Colomb Obstet Ginecol* [Internet] 2015; 66(1):22-31. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n1/v66n1a03.pdf> [consulta: 22 jul 2017].
18. Lenz E, Pugh L. Theory of unpeasant symptoms. In: Smith M, Liehr P, ed. *Middle range theory for nursing*. 2nd. ed. New York: Springer; 2008. p. 159-83.
19. Sanhueza O. *Calidad de Vida de usuarios del Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos*. Santiago de Chile: MINSAL; 2007. p.6.
20. Espinoza Venegas M, Valenzuela Suazo S. Análisis de la teoría de los síntomas desagradables en el cuidado de la enfermería paliativa oncológica. *Rev Cubana Enferm* [Internet] 2011; 27(2):141-50. <https://doaj.org/article/1c4659b35bdb420c967302fafee3514a> [consulta: 22 jul 2017].
21. Torre-Ugarte-Guanilo MDL, Oyola-García A, Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/ indicadores para su medición. *Revista Peruana de Epidemiología* [Internet] 2014; 18(1):1-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203132677002> [consulta: 12 mar 2017].

Recibido: 20180608

Aceptado: 20180628

Burnout en profesionales de la salud hospitalaria: revisión sistemática de la literatura

Burnout in Hospital Health Professionals: a Systematic Literature Review

Burnout em profissionais da saúde hospitalar: revisão sistemática da literatura

Juliana Ferreira da Rosa¹, Clarice Alves Bonow², Marta Regina Cezar-Vaz³, Rita Maria Heck⁴, Daiani Modernel Xavier⁵

Resumen:

Objetivo: investigar la prevalencia del Síndrome de *Burnout* en los trabajadores que actúan en hospitales y los factores asociados a su desarrollo. **Método:** se trata de una revisión sistemática de la literatura realizada en LILACS y PubMed, que tuvo como cuestión orientadora “¿cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud que actúan en hospitales?”. Para la investigación se utilizaron los descriptores “(professional exhaustion) o (burnout) y (MBI) o (Maslach Burnout Inventory) y (professional health)”, además de filtros “Inglés, español y portugués”, y encontró 928 artículos, y de estos, 18 fueron seleccionados para esa revisión.

Resultados: de los estudios seleccionados, solamente siete (39%) fueron desarrollados en el contexto nacional y 11 (61%) fueron desarrollados en el contexto internacional. La mayoría de los estudios identificaron una alta prevalencia del síndrome de *Burnout*, y se identificó una asociación entre el disturbio y los profesionales del sexo femenino, solteros, con menor tiempo de actuación y que cumplían una mayor carga de trabajo.

Conclusión: el síndrome de *Burnout* es un fenómeno complejo, y no fue posible identificar un perfil sociodemográfico más propenso, pues los estudios divergieron entre las variables que fueron significativas cuanto a su desarrollo. Además, existen los factores subjetivos de cada individuo, sus estrategias de enfrentamiento desarrolladas a lo largo de su existencia, con base en sus experiencias individuales, que pueden proteger o exponer frente a situaciones adversas.

¹ Psicóloga: Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) Pelotas, RS, Brasil: jufrosa@bol.com.br

² Enfermeira: Docente Adjunto A da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) Pelotas, RS, Brasil: claricebonow@gmail.com.br

³ Enfermeira: Docente Titular da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) Rio Grande, RS, Brasil: cezarvaz@vetorial.net

⁴ Enfermeira: Docente Titular da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) Pelotas, RS, Brasil: rmheckpillon@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira: Docente Adjunto A da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) Rio Grande, RS, Brasil: daiamoder@gmail.com

Palabras clave:

Revisión, agotamiento profesional, personal de salud.

Abstract:

Objective: to investigate the prevalence of *Burnout* Syndrome among hospital health professionals and factors associated with their development.

Methods: it is a systematic review of literature performed in LILACS and PubMed, which had as a guiding question “what is the prevalence of burnout syndrome in health professionals who work in hospitals?” For the research, the descriptors “(professional exhaustion) OR (burnout) AND (MBI) OR (Maslach Burnout Inventory) AND (professional health)”, plus “English, Spanish and Portuguese” filters were used, with 928 articles found, and 18 were selected for this review.

Results: of the selected studies, only seven (39%) were developed in the national context and 11 (61%) were developed in the international context. Most of the studies identified a high prevalence of Burnout syndrome, and an association was identified between the disorder and unmarried, less time-consuming, female workers who performed more work.

