

ISSN 2301-0371

Revista Uruguaya de Enfermería

Universidad de la República



Volumen 14
Num,1 2019

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

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 Sbarbaro (PhD)

Prof. Agda. Esp. Verónica Sánchez

Prof. Agda. Mg. Isabel Silva

Prof. Mg. Fernando Bertolotto

Prof. Adj. Mg. Andrea Lucas

Tabla de Contenidos

Investigación

Audición de Voces: análisis de registros en prontuarios de un Centro de Atención Psicosocial

Luciane Prado Kantorski, Camila Irigónhé Ramos, Cátia Gentile dos Santos, Maria Laura de Oliveira Couto, Roberta Antunes Machado, Michele Mandagará de Oliveiraa.....7

Competencias específicas del enfermero(a) que labora en salón de parto. Hospital Ginecobstétrico "Eusebio Hernández Pérez". 2018

Zulema Rodríguez Rodríguez, Noemí Rodríguez Rubio, Victoria Ivón Fernández Rodríguez, Eniomis Massó Batancour.....19

Prácticas y representaciones de estudiantes de enfermería en torno al rol enfermero

Mariana Gerbotto, Noemí Beatriz Saez, Ma. De los Ángeles Gattari, Ma. Virginia Daro.....28

Programa más médicos en la frontera: gestión en salud en las ciudades gemelas entre Brasil y Uruguay

Marcos Aurélio Matos Lemões, Celmira Lange, Denise Somavila Przylynski Castro, Patrícia Mirapalheta Pereira de Llano, Roberta Antunes Machado, Gabriele Bester Hermes.....38

Breve caracterización de la Revista Uruguaya de Enfermería (RUE): período 2006-2018

Teresa Morelli, Ricardo González.....49

Biografías

Obituario.....64

Noticias destacadas

Noticias destacadas del primer semestre de 2019.....66



Table of Contents

Research

- Voices Hearing: analysis of records in medical records of a Psychosocial Care Center**
uciane Prado Kantorski, Camila Irigónhé Ramos, Cátia Gentile dos Santos, Maria Laura de
Oliveira Couto, Roberta Antunes Machado, Michele Mandagará de Oliveiraa.....7
- Specific Competences of the Nurse Who Works in the Delivery Room.
Gynecobstetric Hospital "Eusebio Hernández Pérez". 2018**
Zulema Rodríguez Rodríguez, Noemí Rodríguez Rubio, Victoria Ivón Fernández Rodríguez,
Eniomis Massó Batancour.....19
- Practices and Representations of Nursing Students Around the Nursing Role**
Mariana Gerbotto, Noemí Beatriz Saez, Ma. De los Ángeles Gattari, Ma. Virginia Daro.....28
- Program More Medics in the Border: Health Management of Twin Cities Between
Brasil and Uruguay**
Marcos Aurélio Matos Lemões, Celmira Lange, Denise Somavila Przylynski Castro, Patrícia
Mirapalheta Pereira de Llano, Roberta Antunes Machado, Gabriele Bester Hermes.....38
- Brief characterization of the Revista Uruguaya de Enfermería (RUE): period 2006-2018**
Teresa Morelli, Ricardo González.....49

Biographies

- Obituary.....64**

Outstanding news

- Featured news from the first half of 2019.....66**



Sumário

Pesquisa

- Audição de Vozes: análise de registros em prontuários de um Centro de Atenção Psicossocial**
Luciane Prado Kantorski, Camila Irigónhé Ramos, Cátia Gentile dos Santos, Maria Laura de Oliveira Couto, Roberta Antunes Machado, Michele Mandagará de Oliveiraa.....7
- Competências específicas do enfermeiro que trabalha na sala de parto. Hospital Ginecobstétrico "Eusebio Hernández Pérez". 2018**
Zulema Rodríguez Rodríguez, Noemí Rodríguez Rubio, Victoria Ivón Fernández Rodríguez, Eniomis Massó Batancour.....19
- Praticas e representacoes de estudantes de enfermagem em relacao ao papel do enfermeiro**
Mariana Gerbotto, Noemí Beatriz Saez, Ma. De los Ángeles Gattari, Ma. Virginia Daro.....28
- Programa mais médicos na fronteira: gestão em saúde em cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai**
Marcos Aurélio Matos Lemões, Celmira Lange, Denise Somavila Przylynski Castro, Patrícia Mirapalheta Pereira de Llano, Roberta Antunes Machado, Gabriele Bester Hermes.....38
- Breve caracterização da Revista Uruguaya de Enfermería (RUE): período 2006-2018**
Teresa Morelli, Ricardo González.....49

Biografias

- Obituário.....64**

Notícias em destaque

- Notícias em destaque do primeiro semestre de 2019.....66**

Audición de Voces: análisis de registros en prontuarios de un Centro de Atención Psicosocial

Voices Hearing: analysis of records in medical records of a Psychosocial Care Center

Audição de Vozes: análise de registros em prontuários de um Centro de Atenção Psicossocial

Luciane Prado Kantorski¹, Camila Irigonhê Ramos², Cátia Gentile dos Santos³, Maria Laura de Oliveira Couto⁴, Roberta Antunes Machado⁵, Michele Mandagará de Oliveira⁶

Resumen:

Antes del surgimiento de la psiquiatría, oír voces que otras personas no oyen era considerado una experiencia común. Sin embargo, a partir del siglo XIX, la psiquiatría trajo un nuevo significado para esa experiencia, clasificándola como un síntoma característico de diversos trastornos mentales. Sin embargo, en la década de 1980 surge en Holanda el Movimiento Internacional de Oyentes de Voces, que propone la elaboración de nueva interpretación para esa experiencia, permitiendo al (la) oyente nuevas estrategias para comprender y convivir con las voces sin, necesariamente, recurrir a psiquiatría, pues entiende las voces como parte de la subjetividad humana. Este estudio analizó el registro al respecto de la audición de voces hecho por trabajadores de un servicio de atención psicosocial. La colecta de datos ocurrió entre setiembre de 2017 y mayo de 2018. Fueron analizados 389 prontuarios de usuarios activos en el servicio, de los cuales 181 presentaron registro de audición de voces. Para análisis e interpretación de los datos fue realizada la lectura exhaustiva del material, a partir de la cual emergieron de los temas: a) audición de voces descrita a partir del conocimiento psiquiátrico; b) audición de voces descrita mientras experiencia humana. Los registros de los trabajadores de CAPS evidenciaron que hay una predominancia del conocimiento biomédico, por medio de diferentes formas de control del discurso de los usuarios. En ese sentido, es fundamental que el trabajador

¹Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem. Pelotas/RS. Brasil. E-mail: kantorskiluciane@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Pelotas/RS. Brasil. E-mail: mila85@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Pelotas/RS. Brasil. E-mail: catia.gentiles@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Pelotas/RS. Brasil. Rua General Osório 858/301. Pelotas/RS. E-mail: marialauradeoliveiracouto@gmail.com

⁵Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pelotas/RS. Brasil. ORCID: 0000-0002-9087-6457 E-mail: roberta.machado@riogrande-ifs.edu.br

⁶Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem. Pelotas/RS. Brasil. E-mail: mandagara@hotmail.com

(a) de la salud mental se movilice en el sentido de promover abordajes terapéuticos que permitan un diálogo emancipatorio, en el sentido de no cronificar el relato de oír voces en las primeras expresiones traídas por los (as) oyentes (as). Cuando bien registrado, el prontuario puede ser utilizado como un instrumento de comunicación entre los integrantes del equipo de salud, y también valorar la experiencia de los usuarios.

Palabras Clave:

Registros, Salud Mental, Psiquiatría, Atención al Paciente.

Abstract:

Listening to voices that other people do not hear was considered a common experience before the onset of psychiatry. However, from the nineteenth century, psychiatry brought a new meaning to this experience, classifying it as a characteristic symptom of several mental disorders. In the 1980s, however, the International Movement of Voice-hearers was created in the Netherlands, which proposes the elaboration of a new interpretation for this experience, allowing the hearer new strategies to understand and coexist with voices without necessarily resorting psychiatry, since it understands voices as part of human subjectivity. This study analyzed the record regarding hearing of voices made by the workers of a psychosocial care service. Data collection occurred between September 2017 and May 2018. A total of 389 medical records of active users in the service were analyzed, of which 181 presented voiced hearing records. In order to analyze and interpret the data, a thorough reading of the material was carried out, from which two themes emerged: a) hearing of voices described from psychiatric knowledge; b) hearing of voices described as human experience. The records of psychosocial care service workers showed that there is a predominance of biomedical knowledge, through different forms of user discourse control. In this sense, it is fundamental that the mental health worker operate to promote therapeutic approaches that allow an emancipatory dialogue, in the sense of not chronifying the report of hearing voices in the first expressions brought by the hearers. When well recorded, the medical record can be used as an instrument of communication among the members of the health team, and also value the experience of the service users.

Key Words:

Records, Mental Health, Psychiatry, Patient Care.

Resumo:

Antes do surgimento da psiquiatria, ouvir vozes que outras pessoas não ouvem era considerado uma experiência comum. Porém, a partir do século XIX, a psiquiatria trouxe um novo significado para essa experiência, classificando-a como um sintoma característico de diversos transtornos mentais. No entanto, na década de 1980 surge na Holanda o Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes, que propõe a elaboração de uma nova interpretação para essa experiência, permitindo ao (a)

ouvinte novas estratégias para compreender e conviver com as vozes sem, necessariamente, recorrer a psiquiatria, pois compreende as vozes como parte da subjetividade humana. Este estudo analisou o registro a respeito da audição de vozes feito pelos trabalhadores de um serviço de atenção psicossocial. A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2017 e maio de 2018. Foram analisados 389 prontuários de usuários ativos no serviço, dos quais 181 apresentaram registro de audição de vozes. Para análise e interpretação dos dados foi realizada a leitura exaustiva do material, a partir da qual emergiram dois temas: a) audição de vozes descrita a partir do saber psiquiátrico; b) audição de vozes descrita enquanto experiência humana. Os registros dos trabalhadores do CAPS evidenciaram que há uma predominância do saber biomédico, por meio de diferentes formas de controle do discurso dos usuários. Nesse sentido, é fundamental que o trabalhador (a) da saúde mental movimente-se no sentido de promover abordagens terapêuticas que permitam um diálogo emancipatório, no sentido de não cronificar o relato de ouvir vozes nas primeiras expressões trazidas pelos (as) ouvintes (as). Quando bem registrado, o prontuário pode ser utilizado como um instrumento de comunicação entre os integrantes da equipe de saúde, e também valorizar a experiência dos usuários.

Palavras Chave:

Registros, Saúde Mental, Psiquiatria, Assistência ao Paciente.

Introdução

A loucura sempre foi acompanhada de certas características, e a mais marcante se refere à escuta de vozes. No entanto, esse fenômeno nem sempre esteve vinculado a loucura¹. Na Grécia Antiga ouvir vozes era considerado uma experiência comum às pessoas, e significava uma ponte comunicacional entre os deuses e os homens. Já na era Medieval, esse fenômeno estava associado à possessão demoníaca ou a santidade, conforme o conteúdo das vozes e a interpretação dada delas pela igreja católica¹.

A Modernidade trouxe a consciência como ponto crítico, pois não se deveria deixar persuadir pela imaginação e sentidos, visto que isso seria uma fonte de erro⁴. Dentro desse contexto, as vozes eram consideradas fantasiosas, logo um erro dos sentidos (percepção). Foi então no século XIX, com o advento da psiquiatria, que

ouvir vozes começou a ser associada à loucura, que passou a ser concebida como desrazão e descontrole, o que colaborou para estigmatizar o (a) louco (a). A partir da psiquiatria, ouvir vozes ganhou status de alucinação auditiva, um sintoma psiquiátrico relacionado a alguns transtornos mentais psicóticos, como por exemplo, a esquizofrenia^{2,1}.

Na década de 1980 na Holanda surgiu o Movimento Internacional de Ouvintes de Vozes, que propõe a elaboração de um novo significado para a experiência de ouvir vozes, permitindo ao (a) ouvinte uma estratégia para entender e conviver com essa característica sem necessariamente recorrer a psiquiatria, pois compreende as vozes como parte da subjetividade humana³.

Pesquisas mostram que há uma alta prevalência de pessoas que ouvem vozes^{4,5}. Os resultados

apresentaram que 8% dos homens e 12% das mulheres, de uma amostra de dezessete mil pessoas, já tinham experienciado alguma vivência de ouvir vozes⁴, e que em uma amostra de aproximadamente dezoito mil participantes, de 2 a 3% dessas pessoas ouviam vozes com frequência⁵. Atualmente a prevalência mundial de ouvintes de vozes é de 4% a 10%, enquanto a prevalência de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia é de aproximadamente 1% da população mundial².

Um estudo realizado em três países de diferentes culturas (Índia, Gana e Estados Unidos da América), os participantes mais propensos a serem rotulados dentro de um diagnóstico psiquiátrico, foram os norte-americanos, que descreveram as vozes como pensamentos irrealistas e intrusivos. Já os sujeitos de Gana e Índia compreendem e associam as vozes como um fenômeno positivo, sendo essas provedoras de orientações úteis e moralmente corretas e poderosas⁶.

Esta informação vai ao encontro do fato de que a audição das vozes ganha múltiplos atributos em diferentes culturas, os quais não se enquadram nas explicações da psicopatologia, estabelecendo outras formas de encará-las para além da medicação psiquiátrica¹.

Diante disso e considerando a importância desta temática, o presente estudo procurou analisar o registro feito pelos trabalhadores de um serviço de atenção psicossocial nos prontuários de usuários (as) ativos (as) a respeito da audição de vozes.

Aspectos Metodológicos

Este estudo é um recorte qualitativo de uma pesquisa intitulada: Ouvintes de vozes: novas abordagens em saúde mental, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade

de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob parecer nº 2.201.138 de 2017. Foram analisados os registros de todos os prontuários de usuários (as) ativos (as) de um Centro de Atenção Psicossocial II, de um município do sul do Rio Grande do Sul. Obteve-se o total de 389 prontuários ativos. Destes, 181 apresentaram algum registro de audição de vozes e foram lidos na íntegra, com a finalidade de analisar de que forma foram feitos os registros pelos trabalhadores do serviço.

A coleta de dados ocorreu durante o período de setembro de 2017 a maio de 2018. Nos prontuários, os (as) coletadores (as), previamente treinados, buscaram informações que respondessem a seguinte questão norteadora: há registro de ouvir vozes? Em caso de resposta afirmativa, foram transcritos os registros.