Conclusion: the Burnout syndrome is a complex phenomenon, and it was not possible to identify a sociodemographic profile more prone to it, since the studies diverged between the variables that were significant in their development. In addition, there are the subjective factors of each individual, their coping strategies developed throughout their existence, based on their individual experiences, that can protect you or expose you to adverse situations.

Keywords:

Review, Burnout, professional, Health personnel.

Resumo:

Objetivo: investigar a prevalência da Síndrome de *Burnout* nos trabalhadores que atuam em hospitais e os fatores associados ao seu desenvolvimento. *Método:* trata-se de uma revisão sistemática de literatura realizada na LILACS e PubMed, que teve como questão norteadora “qual a prevalência da síndrome de burnout nos profissionais da saúde que a atuam em hospitais?”. Para a pesquisa foram utilizados os descritores “(professional exhaustion) OR (burnout) AND (MBI) OR (Maslach Burnout Inventory) AND (professional health)”, acrescidos dos filtros “inglês, espanhol e português”, sendo encontrados 928 artigos, e desses, 18 foram selecionados para essa revisão. *Resultados:* dos estudos selecionados, somente sete (39%) foram desenvolvidos no contexto nacional e 11 (61%) foram desenvolvidos no contexto internacional. A maioria dos estudos identificou uma alta prevalência da síndrome de *Burnout*, e foi identificada uma associação entre o distúrbio e profissionais do sexo feminino, solteiras, com menos tempo atuação e que cumpriam uma maior carga de trabalho.

Conclusão: a síndrome de *Burnout* é um fenômeno complexo, e não foi possível identificar um perfil sociodemográfico mais propenso a ela, pois os estudos divergiram entre as variáveis que

foram significativas quanto ao seu desenvolvimento. Além disso, existem os fatores subjetivos de cada indivíduo, suas estratégias de enfrentamento desenvolvidas ao longo da sua existência, com base nas suas experiências individuais, que podem lhe proteger ou expor frente a situações adversas.

Palabras-chave:

Revisão, esgotamento profissional, pessoal de saúde.

Introducción

El estrés ocupacional en profesionales de la salud viene siendo ampliamente debatido a lo largo de los años, pues, además de traer consecuencias para la vida del trabajador, puede interferir en la calidad de la asistencia prestada e influir decisivamente en la salud de los pacientes⁽¹⁾. El estrés se caracteriza cuando las demandas del ambiente externo se vuelven amenazadoras y transponen los recursos internos que el individuo dispone para enfrentarlas, perjudicando su salud física y mental⁽²⁾. Para lidiar de forma más eficiente con los eventos estresantes, el individuo, desarrolla estrategias de enfrentamiento (coping), pero cuando esos recursos no funcionan de manera adecuada, el estrés se cronifica, pudiéndose instalar el Síndrome de *Burnout* (SB)⁽³⁾.

Este síndrome se caracteriza por un estado de tensión emocional y estrés crónico, provocado por condiciones de trabajo desgastantes⁽⁴⁾, y se manifiesta por una serie de signos y síntomas que pueden incluir irritabilidad, rigidez, humor deprimido, fatiga, agotamiento y sentimientos de fracaso⁽⁵⁾. Además, los profesionales experimentan una tendencia al aislamiento, con pérdida de interés por las actividades de trabajo y compromiso en la capacidad de ayuda, perjudicando su desarrollo como profesional y el manejo con otras personas⁽⁵⁾.

El SB está incluido en el Código Internacional de Enfermedades (CID 10), a través de la clasificación Z 73.0, que se refiere a la sensación de estar acabado, algo que caracteriza la presencia del *Burnout*⁽⁶⁾. A partir de ahí, en 1999, la ordenanza n.º 1339 del Ministerio de Salud, pasó a incluir el SB entre los trastornos mentales y del comportamiento relacionados con el trabajo, considerando los perjuicios que el mismo puede traer para el funcionamiento psíquico y emocional del profesional, alejándolo de sus actividades laborales⁽⁷⁾.

Para desarrollarse, el SB depende de tres dimensiones relacionadas, pero independientes entre sí: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización en el trabajo⁽⁸⁾⁽⁹⁾. El agotamiento emocional se caracteriza por una sensación constantemente cansada, fatiga, sobrecarga y falta de energía para desempeñar las tareas de trabajo⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾. La despersonalización se caracteriza por un distanciamiento afectivo, en relación a los compañeros de trabajo y clientes asistidos, y el trabajo pasa a ocurrir de forma impersonal, estereotipada y fría⁽⁷⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾. La baja realización en el trabajo se refiere a un sentimiento de insatisfacción e incapacidad, pudiendo llevar la baja autoestima, desmotivación e incluso abandono de la actividad laboral⁽⁷⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾.