Para análise e interpretação dos dados foi realizada a leitura exaustiva do material, a partir da qual emergiram dois temas: a) audição de vozes descrita a partir do saber psiquiátrico; b) audição de vozes descrita enquanto experiência humana. Esses temas darão sustentação para a explicação de como a audição de vozes é apresentada nos registros dos trabalhadores de saúde⁷. Preservou-se a identidade dos participantes. O estudo seguiu os preceitos éticos conforme a Resolução 466/2012.

Resultados e discussão

A partir da análise dos registros emergiram dois temas que serão apresentados e discutidos a seguir.

Audição de vozes descrita a partir do saber psiquiátrico.

Os registros nos prontuários dos usuários do CAPS evidenciaram que diante do relato sobre a

audição de vozes, alguns trabalhadores as interpretam como um sintoma psiquiátrico. Descrevendo-as em termos formais, breves e objetivos, que não consideram a experiência do sujeito em sua complexidade e contexto de vida, muitas vezes pautada no modelo biomédico.

Paciente com diagnóstico de F20.0 com abundante sintomatologia residual, principalmente sintomas negativos e persistente de alucinações auditivas simples e distúrbios de sono (Ouvidora 1)

Possui alucinações visuais e auditivas. (Ouvidor 1)

Refere sintomas de humor deprimido ansiedade e alucinações auditivas. Sintomas depressivos profundos com alucinações visuais e auditivas. (Ouvidora 2)

A paciente relata ter tido alucinações visuais e auditivas. (Ouvidora 3)

Alega ter alucinações visuais/auditivas/vultos e vozes semelhantes a uivos. (Ouvidora 4)

Apresenta sintomas psicóticos permanentes com alucinações auditivas. (Ouvidor 2)

Apresenta sintomas psicóticos (alucinações visuais e auditivas, ideias delirantes, persecutórias, insônia, rigidez afetiva) (Ouvidor 3)

Sinais e sintomas de esquizofrenia, muito agressiva, negativa, com alucinações auditivas e visuais. (Ouvidora 5)

Os registros acima são pautados no saber da psiquiatria, no qual o termo alucinações auditivas é utilizado no diagnóstico psiquiátrico e leva em consideração os sintomas apresentados pelo paciente, relacionando estes a uma patologia, a qual requer uma intervenção medicamentosa e

ou que demanda intensificação da permanência do sujeito no serviço.

Refere alucinações auditivas e visuais “ainda”. Sabe usar a medicação, usa certo, sabe conferir, está orientada. Solicita passar ao médico. (Ouvidora 6)

Relata alucinações auditivas persistentes, mas quando ingere medicações melhoram. Usuário estável, porém, com alucinação auditiva. (Ouvidor 4)

Paciente refere continuar com alucinações auditivas, visuais, insônia. Aumentado Haldol. (Ouvidora 7)

Relata internação em hospital psiquiátrico durante uma semana, pois estava muito “nervoso”, menciona alucinações visuais com a companheira que faleceu a um mês, segundo usuário. (Ouvidor 5)

Na psiquiatria, embora fatores presentes na vida do sujeito sejam reconhecidos como contribuintes para o adoecimento psíquico, são vistos como “pertencentes a uma ordem acessória e coadjuvante”, e o “portador de sofrimento mental tem sido encarado, exclusivamente, como alguém que traz em si um desarranjo neuroquímico, passível de ser regularizado através de uma intervenção medicamentosa.” (p. 1823)⁸.

Os trabalhadores ao registrarem a audição de vozes como um diagnóstico reforçam a categorização das pessoas em sofrimento psíquico, “o diagnóstico psiquiátrico é uma ferramenta científica com a finalidade de classificar doenças através de códigos e de uma variedade de sinais, sintomas e aspectos anormais” (p.59)⁹ chamando a atenção para o aumento de classificações diagnósticas, de forma que é possível incluir as mais sutis diferenças de comportamentos em relação às normas. Há uma tendência do discurso contemporâneo da psiquiatria em descrever os

fenômenos humanos a partir do funcionamento biológico, cujos diagnósticos são feitos sobre o relato pontual do sujeito, o que determina a classificação e intervenção. Os elementos do orgânico “são os objetos a partir dos quais a medicina estabelece seu saber e seu poder sobre os sujeitos na contemporaneidade”, e ao utilizar “estudos estatísticos e epidemiológicos, cumpre papel disciplinar sobre a população”, definindo também algumas das políticas em saúde mental (p. 158)¹⁰.

Uma pesquisa etnográfica¹¹ realizada em dois serviços de atenção à saúde mental no Rio de Janeiro, analisou relatos orais e escritos de pacientes, familiares e técnicos, sobre suicídio e sobre a experiência de ouvir vozes. Dentre outros aspectos, identificou diferenças entre o que vivenciou em campo no contato com os usuários e o que estava registrado nos prontuários sobre os mesmos. Nestes, existiam descrições de eventos, experiências traumáticas vividas pelos sujeitos e sintomas relacionados a diagnósticos, que os congelavam e davam forma a uma história sobre o sujeito, com concepções diferentes dos expressos nos relatos diretos dos sujeitos com a pesquisadora.

Isso vai ao encontro dos resultados encontrados no presente estudo, no qual verificou-se nos registros dos prontuários analisados que a descrição tem início na história do (a) usuário (a) porém, em seguida, o profissional classifica esse relato a partir do seu saber.

Nos últimos três meses tem alucinações visuais e auditivas (voz masculina que diz para pegar uma faca para se matar, homem de preto). (Ouvidora 8)

Tem história de início de sintomas alucinatórios e delirantes aos 16 anos. (Ouvidor 6)

Assim como na pesquisa etnográfica citada anteriormente¹¹, o discurso do profissional se sobrepõe ao do usuário, que não tem sua experiência valorada/apreciada e é classificada em uma doença, enquanto o discurso da (o) louca (o) vem sendo interdito, desde a Idade Média¹².

O registro realizado pelos trabalhadores nos prontuários, com a sobreposição do seu saber à experiência do usuário, marca o controle sobre o discurso. Este domínio é pautado no diagnóstico e sintomatização da audição de vozes e coloca em discussão como são acolhidas e trabalhadas as necessidades de saúde das pessoas em sofrimento psíquico.

Desta forma, mantém-se o papel e o simbolismo cultural do doente na sociedade que garante poderes aos profissionais, mas, também, a todo mecanismo político e econômico do estado. A constituição das profissões da saúde, em especial dos médicos, carrega uma construção social, que lhe dá poderes sobre o saber, e com isso, poder sobre os indivíduos. Assim, ocorre um controle sobre a saúde, por meio de diagnósticos, da medicalização da sociedade e pelo processo de diminuição e perda da autonomia dos indivíduos.

Em *Nemesis Médica*¹³, a medicina exerce um importante poder modelador sobre os sujeitos. Capacidade individuais, sociais e culturais para lidar com experiências que pertencem a vida, como o sofrimento, a doença e a morte, são substituídas por outras terapias e medicamentos, que assumem o papel de mercadoria na sociedade contemporânea. E dessa forma “o consumidor de cuidados da medicina torna-se impotente para curar-se ou curar seus semelhantes” (p. 6)¹³.

Audição de vozes descrita enquanto experiência humana

Ao contrário da abordagem pautado no modelo biomédico e na psiquiatrização, foram encontrados registros nos prontuários sobre a audição de vozes que vem ao encontro da compreensão da experiência de ouvir vozes desenvolvida pelo Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes e da proposta da Luta Antimanicomial. Deste modo, o foco das ações de saúde deixa de restringir-se à doença e passam a ser direcionados às pessoas e a sua relação com o território, seu contexto de vida e suas necessidades¹⁴.

A modificação no cuidado das pessoas em sofrimento psíquico passa por uma mudança assistencial, que deve contemplar também uma alteração na formação dos trabalhadores que atuam no campo da saúde mental¹⁵. Somente essa reestruturação poderá garantir que os saberes e fazeres aprendidos nas universidades, ainda muito pautados no campo psiquiátrico tradicional, não sejam reproduzidos nos serviços que pretendem substituir a lógica manicomial¹⁵.

Neste estudo constatou-se alguns registros que indicam que o trabalhador (a) realizou uma abordagem terapêutica que possibilitou a compreensão do fenômeno da audição de vozes na perspectiva da experiência humana.

Alucinações auditivas persistentes. Tem vontade de “matar” as vozes, que segundo ela são de pessoas vivas. Paciente sente-se bem. Queixa-se ainda de algumas “vozes na cabeça”, mas sabe que não são reais e consegue ignorá-las. Fala sozinha e escuta os familiares falando. Esta vendo vultos dentro de casa, também tem enxergado cobra, jacaré. Por vezes ouve vozes dos fami-

liares que antes pegavam suas coisas (mãe e irmã). A mãe vive no meio da macumba e quer ficar com suas filhas. Tenta falar com as vozes (Ouvidora 9).

Menciona ouvir vozes e ver vultos de espíritos que a influenciam a ter discussões familiares. As alucinações auditivas são persistentes. Os familiares o levaram em centros espíritas por causa das alucinações. Relata que as manifestações auditivas se manifestaram aos 14 anos, iniciou tratamento aos 17 anos. Atualmente as alucinações (vozes de espíritos) dizem que ele vai morrer, interferem na interação do usuário com as pessoas. Ouve vozes mesmo com o uso de medicação, as vezes conversa com os espíritos, ri e briga com eles. Fala que os espíritos lhe deixam tanto agitado (Ouvidor 7).

Refere alucinações auditivas (pessoas o chamam ou lhe dizem que as coisas não irão dar certo porque irá morrer) também lhe dizem na igreja muitas coisas. O pastor orou por ele e disse que não escutaria as vozes. A voz diz para ele se matar em alguns momentos (Ouvidor 8).

A complexidade de promover um cuidado integral está em reconhecer e colocar o sujeito no centro deste processo; compartilhar e romper com a lógica hierárquica dos saberes, identificar as necessidades físicas, emocionais, sociais e os determinantes que compõem e influenciam na vida - individual e coletiva - deste sujeito, além de possibilitar que as/os usuárias/os possam compreender o que essas vozes representam para si e a partir disso ressignificá-las de acordo com suas próprias concepções sobre o fenômeno.

Faz oito meses que sua avó faleceu e foi muito estressante, ficou internada no hospital uns 40 dias, ela ficou muito sobrecarregada, desde então tem um barulho nos ouvidos e vê luzes na frente dos olhos e estas luzes vão aumentando, as luzes dos carros ela tem medo, porque são luzes enormes. Agora ela relatou que após a morte da avó ela começou a ouvir zumbido no ouvido. Em agosto desse ano que o zumbido começou. Isso tem causado muito estresse para ela. A noite ela vê alguns reflexos nos carros e poste (Ouvidora 10).

O surgimento das vozes gera sentimentos e emoções diversas, sendo as mais comuns: o medo, a raiva, a depressão, tristeza, insegurança, produzindo nos (as) ouvintes comportamento como o isolamento social e reações que não correspondem ao seu padrão de costumes, chegando a prejudicar inclusive as atividades da vida diária¹⁶.

Quando o (a) trabalhador (a) se propõe a compreender a audição das vozes para além do saber psiquiátrico, considerando o ouvidor como um expert por experiência, dá-se início uma relação terapêutica horizontal, onde será permitido a construção coletiva de estratégias de enfrentamento das vozes, viabilizando ao (a) ouvidor (a) uma boa convivência com elas, o que consequentemente refletirá positivamente na relação desses com outras pessoas¹⁵.

Refere alucinações auditivas. Participa do grupo de ouvidores. Refere ouvir vozes que cochicham, falam baixo, quase de modo incompreensível, porém que ela identifica como de pessoas falando a seu respeito. Pensa que são vozes dos vizinhos falando mal dela. São vozes que

falam que ela pode estar sendo traída pelo namorado e que ela está feia. Não identifica essa voz, não sabe dizer se é feminina ou masculina, mas associa a suas vizinhas. Sente-se incomodada com elas. Gosta de se deitar e dormir, se tapar bem e não pensar em ouvir nada (Ouvidora 11).

Ainda que o registro tenha começado com a descrição de um sintoma psiquiátrico, o (a) trabalhador (a) utilizou uma abordagem que privilegiou a escuta e o acolhimento da usuária, pois na sequência buscou investigar o conteúdo, a identificação e o sentido das vozes para a mesma. Inclusive, ao final do registro é possível identificar uma estratégia de enfrentamento utilizada pela usuária, que é dormir para não pensar sobre as vozes.

Estudos^{18,19}, falam sobre diferentes estratégias para lidar com as vozes, principalmente as de fuga, que acabam fazendo com que o ouvidor adie o enfrentamento das vozes. Assim, a recuperação pode acontecer de diferentes formas, tanto através do empoderamento dos sujeitos frente à experiência, quanto a partir de uma hibernação protetora¹⁸, como no caso da entrevistada ouvidora 11 que aproveita todos os recursos possíveis para abater a experiência de ouvir vozes. Essas estratégias de fuga também podem ser chamadas de comportamentos de segurança, os quais desempenham um importante papel de manter as crenças disfuncionais sobre a origem das vozes¹⁹.

Quando esse tipo de estratégia é relatado ao (a) trabalhador (a) durante o atendimento, esse tem a possibilidade de intervir, mostrando a existência de outras mais eficientes e saudáveis, além de permitir que o (a) próprio (a) ouvidor (a) pense e construa suas próprias técnicas para trabalhar com as suas vozes, pois falar sobre a própria his-

tória permite que o sujeito ocupe um lugar em sua narrativa, possibilitando novos insights sobre o assunto em questão²⁰.

Outro aspecto que faz pensar sobre a importância de se trabalhar com o discurso e a expertise dos próprios ouvidores, é o fato de que a maioria não está vinculada à serviços de saúde, sendo indivíduos saudáveis sem nenhum diagnóstico²¹. Vozes com conteúdos positivos e neutros geralmente não produzem sofrimento naqueles (as) que as escutam, sendo assim, em geral essas pessoas não buscam pelos serviços de saúde mental para tratá-las²² pois a percepção sobre elas não é de doença, sendo muitas vezes percebidas como um fenômeno de ordem espiritual. Assim, a religiosidade pode ajudar a dar sentido para as vozes quando este não se sentiu contemplado por nenhuma outra explicação, como pode ser evidenciado no registro a seguir:

Acha que são vozes de Deus, em função da oração, não percebe as vozes como problema (Ouvidor 9)

Diz ter gritado muito para as vozes irem embora (orou). Está confiante que não escutará mais as vozes por estar orando. Frequenta igreja (Ouvidor 10)

No registro do ouvidor 10 o (a) trabalhador (a) considerou o sentido atribuído às vozes pelo próprio usuário. Não fez uso de termos técnicos para complementar o relato do mesmo, registrando apenas o que foi trazido pelo ouvidor sobre essa experiência. Neste caso, pode-se pensar que não houve disputa entre o saber do usuário com o saber do (a) trabalhador (a), no entanto o controle do discurso nem sempre ocorre de maneira explícita. A palavra do louco, na atualidade, não é mais nula, é aceita e busca-se nela um sentido¹². Mas, isso não prova que o controle mudou, já que este pode estar sendo exercido em

novas instituições e com efeitos que não são mais os mesmos do modelo asilar do Século XVIII¹². Além do mais, uma outra forma de controle do discurso: trata-se de determinar as condições de seu funcionamento, de impor aos indivíduos que os pronunciam certo número de regras e assim de não permitir que todo mundo tenha acesso a eles¹².

Rarefação, desta vez, dos sujeitos que falam; ninguém entrará na ordem do discurso se não satisfizer a certas exigências ou se não for, de início, qualificado para fazê-lo. Mais precisamente: nem todas as regiões do discurso são igualmente abertas e penetráveis; algumas são altamente proibidas (diferenciadas e diferenciantes), enquanto outras parecem quase abertas a todos os ventos e postas, sem restrição prévia, à disposição de cada sujeito que fala (p. 37)¹².

Tomando como base, ainda o registro do ouvidor 10, pode-se pensar que apesar do acolhimento ao sentido que o ouvidor atribuiu as suas vozes, não houve um aprofundamento na experiência. Dessa forma o trabalhador continua exercendo poder sobre o que é registrado e discutido sobre as vozes no serviço, já que não oferece outras possibilidades de significação das vozes, não explorando a experiência de ouvi-las.

Com a criação do Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes, essa experiência começou a receber novos olhares, passando a ser analisada por diferentes perspectivas, como a partir de traumas e experiências dolorosas que o sujeito possa ter vivenciado ao longo da vida, podendo ser estas responsáveis pelo surgimento das vozes.

Um outro exemplo de experiência que pode dar origem as vozes é a situação de perda e o processo de luto, que “é vivenciado de forma particular

para cada indivíduo e pode ser influenciado pelas características do sistema familiar, o qual pode vir a potencializar ou prejudicar esse processo” (p.8)²³.

Comenta que após a morte do pai passou a ter alucinações auditivas e visuais, fragilizada, não conseguindo parar de pensar nele. Relata que faz uma semana, cessou (às alucinações), mas durante o relato chora pela lembrança do pai (Ouidora 12).

Medos, ouve vozes. Sintomas de pânico. Sintomas psicóticos, alucinações visuais e auditivas. Pânico. Há três meses ouvindo vozes. A voz dizia que ela matar suas filhas e ela própria. Com alucinações contínuas devido vozes. Ouve vozes e elas dizem que ela fez coisas, que ela não fez. Ela responde para a voz porque pensa que são espíritos. As vozes lhe acusam, ela argumenta e se defende das vozes. Muita desconfiança. Consegue ficar só agora, não abria a porta para ninguém, estava com medo de si. Refere muitas coisas sobre as vozes, elas apareceram quando o marido faleceu. E ela teve que mudar toda a sua vida (Ouidora 13).

Nos registros sobre a ouvidora 13 pode-se perceber que mesmo quando o trabalhador (a) utilizou termos técnicos para registrar a audição das vozes, este (a) considerou o que a usuária relatou como gatilho para o surgimento do evento, neste caso, as perdas de pessoas importantes. Além disso, o profissional observou que a fragilidade da ouvidora estava relacionada com o luto pelo qual ela estava passando, sem patologizar esse sofrimento que faz parte da experiência humana. É fundamental que o trabalhador (a) da saúde

mental movimente-se no sentido de promover abordagens terapêuticas que permitam um diálogo emancipatório, no sentido de não cronificar o relato de ouvir vozes nas primeiras expressões trazidas pelos (as) ouvidores (as).

Considerações Finais

Os CAPS são um serviço provenientes da luta antimanicomial e reforma psiquiátrica. Os quais, pregam por um cuidado que valoriza a subjetividade da pessoa em sofrimento psíquico levando em conta as diferentes realidades sociais, culturais e não apenas doença. No entanto, os registros dos prontuários analisados neste estudo, evidenciaram que há uma predominância do saber biomédico, por meio de diferentes formas de controle do discurso dos usuários.

Também foi possível identificar como a equipe compreende e interpela a audição de vozes referidas pelos usuários (as), uma vez que a redação do prontuário é realizada coletivamente. Quando bem registrado, o prontuário pode ser utilizado como um instrumento de comunicação entre os integrantes da equipe de saúde, pois, por meio da escrita ele informa como está se desenvolvendo o projeto terapêutico singular dos (as) usuários (as), melhorando a qualidade e a eficácia do cuidado em saúde mental.

Referências

1. Fernandes HCD. Alucinação auditiva: sintoma de doença ou possibilidade de ser doente?. *Polêmos* 2017; 6(12):48-67.
2. Baker P. Abordagem de ouvir vozes: treinamento no Brasil. São Paulo: CENAT; 2016.
3. Sorrell E, Hayward M, Meddings S. Interpersonal processes and hearing voices: a study of the association between relating to voices and distress in clinical and nonclinical hearers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2010; 38(2):127-40.
4. Sidgwick H, Johnson A, Myers FWH, Podmore F, Sidgwick EM. Report on the census of hallucinations. In: *Proceedings of the society for psychical research*. London: Trübner; 1894. p. 25-394.
5. Tien AY. Distribution of hallucinations in the population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 1991; 26(6):287-92.
6. Luhrmann TM, Padmavati R, Tharoor H, Osei A. Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: interview-based study. *The British Journal of Psychiatry* 2015; 206(1):41-4.
7. Minayo MCS. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13a. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
8. Menezes MP, Yasui S. A interdisciplinaridade e a psiquiatria: é tempo de não saber? *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18(6):1817-26.
9. Severo AKS, Dimenstein M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia* 2009; 14(1):59-67.
10. Guarido RA. Medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. *Educação e Pesquisa* (São Paulo) 2007; 33(1):151-61.
11. Monnerat S. Relatos sobre suicídio e vozes: um estudo etnográfico. *Equatorial* (Natal) 2017; 4(7):161-72.
12. Foucault M. *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. 22.ed. São Paulo: Edições Loyola; 2012.
13. Illich IA. *Expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
14. Mângia EF, Barros JO. Projetos terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo* 2009; 20(2):85-91.
15. Amarante P. *Saúde mental: formação e crítica*. Rio Janeiro: LAPS; 2008.
16. Couto ML, Kantorski L. *Ouidores de vozes: uma revisão sobre o sentido e a relação com as vozes*. *Psicologia USP* 2018; 29(3):418-31.
17. Hayward M. Interpersonal relating and voice hearing: to what extent does relating to the voice reflect social relating?. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2003; 76(4):369-83.
18. Jager A, Rhodes P, Beavan V, Holmes D, McCabe K, Thomas M, et al. Investigating the lived experience of recovery in people who hear voices. *Qualitative Health Research* 2016; 26(10):1409-23.

19. Chaix J, Ma E, Nguyen K, Ortiz Collado MA, Rexhaj S, Favrod J. Safety-seeking behaviours and verbal auditory hallucinations in schizophrenia. *Psychiatry Research* 2014; (220)1-2:158-62.
20. Place C, Foxcroft R, Shaw J. Telling stories and hearing voices: narrative work with voice hearers in acute care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2011; 18(9):837-42.
21. Ritsher JB, Lucksted A, Otilingam PG, Grajales M. Hearing voices: explanations and implications. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2004; 27(3):219-27.
22. León-Palacios MG, Úbeda-Gómez J, Escudero-Pérez S, Barros-Albarán MD, López-Jiménez AM, Perona-Garcelán S. Auditory verbal hallucinations: can beliefs about voices mediate the relationship patients establish with them and negative affect?. *The Spanish Journal of Psychology* 2015; 18(e76):1-8.
23. Kantorski LP, Cardano M, Couto MLO, Silva LSSJ, Santos CG. Situações de vida relacionadas ao aparecimento das vozes: com a palavra os ouvidores de vozes. *Journal of Nursing and Health* 2018; 8(esp):1-11.
24. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde de Brasil.

Agradecimentos

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS) por conceder a liberação para RAM cursar o seu doutoramento.

Recibido: 29/05/2019

Aceptado: 27/06/2019

Competencias específicas del enfermero(a) que labora en salón de parto. Hospital Ginecobstétrico "Eusebio Hernández Pérez". 2018

Specific Competences of the Nurse Who Works in the Delivery Room. Gynecobstetric Hospital "Eusebio Hernández Pérez". 2018

Competências específicas do enfermeiro que trabalha na sala de parto. Hospital Ginecobstétrico "Eusebio Hernández Pérez". 2018

Zulema Rodríguez Rodríguez, Noemí Rodríguez Rubio, Victoria Ivón Fernández Rodríguez y Eniomis Massó Batancour

Resumen:

En la investigación desarrollada en el salón de Partos del hospital Docente "Eusebio Hernández", se pudo constatar que para el personal de enfermería el cuidado de la mujer en trabajo de parto es un elemento importante para el progreso de la perinatología. El presente trabajo es una investigación de desarrollo tecnológico con el objetivo de identificar las competencias específicas del enfermero que labora en el salón de partos. Se trabajó con: análisis documental, encuestas a expertos y entrevistas a profesionales de enfermería que laboran en el salón de partos. Se elaboró, a partir de la identificación de competencias específicas para el personal de enfermería que labora en el salón de parto, un mapa para el desarrollo del currículo laboral (mapa DACUM) donde se incluyen las tareas y funciones que debe realizar el personal de enfermería.

Palabras clave:

Competencia Profesional, Atención de Enfermería, Parto.

Abstract:

In the investigation developed in the living room of Childbirths of the Educational hospital Eusebio Hernández Pérez, could ascertain that for the personnel of infirmary the care of the woman in work of childbirth. The present work is an investigation of technological development with the aim to identify the

specific competitions of infirmary. We worked with: documentary analysis, expert surveys and interviews with nursing professionals who work in the delivery room. It was elaborated, from the identification of specific competencies for the nursing staff that works in the delivery room, a map for the development of the labor curriculum (DACUM map) which includes the tasks and functions that the nursing staff must perform.

Keywords:

Professional Competence, Nursing Care, Parturition.

Resumo:

Na pesquisa realizada na sala de parto do Hospital Universitário “Eusebio Hernández”, constatou-se que para a equipe de enfermagem o cuidado da mulher em trabalho de parto é um elemento importante para o progresso da perinatologia. O presente trabalho é uma pesquisa de desenvolvimento tecnológico com o objetivo de identificar as competências específicas do enfermeiro que trabalha na sala de parto. Trabalhamos com: análise documental, pesquisas de especialistas e entrevistas com profissionais de enfermagem que atuam na sala de parto. Foi elaborado, a partir da identificação de competências específicas para a equipe de enfermagem que trabalha na sala de parto, um mapa para o desenvolvimento do currículo de trabalho (mapa DACUM) que inclui as tarefas e funções que a equipe de enfermagem deve realizar.

Palavras-chave:

Competência Profissional, Cuidados de Enfermagem, Parto.

Introducción

El desarrollo de la competencia laboral en los profesionales de enfermería tiene que ver con una combinación integrada de conocimientos y habilidades conducentes a un actuar adecuado y oportuno en diversos contextos (1). La velocidad de los cambios tecnológicos, científicos y de la atención a la salud, están demandando hacer las cosas de otra manera y esto requiere de un nuevo perfil personal y profesional para lidiar con las constantes innovaciones en el sector de la salud pública. Las competencias ocupan un lugar importante como componente integral de los profesionales (2). En el aspecto laboral garantizan el desempeño eficiente y responsable propiciando posibilidades en el mejoramiento de los servicios. La formación en el trabajo combinando educación, experiencia laboral y formación específica adquirida a lo largo de la

vida, determinan que las competencias laborales se identifiquen en la práctica social, con una visión y organización sistemática y con un sistema de certificación legalmente establecido. Para la profesión de enfermería las competencias laborales resultan de vital importancia, dada su misión relacionada, entre otros aspectos, con el cuidado para mantener o recuperar la salud, prevenir enfermedades y rehabilitar a las personas. Dadas las acciones que realiza este profesional en los servicios de salud, debe desarrollar actitudes y valores consecuentes con su misión. Es por ello que la Enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado y por aquellos que experimentan enfermedad y sufrimiento (3). La formación de competencias laborales en el área de Enferme-

Método

ría, permite la construcción social de aprendizajes significativos y útiles para el desempeño productivo en una situación real de trabajo que se obtiene, no solo a través de la instrucción, sino también, mediante el aprendizaje por experiencia en situaciones concretas de trabajo(1). La Enfermería es una de las profesiones más antiguas de la humanidad que ha transcurrido por diferentes épocas de la historia, teniendo siempre como punto de referencia el cuidado de las personas. Los servicios de Enfermería son cada vez más necesarios para responder a las demandas de salud y calidad de vida de la población. En los cuidados a la mujer en el salón de parto la enfermera ha adquirido una importante relevancia ya que debe proporcionar cuidados interactivos aplicando conocimientos y técnicas específicas de la profesión en la especialidad. Es por ello que como respuesta a la necesidad de formación continua del equipo de enfermería para laborar en el salón de parto se plantea la necesidad de desarrollar todas sus potencialidades para poder brindar una atención de enfermería con excelencia. Un sistema inteligente en la formación de competencias que propicie el desarrollo integral de la persona tomando en cuenta los problemas que plantea la realidad y orientado a lograr el perfil de desempeño deseado en la profesión. Es por ello que con el objetivo de identificar las competencias específicas de enfermería para el enfermero que labora en el salón de parto se realiza la presente investigación. Se trata de aportar conocimientos para lograr una mejor actuación de los profesionales de enfermería en la especialidad.

Se realizó una investigación cualitativa de desarrollo tecnológico para la elaboración del Mapa Dacum a partir de las competencias identificadas en el salón de parto del Hospital Universitario Ginecobstétrico "Eusebio Hernández Pérez". El universo de trabajo estuvo constituido por 40 profesionales de enfermería vinculados directamente a la especialidad de obstetricia.

Características de los participantes: Para la selección de los profesionales participantes se estableció como criterio de inclusión que fueran enfermeros licenciados con 3 o más años de experiencia en la especialidad de obstetricia y que fueran reconocidos dentro de los profesionales médicos y de enfermería como profesionales de alto nivel en la prestación del servicio.

Grupo de expertos: Se tuvo en cuenta que fueran profesionales de Enfermería y

Medicina con niveles de Máster, Especialistas con 10 o más años de experiencia en la actividad y vinculados directamente al trabajo en la especialidad.