La organización del trabajo en el ambiente hospitalario expone a los profesionales de esa categoría a una serie de riesgos a su salud. Entre ellos, se destaca la elevada carga de trabajo cumplida por estos profesionales, la organización del trabajo por turnos, la vivencia de más de un vínculo profesional por parte de los trabajadores, la mayor vulnerabilidad a los riesgos biológicos, la exposición a problemas estructurales - estructura física, insuficiencia y ausencia de materiales de trabajo⁽¹²⁾. Además, ese lugar suele ser visto como un ambiente frío, sin vida, con olor a éter, aparatos ruidosos, camillas circulando, personas conversando y, muchas veces, es mal iluminado, con coloraciones que no proporcionan bienestar, facilitando la irritación, frustración y mal humor⁽¹³⁾. A partir de ahí, este ambiente puede proporcionar estrés y agravios psíquicos, debilitando las relaciones de trabajo y perjudicando las capacidades de enfrentamiento frente a las actividades que el profesional ejerce⁽¹²⁾.

En función de esas peculiaridades, el ambiente hospitalario se convierte en un facilitador para el desarrollo del SB entre los trabajadores que actúan en ese lugar. A pesar de que, a lo largo de los últimos años, los autores están desarrollando investigaciones para investigar ese disturbio en el contexto hospitalario, todavía existen brechas en la literatura sobre su prevalencia y sobre los factores que podrían ser asociados a su desarrollo. El conocimiento de estos aspectos permitiría la comprensión de la dimensión de este trastorno y facilitaría el desarrollo de estrategias de enfrentamiento y prevención del síndrome, ya que puede traer innumerables consecuencias negativas para la vida personal y profesional del trabajador.

De esta forma, el objetivo de esta revisión es investigar la prevalencia del SB entre los trabajadores que actúan en hospitales y analizar los factores que pueden ser asociados a su desarrollo.

Métodos

Este estudio se trata de una revisión sistemática de literatura, construida con base en las etapas establecidas por el *Cochrane Handbook*⁽¹⁴⁾. Esta metodología incluye siete etapas: formulación de la pregunta, localización y selección de los estudios, evaluación crítica de los estudios, recolección de datos, análisis, presentación e interpretación de los resultados y perfeccionamiento y actualización de la revisión.

En la primera etapa, la pregunta formulada para orientar la búsqueda de estudios que contemplen la temática fue: ¿Cuál es la prevalencia del SB en los profesionales de la salud que la actúan en hospitales?

Para realizar la localización y selección de los estudios se realizaron búsquedas, en las siguientes bases de datos: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Sistema Online de Búsqueda y Análisis de la Literatura Médica (MEDLINE/PubMed). La investigación se llevó a cabo entre los meses de julio y agosto de 2017 y se utilizaron los descriptores “(professional exhaustion) o (burnout) y (MBI) o (Maslach Burnout Inventory) e (professional health)”, más los filtros “inglés, español y portugués”.

A través de las búsquedas en las bases de datos se encontraron 928 estudios sobre el tema, siendo que de esos, fueron excluidos 22, por tratarse de títulos duplicados. Después de la lectura analítica de los títulos y resúmenes, 18

estudios fueron seleccionados para la lectura en su totalidad. Todos ellos utilizaron al menos un cuestionario con variables sociodemográficas y ocupacionales para asociarse con el Síndrome de *Burnout*.

Se utilizaron como criterios de inclusión para esta revisión sistemática, estudios que abordaban la prevalencia del SB en profesionales de la salud de hospitales y que utilizaban el Maslach Burnout Inventory (MBI) para evaluar el SB asociado a otro cuestionario que contenía aspectos ocupacionales y sociodemográficos. El MBI es el principal instrumento utilizado para evaluar el SB, y consiste en una escala de 22 ítems, que analiza las tres dimensiones del trastorno - despersonalización (5 ítems), agotamiento emocional (9 ítems) y realización personal (8 ítems). En cada ítem el profesional cuantificará su sentimiento en relación al trabajo, a través de una escala likert que varía de 1 (nunca) hasta 5 (siempre).