Procedimiento de la investigación

Las autoras asumen en la investigación, el método conocido como DACUM, metodología de análisis cualitativo del trabajo que sigue la lógica del análisis ocupacional de tareas. Fue desarrollada originalmente en Canadá con el fin de recolectar información sobre los requerimientos para el desempeño de trabajos específicos. Se ha utilizado para analizar ocupaciones en los niveles profesional, directivo y técnico, permitiendo realizar la selección de funciones y tareas para llegar por un lado a las redes curriculares, y por otro al listado de competencias. Su uso es particularmente promovido para orientar la elaboración de los programas formativos y disolver

la brecha entre el contenido de los programas de formación y lo que realmente ocurre en el trabajo. DACUM resulta útil también para las instituciones de formación que quieren implementar programas basados en competencias en los que se requiere una cuidadosa identificación de las tareas, que a su vez se relacionan directamente con las competencias a ser obtenidas. Es una herramienta ampliamente utilizada en la preparación de los currículos para los programas de nivel técnico y en la elaboración de análisis del trabajo en los Estados Unidos de Norteamérica y Canadá(3).

Es conocido como un método de análisis ocupacional efectivo. Permite que cualquier trabajo pueda ser descrito en términos de tareas y de funciones y que los trabajadores expertos sean capaces de describir y de definir su ocupación de la mejor forma. Por ello se seleccionan de la profesión en cuestión las personas que realizan mejor su trabajo y a partir de la identificación de las competencias específicas para realizar la actividad se establecen las propuestas de funciones y tareas para cada una de las competencias que deben desarrollar los profesionales. El método DACUM se basa en los siguientes principios:

- Los trabajadores expertos pueden describir su trabajo más apropiadamente que ninguno.
- Una forma efectiva de definir una ocupación consiste en describir tareas que los trabajadores expertos desarrollan.
- Todas las tareas para ser desarrollada adecuadamente demanda de la aplicación de conocimientos, conductas, habilidades, así como la utilización de diferentes equipos y herramientas.

Planificación del taller DACUM (desarrollo del currículo laboral)

Se conformaron paneles de trabajadores que realizaban directamente la actividad práctica, formando 4 grupos de trabajo con 10 participantes en cada uno, realizándose 3 rondas. Se seleccionó el facilitador y registrador del panel de trabajadores y se explicaron los objetivos a alcanzar con la ejecución del taller.

Ejecución del taller

Se realizó un análisis para identificar si dentro de las funciones y tareas descritas para el personal de enfermería en los servicio de neonatología era necesario adicionar funciones propias de los enfermeros que trabajan con neonatos de muy bajo peso al nacer (menor de 1500 gramos). De este análisis se derivó también, qué competencias, funciones y tareas deben realizar los integrantes del equipo de enfermería que labora con neonatos de muy bajo peso al nacer.

Para establecer las **competencias**, se tuvo en cuenta lo que debe saber el personal de enfermería (conocimientos teóricos) lo que hace (Desempeño en su puesto laboral). Para establecer las **funciones** se realizaron varias rondas y se establecieron las funciones, entendidas como un área amplia de responsabilidades que está conformada por varias tareas. Una función se logra descomponer en entre seis y nueve tareas.

Criterios para identificar una tarea

Implica una acción que modifica un objeto observando las condiciones dadas. Mientras la función se centra en el qué se hace, la tarea se refiere usualmente al cómo se hace. Está confor-

mada por un conjunto de pasos, es desarrollada por un trabajador como parte de un área de su trabajo (de una función), es observable, verificable, repetible y medible en el tiempo.

Conformar el mapa DACUM

Después de definidos en los talleres de consenso, los conocimientos, las funciones y tareas del personal de enfermería que labora en el salón de parto y los criterios de los expertos en rondas, se elaboró una propuesta de competencias y el mapa DACUM el cual se sometió a criterio de expertos en tres rondas, hasta quedar conformadas las competencias específicas de enfermería con las tareas y funciones para el enfermero que labora en el salón de parto.

En la elaboración del mapa DACUM se estableció por las autoras de la investigación un sistema de códigos numéricos para la asociación de la competencia con sus funciones y tareas.

Aspectos Éticos

Durante el desarrollo de la investigación se cumplió con los aspectos éticos establecidos: anonimato, confidencialidad, consentimiento y voluntariedad de las personas que participaron.

Discusión

Partiendo de Florence Nightingale, se han aportado un caudal de conocimientos, que han posibilitado el desarrollo de la Enfermería como profesión, exaltando el rol de los enfermeros, según la necesidad social para la que fueron creados como disciplina independiente, con sus funciones inherentes a la asistencia, la adminis-

tración, la docencia y la investigación. Al igual que cualquier otra profesión adopta en cada época de la historia, la forma que le es posible en las circunstancias de referencia. Ha desarrollado el contenido de su función, como lo han hecho la medicina y otras profesiones. Convirtiéndose en una profesión sin perder la originalidad de su esencia: el cuidado. Para la profesión de Enfermería las competencias laborales resultan de vital importancia, dada su misión relacionada, entre otros aspectos, con el cuidado para mantener o recuperar la salud, prevenir enfermedades y rehabilitar a las personas con secuelas y dadas las acciones que realiza este profesional en los servicios de salud, hace que tenga que desarrollar actitudes y valores consecuentes con su misión. Es por ello que la actuación específica de los profesionales de enfermería en la especialidad a partir de las competencias permitirá encaminar el cuidado del enfermero que labora en el salón de parto.

Mapa Dacum

Competencias, Funciones y Tareas específicas de enfermería para laborar en el salón de parto.

001 Capacidad para educar, motivar, apoyar, facilitar y orientar a pacientes y familiares en relación al proceso del parto y el puerperio inmediato.

001.1 Informar de manera interdisciplinaria a pacientes y familiares sobre el seguimiento del trabajo de parto, así como durante el nacimiento del bebé y el puerperio inmediato.

➤ Coordinar con los facultativos el momento para transmitir la información requerida a pacientes y familiares.

➤ Informar sobre preparación en caso de intervenir quirúrgicamente a la paciente (cesárea) ó realizar instrumentación del parto.

➤ Preparar a la paciente para la experiencia relacionada con la maternidad

001.2 Aplicar técnicas educativas en pacientes y familiares antes, durante y después del parto.

➤ Orientar sobre los exámenes complementarios y otros procedimientos a realizar a la paciente.

➤ Explicar a los familiares la importancia que representa para la paciente sentirse acompañada y en confianza antes, durante y después del parto.

➤ Coordinar los horarios de atención a la paciente relacionados con el tratamiento.

➤ Orientar no pujar ni realizar cuclillas hasta tanto no sea orientado.

001.3 Interactuar con pacientes y familiares para que puedan expresar preocupaciones y dar respuestas adecuadas a los estados físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

➤ Establecer una relación de empatía, basada en el respeto, la confianza y la seguridad.

➤ Aplicar técnicas de comunicación (relación persona a persona) para promover el bienestar de la paciente.

➤ Realizar técnicas de relajación para disminuir ansiedad y depresión.

➤ Identificar cuando es necesario el consejo de otro especialista.

002 Capacidad para valorar, interpretar y tomar decisiones en relación a la evaluación integral de la paciente antes, durante y después del trabajo de parto.

002.1 Intervenir en la valoración y evaluación de la paciente para la realización del trabajo de parto.

➤ Realizar seguimiento del trabajo de parto.

➤ Chequear e interpretar cardiotocografía.

➤ Realizar interrogatorio y examen físico de la paciente.

➤ Comparar los resultados con el estado físico de la paciente.

➤ Interrelacionar con el facultativo la posibilidad ó no de continuar el trabajo de parto.

002.2 Realizar valoración psicológica de la paciente y familiares antes, durante y después del parto.

➤ Lograr empatía para interpretar sus sentimientos.

➤ Valorar respuestas durante el proceso.

➤ Observar expresiones verbales y extra verbales de la paciente.

➤ Identificar actitudes familiares relacionadas con el estado del paciente.

➤ Orientar a los familiares en que forma pueden colaborar.

002.3 Intervenir con acciones encaminadas al apoyo nutricional

- Verificar dieta con las calorías necesarias según indicación médica.
- Orientar la ingestión líquidos (jugos y caldos) durante el trabajo de parto, así como una dieta libre durante el puerperio inmediato.
- Indicar no ingerir alimentos enlatados ni con exceso de condimentos.

002.4 Valorar estado del patrón funcional de auto-imagen, auto-concepto y de rol-relaciones.

- Observar expresiones de la paciente de sentimientos negativos sobre si misma.
- Valorar respuestas verbales o extra verbales de miedo por el proceso del parto.
- Constatar sensación de abandono conyugal ó familiar.
- Verificar modo de actuación ante el nuevo rol materno.

003 Capacidad resolutive para prevenir, identificar e intervenir en la aparición de complicaciones.

003.1. Cumplir, controlar y ejecutar normas epidemiológicas para prevenir las complicaciones.

- Realizar desinfección diaria de todo el material y equipo que se utilice con la paciente.
- Realizar lavado de manos médico antes de cada manipulación de la paciente.
- Realizar el secado y la aplicación de soluciones antisépticas.

003.2 Intervención de enfermería durante el trabajo de parto y puerperio inmediato.

- Orientar a la paciente sobre el procedimiento y la preparación para el mismo.
- Organizar el salón con todo el equipamiento y material necesario.
- Vestir a la paciente para el traslado al salón, colocar en posición ginecológica manteniendo la privacidad de la misma.
- Realizar cateterismo vesical en caso de instrumentación del parto.
- Auxiliar en las manipulaciones instrumentales
- Realizar seguimiento del puerperio cada 30 min, haciendo énfasis en signos vitales, características de los loquios y del útero.
- Canalizar dos venas periféricas.
- Identificar pacientes candidatas a sangrar según diagnóstico médico.
- Medir constantes vitales cada 1h.
- Vigilar posibles signos de complicación (hipertermia o hipotermia, taquicardia, sangramiento activo) .

004 Capacidad en Gestión de Recursos Humanos y materiales, y dirigir con asertividad las acciones de los miembros del equipo para proporcionar seguridad y bienestar al paciente y familia.

004.1 Caracterizar el personal de enfermería que labora en el salón de parto.

- Estar apto física y psíquicamente (valoración médica previa),

- Conocer sobre el seguimiento y realización del parto eutócico.
- Poseer experiencia en los procedimientos a realizar.
- Responsabilidad en la relación paciente familia, equipo de salud y entorno laboral.
- Mostrar empatía, agudeza sensorial, escucha activa, flexibilidad, sintonía y apertura al cambio.

004.2 Caracterizar las áreas donde hará estancia la paciente.

- Crear condiciones en el área de parto y Alojamiento conjunto, climatizadas y con buena iluminación.
- Prohibir la presencia de personal ajeno al departamento sin previa autorización del jefe de servicio.(personal acompañante)
- Controlar el acceso al departamento.
- Evitar ruidos e iluminación excesiva.

005 Habilidad organizativa para favorecer la recepción, atención y traslado intrahospitalario de la paciente de acuerdo a las necesidades afectadas.

005.1 Organizar la recepción, atención y traslado intrahospitalario de la paciente.

- Valorar estado de la paciente a su llegada al departamento.
- Realizar anamnesis exhaustiva a la paciente.

- Explicar a la paciente y familiares la causa del traslado.
- Si hidratación y sonda vesical, cerrar, venipuntura protegida y rotulada.
- Acompañar y entregar a la paciente a la persona encargada del traslado.
 - Evaluar, explicar y anotar respuestas de la paciente así como cualquier otro tema de interés durante el traslado en la historia clínica.

006 Capacidad para favorecer el confort de la paciente y reducir el impacto ambiental.

006.1 Realizar, controlar y ejecutar acciones de enfermería para favorecer el confort de la paciente y disminuir el impacto ambiental sobre ésta.

- . Evitar ruidos excesivos.
- Mantener a la paciente en un ambiente tranquilo y reconfortante.
- Evitar conversaciones alrededor de la paciente que puedan alterar su conducta.
- Mantener un ambiente seguro y un entorno adecuado para favorecer un estado de equilibrio.
- Orientar a la paciente sobre las técnicas y procedimientos que con ella se están realizando.
- Prohibir la presencia de personal ajeno en el salón de parto.

007 Capacidad para aplicar los principios de asepsia y antisepsia.

007.1 Aplicar política de uso de desinfectantes y, antisépticos.

- Realizar lavado de manos social y médico al entrar al departamento y al manipular y realizar proceder a la paciente.
- Cumplir y hacer cumplir política de desinfección.
- Orientar y evaluar desinfección recurrente y Terminal del departamento.
- Exigir y cumplir con el uso correcto del vestuario dentro del salón.(No esmalte en las uñas, no el uso de prendas)

008 Capacidad para la realización de técnicas y procedimientos para la administración de medicamentos por diferentes vías.

008.1 Cumplir con las precauciones en la administración de medicamentos.

- Vigilar y regular goteo de hidratación de Oxitocina, Fenoterol, Sulfato de Magnesio.
- Observar reacciones adversas luego de la administración de cualquier medicamento (polisistolia, hipotensión, disnea, nefrotoxicidad, neurotoxicidad, enrojecimiento, cefalea, parestesias entre otros).

Consideraciones Finales

Del análisis realizado se señala que la totalidad de los expertos estuvieron de acuerdo en que se corresponden las competencias específicas en relación con las funciones y sus tareas.

Dichas competencias permitirán elevar el nivel de conocimientos, relacionados con las funciones, tareas del personal que labora en este servicio y propiciará una intervención de enfermería en la especialidad de Obstericia con cuidados específicos, de mayor calidad y eficacia.

Referencias:

- 1.Urbina Laza O, Otero Ceballos M. Tendencias actuales en las competencias específicas en Enfermería. Rev Cubana Educ Med Sup 2013; 17(4):2.
- 2.Torres Esperón M. Funciones de enfermería según niveles de formación: propuesta para el Sistema de Salud Cubano. [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2016. p.10.
- 3.Urbina Laza O. Metodología para la evaluación de las competencias laborales de los profesionales de enfermería que laboran en los servicios de neonatología. [tesis]. La Habana:Escuela Nacional de Salud Pública; 2007. p. 30.

Recibido: 17/01/2019

Aceptado: 3/07/2019

Prácticas y representaciones de estudiantes de enfermería en torno al rol enfermero

Practices and Representations of Nursing Students Around the Nursing Role

Práticas e representações de estudantes de enfermagem em relação ao papel do enfermeiro

Mariana Gerbotto , Noemí Beatriz Saez,
Ma. De los Ángeles Gattari , Ma. Virginia Daro

Resumen:

Objetivos: Describir las prácticas y representaciones respecto del rol enfermero en un grupo de estudiantes.