Se excluyeron de la revisión los artículos, con las siguientes características: estudios que abordaban el SB en profesionales fuera del área de la salud; los que involucra el SB en profesionales de la salud fuera del contexto hospitalario; producciones que se referían a hospitales psiquiátricos y que se referían únicamente a la urgencia y la emergencia; estudios que se referían al SB en profesionales de la salud que estaban en período de residencia, debido a las peculiaridades de esa población; artículos que abordaban el SB relacionada a otra temática; artículos que utilizaban la revisión de literatura como metodología; artículos que no utilizaban el MBI para evaluar el SB.

Para la recolección de datos de los 18 artículos seleccionados se realizó una síntesis, abordando los siguientes aspectos: tipo de estudio, año de la

publicación, número/categoría de profesionales de la salud investigados, variables estudiadas y resultado. Para finalizar, en la etapa de presentación e interpretación de los resultados fueron apuntados datos sobre prevalencia del SB, criterios de corrección del MBI y variables sociodemográficas y ocupacionales a ser investigadas, cuando se busca una asociación con el SB.

Resultados

Al final del proceso de lectura de resúmenes, se seleccionaron dieciocho estudios para esa revisión de literatura.

De los estudios seleccionados, solamente siete (39%) fueron desarrollados en el contexto nacional⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾ y 11 (61%) fueron desarrollados en el contexto internacional⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³¹⁾⁽³²⁾.

En cuanto al público objetivo de estos estudios, se percibió que siete (38,9%) se refieren a profesionales de la medicina - especialmente anestesiólogos, neurocirujanos, ginecólogos, pediatras, intensivistas y oncólogos⁽¹⁶⁾⁽¹⁹⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾, siete (38,9%) comprendieron profesionales de enfermería - técnicos, auxiliares y enfermeros⁽¹⁵⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽²⁰⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾⁽²⁹⁾, dos (11,2%) abarcaran profesionales de enfermería, médicos, fisioterapeutas y otras categorías no especificadas⁽³¹⁾⁽³²⁾, un 5,5% que involucró a profesionales de la medicina y enfermería⁽²⁴⁾ y un 5,5% comprendió profesionales de la fisioterapia⁽²⁵⁾.

Los resultados sobre la prevalencia del SB en los estudios encontrados fueron divergentes. En catorce estudios (72%) se encontró una alta prevalencia del SB⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾⁽³²⁾, en dos (11%) se encontró una prevalencia moderada⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾ y en tres estudios (17%) se encontró una baja prevalencia del SB⁽¹⁹⁾⁽²⁹⁾⁽³¹⁾. Prestar

atención a estos resultados específicamente en el contexto brasileño, se encontró que los siete estudios seleccionados, seis sugirieron una alta prevalencia de SB entre los profesionales de la salud estudiados⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾, lo que refuerza aún más la necesidad de atenderse para la salud mental de estos profesionales.

En relación a los datos sociodemográficos y ocupacionales se identificó que los estudios divergían en cuanto a aquellos que necesitan ser investigados cuando se está buscando una asociación con el SB. La mayoría consideró necesario investigar entre los profesionales de la salud dados como: sexo, edad, estado civil y la presencia de hijos⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾⁽²⁴⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³¹⁾⁽³²⁾. En cuanto a los datos ocupacionales, se percibe que la mayoría de los estudios investigó tiempo de profesión, carga horaria, escolaridad, turno de trabajo, sector de trabajo y licencia por motivo de salud⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²³⁾⁽²⁵⁾⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾.

Discusión

La etapa inicial de esta revisión sistemática permitió identificar que el SB en el área de la salud es una temática que comenzó a ser investigada solamente en los últimos treinta años, una vez que el primer estudio sobre ese tema fue desarrollado en 1986, con enfermeras que actuaban en el área de cuidados intensivos⁽³³⁾. Con el paso de los años, hubo mayor preocupación entre los investigadores en atender para el agotamiento profesional de los trabajadores hospitalarios. Además, se percibe que sólo en los últimos doce años, comenzaron a surgir los primeros estudios para evaluar la prevalencia del SB en profesionales de la salud que actúan en hospitales, así como identificar los factores asociados a ella.

Los hallazgos de esta revisión muestran que la mayoría de los estudios encontrados sobre la temática se desarrollaron en el contexto internacional. Estos resultados corroboran con aquellos encontrados por Trigo et al.⁽³⁴⁾, a través del estudio de revisión de literatura que desarrollaron en esa época y que también evidenció que las investigaciones sobre el SB estaban más avanzadas en el escenario internacional. Después de diez años de esta revisión, actualmente se percibe que a pesar de los avances en términos de investigación sobre el tema, el país todavía posee deficiencia de estudios que enfatizan sobre la prevalencia y los factores asociados al SB en hospitales.

A partir de los hallazgos arriba, se percibe que las investigaciones sobre el SB, en general, se concentraron más entre los profesionales de los equipos de enfermería y de la medicina. En el contexto internacional, sin embargo, se observa que ya hay una preocupación en incluir a otros profesionales de la salud en los estudios sobre el agotamiento profesional, pero en Brasil no se encontraron publicaciones que incluyas otras áreas además de la enfermería y la medicina.

El resultado muestra que existe una laguna de estudios en la literatura que investiga el SB entre los profesionales de la salud del equipo multiprofesional en su totalidad, abordando además de médicos y enfermeros, los psicólogos, nutricionistas y fisioterapeutas. Sería interesante hacer reflexiones sobre las peculiaridades del trabajo de cada área profesional que puedan proteger o exponer al individuo al riesgo de desarrollo del *Burnout*.

Aunque el MBI sea considerado el principal instrumento para evaluar el SB, existen divergencias en cuanto a su interpretación para caracterizar la presencia del disturbio. Para algu-

nos autores el SB ocurrirá cuando el individuo puntualiza altos scores en las dimensiones de despersonalización y agotamiento emocional y puntuación bajo en la realización profesional⁽³⁵⁾. En cambio, otro estudio considera la presencia del SB cuando el sujeto puntúa puntuación alto en la dimensión de despersonalización o agotamiento emocional, o puntuación baja en la dimensión de realización profesional⁽³⁶⁾.

Algunos estudios realizaron simulación de resultados, considerando los dos criterios de corrección del MBI para caracterizar la presencia del SB. Estas divergencias son un atravesamiento cuando se realiza la comparación entre los resultados del estudio y cuando se pretende estudiar la prevalencia del SB. Además, a pesar de catorce estudios haber identificado una alta prevalencia del SB, esta revisión identificó que no hay un criterio numérico entre los autores para clasificar ese resultado como alto, moderado o bajo, quedando algo más subjetivo a la interpretación y análisis de cada autor de los autores artículos.

En cuanto a las variables investigadas, cuando se busca una asociación con el SB, todos los estudios consideraron importante investigar el sexo de los trabajadores, pero sólo cuatro identificaron una asociación importante entre el sexo y las dimensiones del *Burnout*. En esta perspectiva los estudios identificaron que aún existen diferencias en cuanto a las atribuciones y roles de cada género, ya que las mujeres normalmente experimentan una doble jornada de trabajo, que se divide entre la actividad laboral y el cuidado de casa y de los hijos, lo que termina exponiéndola a un mayor cansancio físico y mental, síntomas asociados al *Burnout*⁽¹⁵⁾⁽¹⁹⁾⁽²²⁾
(26).

La mayoría de los estudios de esta revisión que encontraron una asociación significativa entre el estado civil y el SB, sugiriendo que los trabajadores solteros son más propensos al agotamiento emocional⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽²⁶⁾. Este resultado muestra que la falta de soporte y estructura familiar puede colaborar con el exceso de dedicación a las actividades de trabajo, dejando al trabajador más vulnerable al *Burnout*⁽¹⁸⁾⁽²⁶⁾.

En cuanto al tiempo de profesión, la mayoría de los estudios que encontraron una asociación significativa con el SB, sugiriendo que cuanto menos tiempo de trabajo, mayor es la propensión de desarrollar el disturbo⁽¹⁵⁾⁽¹⁹⁾⁽²¹⁾⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾⁽³¹⁾. A partir de ahí, se puede reflejar que los profesionales en inicio de carrera tienen más dificultad para lidiar con su actividad de trabajo, pues se están adaptando a las complejidades y atravesamientos que permean las demandas del trabajo en salud. Por otro lado, los trabajadores que desde hace más tiempo en el mercado ya han desarrollado sus estrategias de enfrentamiento, lo que les permite manejar de forma más eficaz con esas demandas.

La carga horaria de trabajo también fue una variable estudiada, en la mayoría de los artículos de esta revisión. Entre aquellos que encontraron una asociación significativa con el SB, hay un consenso de que cuanto mayor sea la carga de trabajo, mayor será la vulnerabilidad al SB. Además, todos los artículos que investigaron si los profesionales hacían plantón encontraron una asociación significativa con el *Burnout*, reforzando lo que esa actividad puede aumentar el agotamiento, el cansancio y la sobrecarga⁽¹⁶⁾
(19)(21)(27).