Material y Métodos: Este trabajo se realizó desde un enfoque cualitativo. Se trabajó con estudiantes de Enfermería de una facultad privada de la ciudad de Rosario (Argentina) durante el 2018. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas.

Resultados: Se observó que un grupo significativo de estudiantes poseía una mirada parcial del rol enfermero antes de ingresar a la universidad, sus percepciones se centraban en torno a las tareas asistenciales -fundamentalmente- de higiene, confort, control de signos vitales y técnicas poco complejas. La mirada de todos los estudiantes respecto del rol enfermero se amplió y se complejizó a partir de su ingreso a la universidad. Se observa una alta valoración de las prácticas pre-profesionales y, en el caso particular de las prácticas comunitarias, emerge con fuerza el rol de educador que debe construir un enfermero/a.

Conclusiones: Las prácticas realizadas desde el primer año de la carrera se consideran fundamentales espacios de formación, incorporándose desde las primeras instancias formativas la relevancia del vínculo enfermero/a-paciente. Para los estudiantes es muy enriquecedor lo que se aprende en las prácticas en relación a otros estudiantes, pacientes, enfermeros/as y docentes reconociendo que la experiencia de lo vivido se asocia a cambios en las actitudes y a un crecimiento en el desarrollo del perfil profesional.

¹Prof. Lic en Antropología. Especialista en Ciencias Sociales con mención en Psicoanálisis y Prácticas Socio-Educativas. FLACSO. Maestranda en Educación en Ciencias de la Salud IUNIR. Docente e investigadora. UAI. Mail: marugerbotto@yahoo.com

²Prof. Lic. en Enfermería. Docente e investigadora. UAI. Mail: mimisaezsp@hotmail.com

³Lic. en Antropología. Doctoranda en Antropología UNR. Docente e investigadora. UAI. Mail: magattari@gmail.com

⁴Estudiante de enfermería. UAI. Mail: vickydaro_krk@hotmail.com

Palabras Clave:

Estudiantes de Enfermería, Rol Profesional, Práctica Profesional, Relaciones Enfermero-Paciente.

Abstract:

Objectives: Describe the practices and representations regarding the role of the nurse in a group of students.

Material and Methods: This work was done from a qualitative approach with a group of nursing students from a private university located in Rosario (Argentina) during 2018. Semi-structured interviews were conducted.

Results: It was observed that a significant group of students had a partial look about the nurse role before entering the university, their perception were centered around care tasks – fundamentally – hygiene, comfort, vital signs control and little complex techniques. The perception of all the students related to the nurse role became more wide and complex since the first days at the university. A high valuation of the pre-professional practices is observed and, in the case of the communitarian practices, the role of educator that a nurse must built emerges with significant force.

Conclusions: The practices made since the first year of the career are considered fundamentals as training spaces, incorporating since the first formative instances the relevance in the link nurse-patient. For the students it is very enriching what it's learned in the practices in relation to other students, patients, nurses and teachers recognizing that the experience of what was lived is associated with the changes in the attitudes and a growth in the development of the professional profile.

Key Words:

Nursing Students, Professional Role, Professional Practice, Nurse-Patient Relations.

Resumo:

Objetivos: Descrever as práticas e representações respeito do papel do enfermeiro em um grupo de estudantes.

Material e Métodos: Este trabalho se realizou desde um enfoque qualitativo. Se trabalhou com estudantes da enfermagem de uma faculdade privada da Cidade de Rosário (Argentina) durante o 2018. Foram feitas entrevistas semi-estruturadas.

Resultados: Se observou que um grupo significativo de estudantes possuía uma mirada parcial do papel do enfermeiro antes de ingressar na universidade, suas percepções centravam-se em torno às tarefas assistenciais -fundamentalmente- de higiene, conforto, controle de signos vitais e técnicas pouco complexas. A mirada de todos os estudantes respeito do rol enfermeiro se ampliou e tornou-se mais complexa a partir do ingresso na universidade. Observa-se uma alta valoração das práticas pré-profissionais e, no caso particular das práticas comunitárias, emerge com força o papel do educador que deve construir um enfermeiro/a.

Conclusões: As práticas feitas desde o primeiro ano da carreira consideram-se fundamentais espaços de formação, incorporando desde as primeiras instâncias formativas a relevância do vínculo enfermeiro/a-paciente. Para os estudantes resulta muito enriquecedor o que se aprende nas práticas em relação aos outros estudantes, pacientes, enfermeiros/as e docentes reconhecendo que a experiência do aquilo vivido associa-se a mudanças nas atitudes e a um crescimento no desenvolvimento do perfil profissional.

Palavras Chave:

Estudantes de Enfermagem, Papel Profissional, Prática Profissional, Relações Enfermeiro-Paciente.

Introducción:

El objetivo de este trabajo es reflexionar en torno a las miradas, creencias, valoraciones y sentidos que le otorgan los estudiantes de enfermería a su quehacer profesional, el cuidado del otro. El cuidado como constructo disciplinar y acción profesional íntegra, como lo postulan distintos autores, lo biológico, lo psicológico, lo social, lo cultural y la dimensión ética de la práctica desde una mirada holística. De hecho, las concepciones, percepciones y los valores que las personas tienen sobre su salud son el punto de partida para dicho cuidado⁽¹⁾.

Tal como lo plantea Ceballos Vásquez⁽²⁾ el cuidado humanizado es más que un buen trato; las actitudes y la práctica de enfermería es lo único que distingue el quehacer enfermero del de otras profesiones. De allí la relevancia del cuidado para esta profesión.

El cuidado es la matriz del rol enfermero.

Cuando se habla de roles se hace referencia a la “tipificación de comportamientos objetivados socialmente en el acto”. Es decir, cuando esta tipificación aparece en el contexto de un conjunto de conocimientos, común a una colectividad de actores sociales, se puede empezar a hablar de

roles (3). El rol tiene permanencia y va más allá de los individuos que lo desempeñan. La importancia de esto radica en considerar la conducta de los sujetos no como actos individuales y aislados, sino repetitivos y constantes, lo que favorece el proceso de interacción. Esto es importante por cuanto en lo curricular se espera que el estudiante adopte este comportamiento y lo proyecte en su trabajo⁽³⁾.

Hay estudios que describen cómo lo que perciben los estudiantes durante su formación se impregna de comportamientos, actitudes y valores, lo cual condiciona el posicionamiento del estudiante frente al rol enfermero. Dichos estudiantes, a través del tiempo, acumulan diversas situaciones vividas y experiencias, ya sea en la relación con otros estudiantes, pacientes, enfermeras/os docentes y enfermeras/os clínicos, y dichas relaciones se considera que abonan a la construcción del mencionado rol profesional⁽⁴⁾.

En el imaginario colectivo de los enfermeros, circulan imágenes en torno a su rol asociadas a los paradigmas de la madre cuidadora, el apóstolado y -asimismo- al profesional de la salud. Estas imágenes están institucionalizadas, incor-

poradas a las prácticas y a las representaciones de los sujetos⁽⁵⁾.

Las representaciones sociales tienen la aptitud de referir a un concepto, a un rol, a un modo de hacer -y de ser-, a un sistema de valores y a modelos de mundo de carácter cultural e histórico. Esta capacidad de síntesis es lo que les posibilita funcionar en el gozne entre las palabras, los haceres y las cosas, entre lo que se dice y lo que se hace, participando activamente en la reproducción de las prácticas y en la constitución de las identidades sociales⁽⁶⁾.

Ante la poca presencia de estudios actuales que den cuenta de las prácticas y representaciones en torno del rol enfermero en estudiantes de enfermería, se considera pertinente reflexionar acerca de las significaciones que circulan en el imaginario colectivo de este grupo para poder reconocer qué lugar ocupan en la construcción de la identidad en este colectivo profesional.

Material y Métodos

Este trabajo se realizó desde un enfoque cualitativo, desde ésta perspectiva se intentó comprender e interpretar el punto de vista de los sujetos de la problemática abordada, con el fin de reflexionar acerca de cuáles son sus prácticas y representaciones en torno al rol enfermero.

Tipo de estudio: Se diseñó un estudio transversal de corte descriptivo.

Población: Se trabajó con estudiantes de la carrera de enfermería de una facultad privada de la ciudad de Rosario. La población fue definida por la disponibilidad y la predisposición de los estudiantes de participar en la investigación.

Los criterios de selección que se utilizaron fue-

ron los siguientes:

- la accesibilidad de los estudiantes
- la voluntad de participar en el estudio.
- el criterio para definir cantidad de entrevistas fue el de saturación, momento que refiere a que la información comienza a ser igual, repetitiva o similar.

Técnicas de recolección de datos: Se realizaron entrevistas semi-estructuradas. Esta herramienta es la más pertinente para acceder tanto a las prácticas como al universo de representaciones de "los otros", ya que posibilita el establecimiento de una relación -entre el investigador y los sujetos- a través de la cual se obtienen verbalizaciones, enunciados y narraciones a partir de los "ejes temáticos" sugeridos por el investigador. Las entrevistas se llevaron a cabo de forma individual, y se grabaron con el consentimiento de los entrevistados y se desgrabaron textualmente.

Métodos de análisis e interpretación: El enfoque cualitativo se fundamenta en un proceso inductivo, es decir, explora y describe para luego construir lecturas teóricas yendo así de lo particular a lo general. Por ejemplo, en un típico estudio cualitativo, el investigador entrevista a una persona, analiza los datos que obtuvo y saca algunas conclusiones; del mismo modo, efectúa y analiza más entrevistas para comprender lo que busca. Es decir, aborda caso por caso, dato por dato, hasta llegar a una perspectiva más general⁽⁷⁾.

El proceso de análisis del material obtenido en el trabajo de campo involucró descubrir lo profundo de lo dicho, de lo no dicho, de lo expresado, de lo gestual. Así, las diferentes expresiones, las distintas situaciones, como piezas de un rompecabezas fueron juntándose, articulándose una a una, en la búsqueda de la comprensión e interpretación. Desde esta perspectiva metodológica,

el análisis comienza en el mismo momento en que se define el problema a ser investigado, se opta por las técnicas a ser utilizadas y se piensa en qué preguntar y a quién. Esa idea de no separación de acciones sino de tareas que se van superponiendo, supone que no puede reducirse el análisis a una etapa o paso de la investigación; el análisis está presente en todo el proceso⁽⁸⁾.

Resultados y Discusión

En relación a los ejes temáticos construidos a partir del trabajo teórico y el trabajo de campo, se observó que un grupo significativo de estudiantes poseía una mirada parcial del rol enfermero antes de ingresar a la universidad, sus percepciones se centraban en torno a las tareas asistenciales -fundamentalmente- de higiene, confort, control de signos vitales y técnicas poco complejas. Así lo expresan los estudiantes:

“Yo creía que enfermería era solamente la higiene del paciente”, “...pensé que el enfermero estaba para lavar colas...”, “antes de empezar yo pensaba que enfermería era solamente higiene y cambio de sábanas”. Otra entrevistada postula: “yo pensé antes de entrar a la facu que íbamos a tener poco estudio...” Un estudiante agrega: “yo veía al enfermero como ayudante del médico pero no ayudante en la buena palabra sino más como ‘anda y hace eso’...sirviente prácticamente (...) pensé que el enfermero era un subordinado del médico...”

La mirada de todos los estudiantes respecto del rol enfermero se amplió y se complejizó a partir de su ingreso a la universidad.

“Ahora sé que no solamente estamos para limpiar sino que estamos para un montón de cosas más...tenemos conocimientos en los cuales yo me puedo poner a la par de un médico y poder re-

plantearle o preguntarle o saber qué es lo que está diciendo el médico” dice un entrevistado. Otra estudiante afirma: “yo lo que sabía lo pude fundamentar...”, en el mismo sentido otra entrevistada agrega: “...resulta que es re amplia la carrera cuando te metes y sabes todas las funciones. Yo ahora me dedico a investigación y me estoy preparando para la docencia”.

Las y los estudiantes de enfermería ingresaron a la carrera con una idea parcial y reducida respecto del rol profesional, y como ya se mencionó, dicha mirada se fue complejizando durante su recorrido de formación.

“El cuidado es amplio, no es solamente las prácticas que uno hace, las técnicas que uno aplica...” dice un estudiante y otra aporta: “yo creía sinceramente que era solo limpiar y cambiar pañales y que eras como la mucama del paciente y no... es otra realidad... es la relación que tenes con el paciente, él se apoya en vos y tenes que hablarlo y acompañarlo en todo momento, me cambió totalmente la mirada”.

De acuerdo con Denise Jodelet, se considera que las representaciones sociales, las experiencias, los conocimientos y las conductas de los sujetos los sitúan e inscriben en lugares y roles específicos, en espacios institucionales, sociales y culturales particulares. Las representaciones sociales son los sistemas de interpretación que determinan la relación con el mundo y con los demás, orientando y organizando las conductas y las comunicaciones sociales (9). En este sentido, este grupo de estudiantes era portador de algunas de las miradas instituidas socialmente respecto del quehacer enfermero.

“...A medida que pasa el tiempo te vas dando cuenta que cada vez hay más cosas que abarca la enfermería, obviamente porque no las sabes

y las estas aprendiendo y después cruzarte con alguien que te dice: 'Ah, sos enfermero, lo único que hacen es poner inyecciones' es como que desmerecen lo que uno hace pero igualmente sé que él no sabe lo que yo sé" nos dice uno de los estudiantes entrevistados.

Arancibia y Cebrelli⁽⁶⁾ plantean que las representaciones sociales funcionan como un mecanismo traductor en tanto poseen una facilidad notable para archivar y hacer circular con fluidez conceptos complejos cuya acentuación remite a un sistema de valores y a ciertos modelos de mundo de naturaleza ideológica. Los estudiantes señalan la poca valorización social del rol enfermero que ellos perciben y -muchos- reconocen que dichas valoraciones también eran parte de sus miradas antes de ingresar a la universidad.

Así, del análisis de las entrevistas, se desprende que las imágenes respecto del rol que los futuros profesionales poseían se articulan con las representaciones sociales que circulan en el imaginario colectivo respecto del quehacer enfermero. Este grupo de estudiantes, pudo cuestionar e interrogar dichas imágenes y representaciones a partir del recorrido realizado durante la formación, complejizando su posición al apropiarse de las herramientas técnicas y teóricas que la carrera aporta.

"La carrera se enfoca en lo que es cuidar, el prevenir, en la promoción...se puede trabajar en muchos ámbitos no solamente en un hospital", "el enfermero es la persona que más está con el paciente, es una persona que acompaña, que cuida...no solamente administrando medicamentos o que limpia y ya está... va más allá de eso, para mí el enfermero es la voz del paciente", definen diferentes estudiantes.