Conclusiones

Los hallazgos de los estudios sugieren que no fue posible identificar un perfil sociodemográfico más propenso al SB, ya que los estudios difieren entre las variables que fueron significativas en cuanto al desarrollo del síndrome. Aunque algunos de los artículos encuentran resultados similares y concatenan en algunos aspectos, estos resultados no pueden generalizarse, ya que, durante el análisis de las asociaciones, en la mayoría de ellos no hubo un consenso de, al menos la mayoría de los estudios, encontrar asociaciones similares.

Estas conclusiones refuerzan el hecho de que el SB es un fenómeno complejo que depende de la relación entre el individuo y su ambiente de trabajo. A partir de ahí, a pesar de que todos los estudios de esta revisión se desarrollaron en hospitales, es necesario considerar que las características de estos ambientes varían, pudiendo ser factores de protección o de mayor exposición a este síndrome. Además, existen los factores subjetivos de cada individuo, sus estrategias de enfrentamiento desarrolladas a lo largo de su existencia, con base en sus experiencias individuales, que pueden proteger o exponer frente a situaciones adversas.

Referências

1. Adriano MSP. et. al. Estresse Ocupacional em Profissionais da Saúde que Atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Cajazeiras-PB. *Rev. bras. ciên. saúde* [Internet]. 2016 ; 21(1): 29-34. Disponible en: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/16924/16432> [consulta: 21 oct. 2018]
2. Nodari NL. et. al. Estresse, conceitos, manifestações e avaliação em saúde: revisão de literatura. *Saúde e Desenvolvimento Humano* [Internet]. 2014 ; 2(1): 61-74. Disponible en: https://www.revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/1543/1100 [consulta: 21 oct. 2018]
3. Guido LA, Silva LM, Kleinübing RE, Umann J. Estresse e coping entre enfermeiros de unidade cirúrgica de hospital universitário. *Rev RENE* [Internet]. 2012 ; 13 (2): 428-36. Disponible en: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/3949/3126> [consulta: 21 oct. 2018]
4. Manteigas Marcelo VC. Burnout e stress nos assistentes sociais. *Dissertação*. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa; 2017. Disponible en: https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/15571/1/vania_manteigas_marcelo_diss_mestrado.pdf [consulta: 21 oct. 2018]
5. Cruz JFW. Síndrome de Burnout e fatores associados em professores cirurgiões-dentistas da Bahia. *Tese*. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016. Disponible en: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/23480> [consulta: 21 oct. 2018]

6. World Health Organization. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID10*. 6 ed. São Paulo (BR): EDUSP; 2002.
7. Carlotto MS, Câmara SG. *Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil*. Psico (Porto Alegre) [Internet]. 2008; 39(2): 152-8. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1461/3035> [consulta: 21 oct. 2018]
8. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. *Job Burnout*. *Annu Rev Psychol* [Internet]. 2001;52: 397-422. Disponível em: <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/154.pdf> [consulta: 21 oct. 2018]
9. Lima AS. *Prevalência e fatores associados à Síndrome de Burnout nos profissionais da saúde da atenção primária de Juiz de Fora*. Dissertação. Juiz de Fora: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora; 2016. Disponível em: <http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2016/03/Disserta%C3%A7%C3%A3o-final-vers%C3%A3o-CD.pdf> [consulta: 21 oct. 2018]
10. Maslach C, Jackson, SE. *The measurement of experienced burnout*. *Journal of Occupational Behaviour* [Internet]. 1981; 2: 99-113. Disponível em: https://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/documents/faculty_staff_docs/TheMeasurementofExperiencedBurnout.pdf [consulta: 21 oct. 2018]
11. Benevides-Pereira AMT. *Considerações sobre a síndrome de Burnout e seu impacto no ensino*. *Bol. psicol* [Internet]. 2012; 62 (137): 155-68. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v62n137/v62n136a05.pdf> [consulta: 21 oct. 2018]
12. Costa ILSS. *As Condições de Trabalho, os Riscos Gerais e os Riscos Psicossociais nos Profissionais de Saúde: Um estudo no Polo de Valongo do Centro Hospitalar de São João do Porto*. Dissertação. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa; 2017. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5809/1/DM_In%C3%AAs%20Costa.pdf [consulta: 21 oct. 2018]
13. Medeiros JM. *A vivência do ambiente hospitalar pela equipe de enfermagem*. Dissertação. Goiânia: Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2011. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/3137/1/JULIA%20MARIA%20MEDEIROS.pdf> [consulta: 21 oct. 2018]
14. Higgins JP, Green, S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions 5.1.0*. The Cochrane Collaboration. 2011 : 33-49. Disponível em: <http://handbook-5-1.cochrane.org/> [consulta: 21 oct. 2018]
15. Moreira DDS. et. al. *Prevalência da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil*. *Cad. saúde pública* [Internet]. 2009; 25(7): 1559-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/14.pdf> [consulta: 21 oct. 2018]
16. Magalhães E. et. al. *Prevalence of burnout syndrome among anesthesiologists in the Federal District*. *Rev. bras. anesthesiol* [Internet]. 2015; 65(2): 104-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v65n2/0034-7094-rba-65-02-00104.pdf> [consulta: 21 oct. 2018]