En este sentido, el proceso de formación de enfermería promueve una perspectiva capaz de articular los pensamientos e ideas profesionales, fomentando que el estudiante este preparado para evaluar su lugar en el mundo y la relevancia de su rol para la comunidad, asimismo como su postura/ praxis de cuidado⁽¹⁾. Además, acordando con diferentes autores, se considera que la formación debería estar orientada tanto al cuidado de sí como al cuidado de otros, como un valor que permita la autorrealización del cuidador y no orientarse sólo a la dimensión técnica.

"El paciente no es un objeto o un algo, es un ser integral" dice una estudiante y otra describe: "en la primera práctica lo que me pasó es que tuve un paciente con tracción, no podía caminar, tenía clavos en la pierna y lo bañé, lo cambié completamente, lo ayudé a levantarse... yo era esa pierna que él no podía mover, yo sentí eso (...) es ponerse en la piel del otro...para mí eso es el cuidado humanizado"

Los seres humanos de diferentes culturas del mundo han cuidado y siguen cuidando la mayor parte del tiempo la vida desde que ésta nace. Este hecho es el verdadero origen de cuidar, ya que cuidar es tan viejo como el mundo y tan cultural como la diversidad que caracteriza a la humanidad. Esa realidad acentúa la necesidad de estudiar y de enseñar las ciencias humanas en toda formación en enfermería⁽¹⁾.

De este modo, y de acuerdo con la perspectiva antes mencionada, el cuidado emerge en las construcciones de sentido de este grupo de estudiantes como un cuidado que trasciende lo técnico.

"Hay que abarcar al paciente desde todos los lugares, ya sea desde su parte física, desde su patología, su parte psicológica, su entorno, su familia... sino te pones en la piel de ese paciente

el cuidado nunca va a ser humanizado” dice una de las estudiantes entrevistadas. “...Escuchar al paciente, higienizarlo, ayudarlo a caminar si es que no puede o ayudarlo a comer, me parece que comprometiéndose, estar disponible para cuando esa persona lo necesite... eso es cuidar, no es tanta técnica...” agrega otra estudiante. En otra entrevista aparece la idea de que *“lo primero es conocer a la persona, poder tener una comunicación digamos... una confianza con la otra persona para que pueda expresar todo lo que vos quieres y poder realizar todo lo que vos te propones... eso lleva tiempo”*.

En este sentido, un aspecto significativo que emerge de muchas de las entrevistas realizadas es que las prácticas pre-profesionales son consideradas una instancia de formación imprescindible. Se reconoce como un valor el hecho de haber transitado durante las mismas tanto por efectores públicos como privados de salud de la ciudad. Al mismo tiempo, se aprecia la diversidad de experiencias que se adquieren en las distintas áreas de un hospital, y en relación con las prácticas comunitarias, emerge con fuerza el rol de educador que debe construir un enfermero/a.

“Yo soy de las personas que piensan que mucho mejor la práctica que la teoría...estar en el momento es muy importante y es fuerte”, “lo que más le gusta al estudiante es ir a prácticas, es como que nos encanta la práctica, ir a terreno, estar con la gente, ayudar a esas personas...”, “las prácticas están desde el primer cuatrimestre prácticamente de primer año... siento que es una base científica y práctica acorde (...) es la fundamentación también, justificar por qué haces algo... o sea por qué estoy haciendo la sonda naso gástrica o por qué estoy haciendo una curación...vos te das cuenta porque lo sabes, sabes de la coloración, hay un olor, te das cuenta, es la

fundamentación...la formación teórica” aportan distintos entrevistados/as.

Las prácticas no son sólo consideradas por los estudiantes como la acción sin más, cuando se refieren a las prácticas evocan el saber-hacer y la fundamentación de dicho quehacer. La formación teórica -que sustenta la práctica- es reconocida como lo que los diferencia de los enfermeros empíricos y ven en dicha formación el camino a la profesionalización y el reconocimiento disciplinar. Formarse para que la tarea sea reconocida socialmente aparece como un camino hacia una construcción identitaria más calificada.

Para cuidar no sólo se requiere hacer cosas; se hace necesario, antes que eso, pensar, discurrir. Es un acto tanto intelectual y teórico como práctico postula Tobón Correa (10).

En cuanto a dicha formación, se puede observar que para los alumnos/as entrevistados/as los profesionales que los reciben en las distintas instituciones son considerados como un gran “apoyo” y “ayuda”, un acompañamiento fundamental en esta instancia de aprendizaje. Pero también cabe mencionar que, en menor medida, se visualiza que los estudiantes observan que dichos profesionales -a veces- se sienten “invadidos” por su presencia.

A los mismos, se los reconoce como modelos a imitar o contrastar según sus actitudes sean consideradas correctas o incorrectas, instituyéndose así como una referencia ineludible para los estudiantes.

“Observé como las enfermeras hablan con los pacientes y siempre están atentas a los pacientes, a las necesidades de los pacientes y de la familia, la manera cómo hablan con el paciente y con la familia... yo miraba eso y pensaba: yo voy a ser así.... Es un buen ejemplo como cuidan a los pacientes, lo ayudan, dan apoyo emocio-

nal” dice una estudiante y agrega en el sentido contrario: “... en un efector llamaban a los pacientes como un número, un número de sala y de la cama tal... tal cama y a mí me pareció un cuidado deshumanizado, hay que llamarlo por su nombre no por un número”.

Otra estudiante plantea: “el pase de guardia esta desvirtuado, no lo hacen como tendría que ser y hay mucha hegemonía técnica, hacen todo muy técnico.... algunos, no todos...nosotros también aprendemos de los enfermeros...” En otra entrevista se plantea: “...vi una falta de comunicación con el médico, un día de práctica se gritaron el médico y la enfermera un poco, como que uno entendió una cosa y otra hizo otra... el médico le decía que hizo todo mal, como que desvalorizó todo lo que la enfermera hizo... La comunicación entre enfermeros la vi óptima y con el paciente también pero no con los médicos...”

Otra entrevistada afirma: “Como referencias negativas tuve un montón y positivas también... tomaría una vez que me encontré un grupo de enfermeras que eran muy compañeras entre ellas, había buena comunicación...lo noté porque no lo había notado en ningún lugar” y luego agrega: “...también vi enfermeras que nunca se presentaban frente al paciente o el familiar... no les explicaban ‘voy a hacer esto’ no se le explicaba ningún procedimiento al paciente o bien el paciente era la cama 12, la sala 3... ese paciente no tenía nombre, ni apellido, ni mucho menos familia porque ni siquiera se le preguntaba si estaba solo o acompañado... y yo creo que eso es fundamental”.

Como lo plantea Watson (2007) ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto

humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería (2).

Los estudiantes lo expresan en los siguientes términos: “... lo que hoy en día se necesita es enfermeros y no hay porque hay un montón de pacientes y pocos enfermeros, entonces, lleva eso al profesional a no poder dedicarle el tiempo necesario a los pacientes y se hace un cuidado deshumanizado”, “...el enfermero a lo mejor estaba genial en todos los detalles pero le faltaba tiempo y a lo mejor a ese enfermero le dieron diez pacientes...”

Conclusiones

El cuidado se visualiza en dos aspectos que emergen con recurrencia: la dimensión técnica y la dimensión humana. Ambas dimensiones aparecen en el discurso de los estudiantes como complementarias y necesarias.

Las prácticas realizadas desde el primer año de la carrera son consideradas por los estudiantes fundamentales espacios de formación, incorporándose desde las primeras instancias la relevancia del vínculo enfermero/a-paciente.

Los estudiantes postulan que es muy enriquecedor lo que se aprende en las prácticas en relación a otros estudiantes, pacientes, enfermeros/as y docentes reconociendo que la experiencia de lo vivido se asocia a cambios en las actitudes y a un crecimiento en el desarrollo del perfil profesional. Aparecen en este sentido experiencias tanto positivas como negativas que los alumnos toman como marcos de referencias de modelos a imitar o descartar.

Para finalizar, cabe mencionar que ésta investigación, dado su enfoque metodológico cuali-

tativo, describe y limita los alcances de las conclusiones a la realidad de este grupo de jóvenes en particular. De lo dicho se desprende que los resultados de este estudio no son extrapolables a otros conjuntos sociales.

Referencias Bibliográficas

1. Gorriti Siappo CL, Rodríguez Núñez Y, Evangelista Cabral I. Experiencias de estudiantes de enfermería en el cuidado de sí durante el proceso de formación en una universidad privada en Chimbote, Perú. *Escola Anna Nery* 2016; 20(1):17-24.
2. Ceballos Vásquez P. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería* 2010; 16(1):31-5.
3. Jara Concha P, Polanco Abello O, Alveal Lagos M. Percepción del rol profesional de alumnos de enfermería de la Universidad de Concepción, Chile. *Investigación y Educación en Enfermería* 2005; 23(2):56-69.
4. Vollrath Ramírez A, Angelo M, Muñoz González L. Vivencia de estudiantes de enfermería de la transición a la práctica profesional: un enfoque fenomenológico social. *Texto Contexto Enferm* 2011; 20(spe):66-73.
5. Camós P. Representación social de enfermería en el siglo XXI. *Revista Borrromeo* 2014; (5):90-110.
6. Arancibia V, Cebrelli A. Representaciones sociales: modos de percibir, decir y construir identidades. En: *Jornadas de Humanidades e Historia del Arte*; Bahía Blanca; 11-13 agosto 2005. [Internet]. Disponible en: <http://repositoriodigital.uns.edu.ar/bitstream/123456789/3458/1/Arancibia.%20Representaciones.pdf> [consulta: 20 mar. 2019].
7. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. 4ª ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2003.

8. Schettini P, Cortazzo I. Análisis de datos cualitativos en la investigación social: procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa. La Plata: Edulp; 2015.
9. Jodelet D. Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación. *Espacios en Blanco – Revista de Educación* 2011; 21(junio):133-54.
10. Tobón O. El autocuidado, una habilidad para vivir. [Tesis]. [Internet]. 2012. Disponible en: es.scribd.com/doc/51187879/Autocuidado-Ofelia-Tobon-Correa [consulta: 20 mar. 2019].

Recibido: 20/05/2019

Aceptado: 03/07/2019

Programa mais médicos na fronteira: gestão em saúde em cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai

Programa más médicos en la frontera: gestión en salud en las ciudades gemelas entre Brasil y Uruguay

Program More Medics in the Border: Health Management of Twin Cities Between Brasil and Uruguay

Marcos Aurélio Matos Lemões¹, Celmira Lange²,
Denise Somavila Przylynski Castro³, Patrícia Mirapalheta Pereira de Llano⁴,
Roberta Antunes Machado⁵, Gabriele Bester Hermes⁶

Resumo:

Introdução: O Programa Mais Médicos criado pela Lei nº 12.871, de 2013, surgiu estruturado em três frentes estratégicas: a primeira foi o provimento emergencial de médicos para Atenção Básica, a segunda, o investimento em infraestrutura neste nível de atenção e a última, medidas relacionadas à formação de médicos no país. O acesso da população aos cuidados médicos é essencial para promoção de um cuidado integral aos usuários do Sistema Único de Saúde. No Brasil há uma concentração desses profissionais nos grandes centros urbanos, e escassez nas regiões norte e nordeste do país, especialmente na Atenção Básica. As cidades situadas em região de fronteira também sofrem de escassez dos profissionais médicos, pois são consideradas áreas longínquas das grandes centros urbanos e capitais.

Objetivo: descrever a percepção de seis gestores municipais sobre as potencialidades do Programa Mais Médicos na reorientação da Atenção Básica, em cidades gêmeas entre o Brasil e o Uruguai. **Metodologia:** Estudo de abordagem qualitativa. A coleta dos dados foi realizada de janeiro a mar-

¹Doutor em Ciências, área de concentração enfermagem e saúde. Bolsista do Programa Nacional de Pós Doutorado – PNPd- CAPES no Programa de Pós Graduação em enfermagem na Universidade Federal de Pelotas, UFPel, Brasil, RS. Email: enf.lemoes@gmail.com

²Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem- Universidade Federal de Pelotas, Brasil, RS. Email: Celmira_lange@terra.com.br

³Doutoranda Programa de Pós Graduação em Enfermagem- Universidade Federal de Pelotas, Brasil, RS. Email: deprizi@gmail.com

⁴Institut de Cardiologie de Montréal- Canadá. Doutora em Ciências, área de concentração enfermagem e saúde- Universidade Federal de Pelotas, Brasil, RS. Email:pati_llano@yahoo.com.br

⁵Doutoranda Programa de Pós Graduação em Enfermagem- Universidade Federal de Pelotas, Brasil, RS. Professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul(IFRS).Email:roberta.machado@riogrande.ifrs.edu.br

⁶Doutoranda Programa de Pós Graduação em Enfermagem- Universidade Federal de Pelotas, Brasil, RS. Email: gabihermes@yahoo.com.br

ço de 2016 mediante a entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi embasada na análise de conteúdo proposta por Bardin e referencial teórico do Planejamento Estratégico descrito por Matus e Testa.

Resultados: Os municípios fronteiriços descentralizaram e planejaram a atenção em saúde ao alocarem os profissionais médicos na Atenção Básica. O provimento e maior permanência do médico nas equipes mobilizou o trabalho multiprofissional e ampliou o acesso dos usuários aos serviços e ações de saúde. *Conclusão:* A gestão em saúde auferiu maior poder de planejamento ao dispor do profissional médico em seu quadro de trabalhadores. Portanto, o Programa Mais Médicos propiciou mudanças no modelo de atenção e enfrentamento das desigualdades sociais em saúde nos municípios fronteiriços.

Palavras-chave:

Política de Saúde; Planejamento Estratégico; Medicina de Família e Comunidade; Brasil.

Introducción: El Programa Más Médicos creado por la Ley nº 12.871, de 2013, surgió estructurado en tres frentes estratégicos: la primera fue la provisión de emergencia de médicos para Atención Básica, la segunda, la inversión en infraestructura en este nivel de atención y la última, medidas relacionadas con la formación de médicos en el país. El acceso de la población a la atención médica es esencial para promover un cuidado integral a los usuarios del Sistema Único de Salud. En Brasil hay una concentración de estos profesionales en los grandes centros urbanos, y escasez en las regiones norte y noreste del país, especialmente en la Atención Básica. Las ciudades situadas en región de frontera también sufren de escasez del profesional médico, pues son consideradas áreas lejanas de los grandes centros urbanos y capitales.

Objetivo: describir la percepción de seis gestores municipales sobre las potencialidades del Programa Más Médicos en la reorientación de la Atención Básica, en ciudades gemelas entre Brasil y Uruguay. *Metodología:* Estudio de enfoque cualitativo. La recolección de los datos fue realizada de enero a marzo de 2016 mediante la entrevista semiestruturada. El análisis de los datos se basó en el análisis de contenido propuesto por Bardin y referencial teórico de la Planificación Estratégica descrito por Matus y Testa. *Resultados:* Los municipios fronterizos descentralizaron y planificaron la atención en salud al asignar a los profesionales médicos en la Atención Básica. La provisión y mayor permanencia del médico en los equipos movilizó el trabajo multiprofesional y amplió el acceso de los usuarios a los servicios y acciones de salud.

Conclusión: La gestión en salud aporta mayor poder de planificación al disponer del profesional médico en su cuadro de trabajadores. Por lo tanto, el Programa Más Médicos propició cambios en el modelo de atención y enfrentamiento de las desigualdades sociales en salud en los municipios fronterizos.

Palabras Clave:

Política de Salud; Planeamiento Estratégico; Medicina Familiar y Comunitaria; Brasil.

Abstract:

Introduction: More Doctors Program, in accordance with Law No. 12,871 of 2013, was structured on three strategic fronts: the first one deal with the emergency of medical care for Basic Care, the second, an investment in infrastructure for Basic Care and the last one, these are measures related to the training of doctors in the country. Access to medical care is essential for the comprehensive health care for users of the Unified Health System (called SUS in Brazil). Health professionals are concentrated in large urban centers and are lacking in the north and northeast regions of Brazil, especially in relation to Basic Care. Cities located in the border region also suffer from a shortage of doctors; as such places are considered remote areas of urban centers and capitals.

Objective: This study aims to describe the perception of six municipal managers about the potential of the More Doctors Program in relation to the reorientation of Basic Care in twin cities between Brazil and Uruguay. *Methodology:* This is a qualitative study with a semi-structured interview. Data collection was performed from January to March in 2016. The analysis of the data was based on the analysis of content proposed by Bardin and the theoretical reference of Strategic Planning was described by Matus and Testa.

Results: Border cities decentralized and planned health care by allocating doctors to Basic Care. The provision of doctors and their permanence in the teams mobilized the multiprofessional work and extended the access of the users to actions and health services. *Conclusion:* Health management has greater planning power by having a medical professional in its workforce. Therefore, the More Doctors Program provided both changes in the care model and confrontation of social inequalities in health in border cities.

Keywords:

Health Policy, Strategic Planning; Family Practice; Brazil.

Introdução

Os municípios de fronteira entre o Brasil e Uruguai, no extremo sul do Brasil, caracterizado geograficamente como área remota de difícil acesso e distante dos centros de referência em saúde, possuem um déficit histórico de profissionais da área da saúde, em especial o profissional médico, caracterizando, nesse sentido, um obstáculo na universalização do acesso ao sistema Único de Saúde (SUS)^{1,2}.

Experiências internacionais no provimento e fixação de profissionais em áreas de vulnerabilidade social dispuseram de distintas estratégias,

do incentivo à obrigatoriedade, tais como seleção, educação, serviço civil obrigatório, regulação, incentivos e apoio³.

A preocupação com a distribuição de profissionais de saúde, em particular médicos, bem como a implementação de ações que possibilitem enfrentar situações de escassez e iniquidades no acesso da população aos serviços de saúde, têm sido predominantes nas políticas de recursos humanos para o SUS nos últimos anos⁴.

Neste sentido, o Programa Mais Médicos (PMM) criado pela Lei nº 12.871, de 2013, surgiu estruturado em três frentes estratégicas: a primeira foi o provimento emergencial de médicos para Atenção Básica, a segunda, o investimento em infraestrutura neste nível de atenção e a última, medidas relacionadas à formação de médicos no país⁵.

O acesso da população aos cuidados médicos é essencial para promoção de um cuidado integral aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil há uma concentração desses profissionais nos grandes centros urbanos, e escassez nas regiões norte e nordeste do país, especialmente na Atenção Básica². As cidades situadas em região de fronteira também sofrem de escassez dos profissionais médicos, pois são consideradas áreas longínquas das grandes cidades e capitais.

Particularmente nos municípios de fronteira com o Uruguai, existe a possibilidade de contratação de profissionais uruguayos na área de saúde, que inclui a categoria médica. Essa ação foi assegurada pelo Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguayos, para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008, aprovado pelo Decreto Legislativo nº 933/2009 e promulgado pelo Decreto nº 7239/2010.

Alguns municípios fronteiriços já se beneficiam desse dispositivo, realizando contratações de médicos e enfermeiros no seu quadro para integrar a atenção do município, por ações justas possibilitou ter profissionais especializados de forma a garantir a continuidade do atendimento à população⁶. O obstáculo para os gestores está na impossibilidade de contabilizar

para a gestão do sistema SUS o atendimento realizado por estes profissionais.

Este estudo tem por objetivo descrever a percepção dos gestores sobre as potencialidades do Programa Mais Médicos na reorientação da Atenção Básica em cidades gêmeas entre Brasil e o Uruguai.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, composto de entrevistas realizadas com seis gestores municipais de saúde, de municípios considerados cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai: Jaguarão, Santana do Livramento, Chuí, Quaraí, Barra do Quaraí e Aceguá, todas no Rio Grande do Sul. As entrevistas semiestruturadas foram agendadas previamente via telefone pela equipe de pesquisadores, considerando o deslocamento a cada município, a fim de cumprir o cronograma de trabalho de campo que ocorreu em janeiro e fevereiro de 2016.

As seis entrevistas foram realizadas em local de escolha dos participantes do estudo, geralmente no gabinete dos Prefeitos, gravadas em aparelhos digitais para posterior transcrição. O projeto não apresentou impedimentos éticos conforme ofício nº13 da Comissão de ética do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem (UFPEL) sob o parecer: 1.757.934 e CAAE nº 60173516.6.0000.5316.

Esta pesquisa é um recorte do eixo gestão em saúde da pesquisa realizada na fronteira entre o Brasil e o Uruguai intitulada “Identificação de Indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de Cannabis sobre a saúde pública e o consumo de drogas na zona de

fronteira entre Brasil e Uruguai” financiada pela Secretaria Nacional de Drogas do Ministério da Justiça SENAD/MJ.

Para garantir o sigilo os nomes dos gestores dos municípios foram codificados como Gestor Municipal 1, (GM1), Gestor Municipal 2 (GM2) e assim sucessivamente por ordem de entrevista.

A análise de dados foi realizada com método de análise de conteúdo descrita por Bardin⁷. Desenvolveu-se o método e técnicas, respectivamente: a organização da análise; a codificação de resultados; as categorizações; as inferências; e, por fim, a informatização da análise das comunicações⁸.

Para tanto, seguiu-se os passos de pré-análise a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Seguiu-se para exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro, que são unidades de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base. A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica⁸.

O referencial teórico utilizado para análise foi do planejamento estratégico resgatou-se três conceitos centrais: Planejamento, Poder, Ator Social^{9,10}. O planejamento foi idealizado no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e adaptado em áreas como saúde. Esta abordagem parte do reconhecimento da complexidade, da fragmentação e da incerteza

que caracterizam os processos sociais, que se assemelham a um sistema de final aberto e probabilístico.

O poder está situado em duplo sentido¹⁰, o primeiro em relação à estabilização burocrática de uma organização em geral e o agrupamento de pessoas com interesses comuns, considerados Atores Sociais primários. O ator social é uma pessoa, organização ou grupo que participa de algum jogo social, que possui um projeto político, controla algum recurso relevante, tem, acumula ou desacomoda forças, portanto, tem a capacidade de produzir fatos capazes de viabilizar seu projeto¹⁰.

Após a realização dos passos metodológicos de análise destacam-se dois temas, a seguir discutidos.

Programa mais médicos fortalecendo a organização e cobertura da atenção básica

Conforme relato dos gestores, a inserção dos profissionais médicos por meio do Programa Mais Médicos melhorou o acesso dos usuários às unidades básicas de saúde. Conforme a seguir:

Deste modo, melhorar a promoção de saúde por intermédio das Estratégias de Saúde da Família, mas para isso precisamos da continuidade do Programa Mais Médicos. Ele que faz o suporte de toda a estratégia de saúde da família e a promoção da saúde (GM1).

A base da gestão é a prevenção através da Estratégia da Saúde da Família. Com o Mais Médicos nós temos vinte e cinco profissionais (GM5).

Sáimos do zero para 61,65% de cobertura da população e pretendemos atingir 80%.

Com o novo mapeamento estamos refazendo para ampliar. Incluindo a estrutura que não tínhamos, a visita domiciliar, procedimento no domicílio, para aquelas pessoas que não têm condições de ir no hospital e nem na unidade de saúde, portanto a equipe vai até eles e realiza este acompanhamento. Todos os profissionais fazem este trabalho e isso facilita bastante (GM6).

O Programa Mais Médicos reverte, de certo modo, o cenário dos municípios de fronteira do Brasil.

A grande maioria tinha grandes dificuldades em prover seus munícipes de atenção integral à saúde¹¹, situações relatadas pelos Atores Sociais da Gestão municipal, descrevem:

Com a questão do advento do Mais Médicos, nós conseguimos estruturar 24 postos de saúde como ESFs. E hoje essa é a grande mudança: nós conseguimos uma cobertura considerável no município como ESE. E, esse avanço se revela sobre a redução de mortalidade infantil (GM6).

Eu acho que os benefícios é a facilidade de acesso hoje, porque nós temos hoje unidades básicas espalhadas por todo o município, descentralizamos, construímos, reformamos, implementamos o Programa Estratégia de Saúde da Família, fomos beneficiados com o programa Mais Médicos, e isso nos facilitou muito (GM4).

Agora não é mais só Agente Comunitário de Saúde (ACS), é Estratégia de Saúde da Família. Começamos a organizar todas as redes com capacitação da equipes, processo seletivo, da contratação do enfermeiro, mais técnicos de enfermagem pra

trabalhar nas unidades de saúde das estratégias. Foi um avanço nossa adesão ao Programa Mais Médicos, porque nas unidades de saúde os médicos trabalhavam duas horas diárias, que não resolvia, e enfermeira tínhamos as que trabalhavam turno da manhã ou no tarde, no turno integral não. Com o Mais médicos conseguimos ampliar a carga horária delas, contratar outras enfermeiras e ter saúde bucal nas unidades funcionando com 8 horas diárias (GM6).

Hoje a gente está com equipes melhores [...] então somos muito fãs do programa do governo federal do Mais Médicos porque nos possibilitou ter médico 8h por dia hoje em quase todas as unidades de saúde (GM3).

Realidade de fronteira: programa mais médicos e acordo binacional

O debate sobre os problemas nas fronteiras, em especial o da saúde acontece há décadas, porém, seja pela falta de ordenação das iniciativas ou pela formulação de estratégias, a situação permanecia praticamente inalterada nos últimos anos¹².

Contudo, os gestores municipais apontam a experiência exitosa de estruturação de sistemas locais e regionais de saúde com o Programa Mais Médicos nos municípios fronteiriços, porém mostram problemas no registro de atividades de profissionais pelo Acordo Binacional por estes médicos não terem um registro no conselho médico brasileiro e no financiamento para estruturação relacionados ao SIS fronteira. Segundo as falas:

No programa Mais Médicos, os parâmetros de aplicação dele se encaixam muito nas características de região de fronteira. Por isso, nós fechamos mais com os parâmetros Mais Médicos. Pode-se classificar o Mais Médicos

como um programa que estruturou a faixa de fronteira de forma diferenciada (GM6).

Aqui na nossa região, o pessoal da Comissão Intergestores Regionais (CIR) tem uma inveja “branca” dos municípios de fronteira, que consegue essa contratação pelo acordo Binacional e pelo Mais Médicos, o que é uma dificuldade de todos os municípios. Se existissem mais políticas voltadas para área de fronteira, como já existiu pelo governo federal, o SIS fronteira, e nos recebemos recurso, era possível usar esse recurso para unidades básicas, seria um ótimo benefício (GM3).

Nós temos 4 médicos registrados do Programa Mais Médicos, cuja produção é registrada. Médicos fronteiriços que atendem e não têm sua produção computada, cujas informações que resultariam em dados e que motivariam recursos financeiros e materiais é prejudicada (GM5).

Nos municípios fronteiriços que compõe este estudo, o acesso a saúde de brasileiros que residem no Uruguai e estrangeiros reflete de forma complexa no Planejamento, pois não há como contabilizar os atendimentos e justificar ao SUS, de acordo as falas a seguir:

Nós damos assistência a esse estrangeiro, o SUS não vê isso como um trabalho do SUS, por mais que a gente informe tudo, tem um sistema para informar os pacientes atendidos. Então se informa esses pacientes estrangeiros, a maioria como se diz, chega no verão aqui, temos um trânsito de 250 mil estrangeiros e sempre tem atendimentos, então, o maior problema é esse, o SUS não vê isso, não nos reembolsa (GM1).

Os gestores municipais necessitam de argumentos e de instrumentos que possam subsidiar o contexto fronteiriço e de cidade gêmea quando é apresentado ao Sistema Único de Saúde explicitando o que difere de outras gestões municipais.

Discussão

No planejamento estratégico os gestores são considerados Atores Sociais. O ator social é uma pessoa, organização ou grupo que participa de algum jogo social, que possui um projeto político, controla algum recurso relevante, tem, acumula ou desacomoda forças no decorrer do jogo e possui, portanto, capacidade de produzir fatos capazes de viabilizar seu projeto⁹.

Neste estudo os Atores Sociais apontaram que o Programa Mais Médicos contribuiu para a organização da Atenção Básica mais precisamente na Estratégia saúde da família, agregando novas experiências e práticas de cuidado como a atenção domiciliar.

O Programa Mais Médicos incide sobre a carência de médicos a curto e médio prazo¹ isso permite que os Atores Sociais consigam planejar e reestruturar sua rede de serviços municipais melhorando a abrangência e descentralização dos serviços prestados.

Este ajustamento de recursos humanos nas cidades fronteiriças que compõem o estudo tem auxiliado os Atores Sociais no poder administrativo considerado a capacidade de se apropriar e de atribuir recursos¹⁰ e firmado a ESF como porta de entrada do sistema de saúde, possibilitado melhores respostas as demandas das populações, e aumentar o espaço de atividades destes profissionais se houvessem melhores estruturas e materiais nas Unidades Básicas^{13,14}

Os diferentes tipos poder se apresentam no jogo de decisão dos Atores Sociais, considerando que neste espaço existem em seu intrínseco, condições de mobilizações destes poderes para efetivar a rede de assistência ofertada nos municípios fronteiriços.