17. Ferreira NN, Lucca SR. Burnout syndrome in nursing assistants of a public hospital in the state of São Paulo. *Rev. bras. epidemiol* [Internet]. 2015;18(1):68-79. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/en_1415-790X-rbepid-18-01-00068.pdf [consulta: 21 oct. 2018]
18. Ribeiro VE. et. al. Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *Int Arch Med* [Internet]. 2014 ; 7(1): 22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4031323/pdf/1755-7682-7-22.pdf> [consulta: 21 oct. 2018]
19. Silva DKC. et. al. Nascimento MDSB. Burnout no trabalho de médicos pediatras. *Rev. bras. med. trab* [Internet]. 2017 ; 15(1): 2-11. Disponible en: <http://www.rbmt.org.br/details/208/pt-BR/burnout-no-trabalho-de-medicos-pediatras> [consulta: 21 oct. 2018]
20. Silva JLL. et. al. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de Burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. *Rev. bras. ter. intensiva* [Internet]. 2015; 27(2): 125-33. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rbti/v27n2/en_0103-507X-rbti-27-02-0125.pdf [consulta: 21 oct. 2018]
21. Tironi MOS. et. al. Professional Burnout Syndrome among Intensive Care Physicians in Salvador, Brazil. *AMB rev. Assoc. Med. Bras* [Internet]. 2010 ; 55(6): 656-62. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n6/en_09.pdf [consulta: 21 oct. 2018]
22. Banerjee S. et. al. Professional burnout in European young oncologists: results of the European Society For Medical Oncology (ESMO) young oncologists committee burnout survey. *Ann Oncol* [Internet]. 2017 ; 28(7): 1590-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5834057/pdf/mdx196.pdf> [consulta: 21 oct. 2018]
23. Prankeviciene A, Tamasauskas A, Deltuva VP, Bunevicius, A. Professional burnout and its correlates in Lithuanian neurosurgeons. *Acta Neurochir (Wien)* [Internet]. 2016; 158(8): 1437-45. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00701-016-2869-2.pdf> [consulta: 21 oct. 2018]
24. Gashmard R, Bagherzadeh R, Pouladi S, Akaberian S. Burnout and its related demographic factors among the medical staff working in hospitals associated with Bushehr University of Medical Sciences. *P. R. Health Sci J*. 2015; 34(4): 208-14.
25. Al-Imam DM, Al-Sobayel HI. The prevalence and severity of burnout among physiotherapists in an Arabian setting and the influence of organizational factors: an observational study. *J Phys Ther Sci* [Internet]. 2014 ; 26(8): 1193-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4155218/pdf/jpts-26-1193.pdf> [consulta: 21 oct. 2018]
26. Okwaraji FE, En A. Burnout and psychological distress among nurses in a Nigerian tertiary health institution. *Afr Health Sci* [Internet]. 2014 ; 14(1): 237-45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4449076/pdf/AFHS1401-0237.pdf> [consulta: 21 oct. 2018]
27. Mohammadpoorasl A, Maleki A, Sahebi-hagh MH. Prevalence of professional burnout and its related factors among nurses

- in Tabriz in 2010. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2012 ; 17(7): 524-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3730457/> [consulta: 21 oct. 2018]
28. Al-Dubai SAR, Rampal KG. Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. *J Occup Health* [Internet]. 2010 ; 52(1): 58-65. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/joh/52/1/52_O8030/_pdf/-char/en [consulta: 21 oct. 2018]
29. Palmer-Morales Y, Prince-Vélez R, Searcy-Bernal R, Compean-Saucedo B. Prevalence of burnout syndrome in nurses in 2 Mexican hospitals. *Enferm Clin*. 2007; 17(5): 256-60.
30. Palmer-Morales Y, Prince-Vélez R, Searcy-Bernal R. Burnout syndrome associated factors in gynecologists. *Ginecol Obstet Mex*. 2007; 75(7): 379-83.
31. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit* [Internet]. 2005 ; 19(6): 463-70. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0213911105713972/1-s2.0-S0213911105713972-main.pdf?_tid=8c14b332-855b-4964-bd5c-228debb44d67&acdnat=1540150610_03d6f527a373c15ff7a4b65afb90f752 [consulta: 21 oct. 2018]
32. Castillo A, Benavente S, Arnold J, Cruz C. Presencia de síndrome de Burnout en Hospital El Pino y su relación con variables epidemiológicas. *Rev ANACEM (Impresa)* [Internet]. 2012 ; 6(1): 9-13. Disponible en: http://revista.anacem.cl/pdf/vol6/anacem_revistavol6N1.pdf [consulta: 21 oct. 2018]
33. Bartz C, Maloney JP. Burnout among intensive care nurses. *Res Nurs Health*. 1986; 9(2): 147-53.
34. Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)* [Internet]. 2007 ; 34(5): 223-33. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n5/a04v34n5.pdf> [consulta: 21 oct. 2018]
35. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Gregory WM, Cull A. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*. 1996; 347(9003): 724-8.
36. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of Burnout, job stress and job satisfaction. *Can Med Assoc J*. 2000; 163(2): 166-9.

Recibido: 20180517

Aceptado: 20180629

Primer Semestre de 2018

Facultad de Enfermería (Fenf) - Universidad de la República - Uruguay

Jornadas de Extensión - Mes de la Mujer - Mesa de Decanas - 2018

La Decana de la Facultad de Enfermería, Lic. esp. Mercedes Pérez participó en la Mesa de decanas: «Techo de cristal, academia e igualdad». El evento fue organizado por el Servicio Central de Extensión y Actividades en el Medio (SCEAM) y se realizó en la Sala Oscar J. Maggiolo, Facultad de Derecho.

Fenf de Muestra

En conmemoración al Día Internacional de la Enfermería, se realizó una muestra de actividades académicas a través de póster de los distintos departamentos, sedes y unidades de Fenf. La exposición contó con el apoyo y se llevó a cabo en el Hall del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

Facultad de Enfermería Acreditada

Tenemos el agrado de compartir que nuestra Facultad acreditó la carrera de Licenciatura en Enfermería a través del sistema de acreditación regional de carreras universitarias ARCU – SUR/RANA, por un plazo de 6 años. En el mes de setiembre se realizó el acto de celebración que incluyó la participación de diversas autoridades del Ministerio de Educación y Cultura, de la Udelar y de la Facultad de Enfermería, quiénes representaron el evento fueron docentes de Fenf, la Prof. Mg. Miriam Costabel (Coordinador de la Comisión de Evaluación Institucional y Acreditación) y la Decana de la Facultad Lic. Esp. Mercedes Pérez.

Se realizó la entrega de placa conmemorativa en el Paraninfo de la Udelar.

Inicio del Curso de Doctorado

La Facultad de Enfermería (Fenf) y su Centro de Posgrado, generaron un acuerdo con la Universidad Federal de Pelotas (UFPel) para la formación de Doctores en Ciencias de la Salud en nuestro país. Participaron de ésta actividad autoridades de la Fenf, la Decana Mercedes Pérez y la directora de Posgrado Josefina Verde.

El evento contó con la presencia del Rector de la Udelar - Dr. Roberto Markarian y la Pro Rectora de Investigación - Dra. Cecilia Fernández. La Directora de UFPel - Dra. Vanda Jardim, Directora del Centro de Posgrado de UFPel - Dra. Elaine Thume y la Subdirectora Dra. Rossana Cardozo.

Se entregaron títulos a los Phd Alvaro Díaz y Phd Graciela Umpiérrez.

Universidades Promotoras de Salud

La Facultad de Enfermería estuvo presente en la presentación “Perspectivas y avances del movimiento global e iberoamericano de Universidades Promotoras de Salud” del Profesor Dr. Hiram V. Arroyo, Director Regional para América Latina de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES/ORLA).