A gestão municipal tem um prazo de cinco anos, conforme o Programa Mais Médicos a contar da sua publicação em 2013, para qualificar os equipamentos e a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) articulado ao Requalifica UBS, está permitindo a construção, ampliação e reforma de 26 mil UBS em todo o país, sendo investidos mais de 5 bilhões de reais em obras que visam a melhoria das condições de trabalho e de acesso a população¹¹.

O modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF) representou um empenho bem sucedido de promoção da equidade, pois normalmente sua presença era maior, em regiões mais pobres e com população mais vulnerável, como as de municípios fronteiriços. O apropriado enfrentamento dos principais problemas do ESF pode desenvolver significativamente seu desempenho e impacto positivo na saúde da população^{15,16}.

Um desafio importante para a gestão e planejamento nestes municípios é discutir acesso de usuários em região de fronteira, empenham-se no poder político que destaca a capacidade de desenvolver uma mobilização, através de uma visão da realidade, sendo este saber originado de maneira distinta, como experiência da situação e ainda como sentimentos desencadeados por esta experiência, e reflexão sobre ela¹⁰.

Deve-se considerar que brasileiros e estrangeiros que residem nas cidades uruguaias acessam os serviços de saúde brasileiro. Em um estudo realizado na fronteira com o Uruguai, foi constatado que a demanda de atendimentos pelo

Sistema Único de Saúde (SUS) é maior entre os brasileiros residentes nas cidades estrangeiras do que pelos os estrangeiros. No entanto, esses atendimentos refletem sobre o financiamento das ações e serviços de saúde, tendo em vista que o repasse de verba federal é realizada na modalidade per capita, não sendo contabilizada esta população itinerante⁶.

A construção da proposta de Planejamento Estratégico para estes municípios sobre a noção de situação é pautada pelos programas governamentais de saúde entendendo o locus que estão situados o ator e a ações acordadas. A forma com que estes se relacionam, permite entender a maneira pela qual cada ator social define e abaliza a situação para realizar o seu planejamento⁹.

O planejamento da saúde como descrito no decreto 7508 de 2011 contempla a centralidade da agenda da gestão de forma ascendente e integrado, do nível local até o nível federal, permitindo aos gestores programar as metas, objetivos e diretrizes de acordo com as especificidades de cada território e das necessidades de saúde da população¹⁷.

O atendimento a estrangeiros e a brasileiros que vivem no Uruguai, ou seja a utilização transfronteiriça, ocorre muito antes do MERCOSUL, portanto deveria ser ponderado pelo SUS ao descrever a regionalização diferenciada destes municípios que possuem de fato uma população flutuante e que buscam acesso a saúde onde há respostas efetivas as suas expectativas de cuidado.

Os relatos dos gestores ajuízam as vivências nos municípios fronteiriços, em alguns momentos políticos existem programas de incentivo que possibilitam planejar a municipalidade da saúde e que por outro lado, a sua descontinuidade se entende como abandono da problemática cotidiana.

O Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS-Fronteiras) originariamente buscou expandir a capacidade operacional de 121 municípios fronteiriços localizados até 10 km da linha da fronteira, isto é, da linha divisória terrestre do território nacional, que atraem fluxos regulares de pacientes oriundos do país vizinho, por meio de um sistema de compensação financeira, mas o programa foi descontinuado pelo Ministério da Saúde¹⁸.

Outro dispositivo utilizado para o planejamento é a ação de contratação de médicos uruguaios assegurado pelo Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde. Decreto nº 7239/2010 em que também estão previstas contratações de: serviços de saúde de caráter preventivo, serviços de diagnóstico; serviços clínicos, inclusive tratamento de caráter continuado; serviços cirúrgicos, intervenções clínicas e cirúrgicas; e atenção de urgência e emergência¹⁹.

Ainda que esta legislação assegurou a contratação de profissionais médicos os Atores Sociais apontam que há dificuldade de contabilizar os atendimentos por intermédio do acordo, e desta forma, baixa a produtividade do município apresentada ao SUS e, conseqüentemente o percentual de profissionais por número de habitantes. Deste modo, influenciando negativamente no Índice de desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios fronteiriços, o que difere neste ponto da realidade local.

No planejamento da gestão em saúde destes municípios fronteiriços há uma rede de trajetórias possíveis, como consequência dos diferentes projetos das forças sociais em luta, e desta forma pode-se analisar as condições da viabilidade política¹⁰.

Os Atores Sociais utilizam-se da tomada de decisão como estratégias de ação em saúde na tentativa de mobilizar interesses⁹ e desta forma é possível entender para além do planejamento em si, mas neste plano da realidade que estão situados os Atores Sociais, produtores de fatos e seu produto social na utilização do poder.

Conclusão

Ao executar sistemas municipalizados de saúde os Atores Sociais descritos no Planejamento estratégico, atuam com poder decisório e infere intensamente no bojo de cobertura, acesso e disponibilidade dos serviços na rede de saúde assim como na regionalização. O Programa Mais Médicos apresentou habilidade para minimizar assimetrias no planejamento em saúde de municípios fronteiriços, comparado a outros municípios da mesma região de saúde.

Este estudo aponta que o Programa Mais Médicos auxiliou a reorientação na Atenção Básica de Saúde, descentralizando e ampliando o acesso aos programas e ações em saúde. Além disso, propiciou mudanças no modelo de atenção e enfrentamento das desigualdades sociais em saúde que são frequentes nos municípios fronteiriços por apresentar alta vulnerabilidade social.

O contexto fronteiriço necessita de outras iniciativas no formato SIS fronteira que percebam as singularidades destes municípios e que valorizem ações problematizadas pela gestão em saúde. Evidentemente que o investimento na gestão pode subsidiar o planejamento e o monitoramento, atentando para dinâmica situacional de usuários dos dois países que acessam os sistemas de saúde.

A constituição de comitês fronteiriços de saúde poderia ser uma instancia para promover o debate e inclusão de pauta nas diferentes esferas governamentais, mas há uma descontinuidade dos encontros e por consequência o insulamento dos gestores nesta e outras pautas fronteiriças.

Descrever a gestão de saúde na fronteira é elucidar ao sistema SUS a existência de um espaço de vanguarda na organização de regiões de saúde, visto que o território é trasfronteiriço por conta dos usuários, ao utilizarem os sistemas de saúde dos dois países conforme a conveniência e possibilidade de acesso.

Referencias:

- 1-Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saúde Colet* 2015; (11)20: 3547-52.
- 2-Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. "Mais Médicos": a Brazilian program in an international perspective. *Interface(Botucatu)*. 2015; 19(54):623-34.
- 3-Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ* 2010; 88(5):379-85.
- 4-Pierantoni CR, Varella TC, Santos MRD, França T, Garcia AC. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis* 2008; 18(4):685-704.
- 5-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- 6-Bontempo CGC, NogueiraVMR. Assistência à saúde na fronteira com o Uruguai: estratégias para qualificação de atendimento pelo SUS. *Revista Ideação* 2011; 13(1):139-56. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 7-Mozzato AR, Grzybovski D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *RAC (Curitiba)* 2011; 15(4):731-47.
- 8-Matus C. O método PES: roteiro de análise teórica. São Paulo: FUNDAPE; 1997.
- 9-Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul; 1992.
- 10-Giovanella L, Guimaraes L, Nogueira V, Lobato L, Damacena G. Health on the borders: access to and demands on the Brazilian National Health System by foreigner and non-residents of Brazilians in cities along the border with MERCOSUR countries from the perspective of municipal health secretaries. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23:251–66.
- 11-Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, Stralen ACS, Lauer TV, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Ciência Saúde Coletiva* 2016; 21(9):2739-48.
- 12-Medina MG, Almeida PF. Programa Mais Médicos e fortalecimento da atenção básica: resultados, desafios e proposições para o aperfeiçoamento da política. [Internet]. 2018. Disponível em: <http://rede-depesquisaaps.org.br/wp-content/uplo>

- ads/2018/03/MedinaAlmeida-PMM.pdf [consulta: 4 nov. 2018].
- 13-Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cien Saúde Colet* 2006;11(3):669-81.
- 14-Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(supl.1):159-72.
- 15-Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. [Internet]. Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm [consulta: 4 nov. 2018].
- 16-Institui o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras - SIS Fronteiras. Portaria nº 1.120 de 06 de julho de 2005. [Internet]. Brasil. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=193694>[consulta: 4 nov. 2018].
- 17-Decreto nº 7.239 de 26 de julho de 2010. Promulga o Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde. [Internet]. Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7239.htm [consulta: 4 nov 2018].

Breve caracterización de la Revista Uruguaya de Enfermería (RUE): período 2006-2018

Brief characterization of the Revista Uruguaya de Enfermería (RUE): period 2006-2018

Breve caracterização da Revista Uruguaya de Enfermería (RUE): período 2006-2018

Teresa Morelli¹, Ricardo González²

En Memoria de Haydèe Hernández y su inmenso amor.

Resumen:

El objetivo de nuestro artículo es analizar las características editoriales más destacadas de la *Revista Uruguaya de Enfermería* (RUE), de la Universidad de la República, Uruguay, entre los años 2006-2018.

Como material de estudio se ha seleccionado la totalidad de las revistas publicadas en el referido período. El método empleado es cuali-cuantitativo. Se investigan las principales características de calidad formal editorial cumplidas por la publicación. Se precisa la cantidad y tipo de documentos científicos publicados y las secciones en las cuales son presentados. Respecto a los autores, se determina filiación institucional, grado académico, país de origen e índice de colaboración (número de autores por trabajo).

Entre los principales hallazgos destacamos que el tipo de artículo publicado más numeroso, es el de investigación (84,5%), obra de un solo autor (47,57%). Una amplia mayoría de los trabajos son de autores uruguayos (84,43%), de la Universidad de la República y del área de la enfermería.

La Revista Uruguaya de Enfermería (RUE), a partir del año 2018, ha comenzado un proceso de mejora, en el que afianza sus logros y supera algunas debilidades.

Entre los logros se destacan: la actualización de la plataforma OJS (Open Journal System) a la versión 3.x, que incorpora adelantos sustanciales para la gestión y edición editorial. Se mejora el diseño gráfico tanto del sitio web como de la propia publicación. Finalmente, se da inicio a la asignación de DOI (Digital Object Identifier) para los nuevos artículos publicados y se implementa un sistema de control antiplagio.

Palabras clave:

Revista Uruguaya de Enfermería, publicación periódica, calidad editorial, análisis bibliométrico.

¹Licenciada en Bibliotecología, Facultad de Información y Comunicación, Universidad de la República.

ORCID: 0000-1118-1947-1000. Contacto: teresa.morelli@gmail.com

²Estudiante. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República.

ORCID: 0000-0001-5321-2179. Contacto: ricardogonzalezhernandez2191@gmail.com

Abstract:

The objective of our article is to analyze the most outstanding editorial characteristics of the *Revista Uruguaya de Enfermería* (RUE), de la Universidad de la República, Uruguay, between 2006-2018.

As a study material, all the journals published in the aforementioned period have been selected. The method used is qualitative quantitative. The main characteristics of formal editorial quality met by the publication are investigated. The quantity and type of published scientific documents and the sections in which they are presented are specified. Regarding the authors, institutional affiliation, academic degree, country of origin and collaboration index (number of authors per work) are determined.

Among the main findings, we highlight that the most numerous type of published article is that of research (84.5%), the work of a single author (47.57%). A large majority of the works are from Uruguayan authors (84.43%), from the Universidad de la República, from the area of nursing.

The *Revista Uruguaya de Enfermería* (RUE), has begun an improvement process, in which it strengthens its achievements and overcomes some weaknesses.

Among the achievements made since 2018, it is worth highlighting: the update of the OJS (Open Journal System) platform to version 3.x, which incorporates substantial advances for the management and editorial edition. The graphic design of both the website and the publication itself is improved. Finally, begins the assignment of DOI (Digital Object Identifier) for new published articles and the implementation of the anti-plagiarism control system.

Keywords:

Revista Uruguaya de Enfermería, Periodical Publication, Editorial Quality, Bibliometric Analysis.

Resumo:

O objetivo do nosso artigo é analisar as características editoriais mais destacadas da *Revista Uruguaya de Enfermería* (RUE), de la Universidad de la República, Uruguay, entre 2006-2018.

Como material de estudo, foram selecionados todos os periódicos publicados no período supracitado. O método utilizado é quantitativo qualitativo. As principais características da qualidade editorial formal atendidas pela publicação são investigadas. A quantidade e o tipo de documentos científicos publicados e as seções em que são apresentados são especificados. Em relação aos autores, são determinadas afiliação institucional, grau acadêmico, país de origem e índice de colaboração (número de autores por trabalho).

Dentre os principais achados, destaca-se que o tipo de artigo publicado mais numeroso é o da pesquisa (84,5%), obra de um único autor (47,57%). A grande maioria dos trabalhos é de autores uruguaios (84,43%), da Universidad de La República, da área de enfermagem.

A *Revista Uruguaya de Enfermería* (RUE), iniciou um processo de melhoria, no qual fortalece suas conquistas e supera algumas fragilidades.

Entre las conquistas realizadas desde 2018, vale destacar: la actualización de la plataforma OJS (Open Journal System) para la versión 3.x, que incorpora avances substanciales para la edición editorial y de gestión. El diseño gráfico del sitio y la publicación en sí es mejorado. Finalmente, comienza la atribución del DOI (Digital Object Identifier) para nuevos artículos publicados y la implementación de un sistema de control anti-plágio.

Palabras-chave:

Revista Uruguaya de Enfermería, publicación periódica, calidad editorial, análisis bibliométrico.

Presentación

La *Revista Uruguaya de Enfermería* (RUE) es una publicación científica editada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, de Uruguay, y coeditada por la Asociación de Nurses del Uruguay (ANU).

La RUE se propone como un espacio para impulsar y profundizar el conocimiento en el campo de acción de la Enfermería y de contribución académica para docentes, egresados, estudiantes de grado, posgrado, especialidades, maestría y doctorados.

Sus objetivos: “Contribuir a la visibilidad y al desarrollo del campo profesional a través de la redacción académica en Enfermería y disciplinas afines. Fortalecer el intercambio de conocimiento, a través de la divulgación científica en el campo de Enfermería y las ciencias afines de interés a la profesión, a nivel nacional e internacional”⁽¹⁾

La publicación surge en 1989, con dos períodos de interrupción intermedios. Resurge con periodicidad semestral en el año 2006. Se trata de la Revista de enfermería vigente más antigua de nuestro país y constituye un valioso recurso de información en su área⁽²⁾.

Cuando se analiza una publicación periódicamente, se obtienen insumos para la toma de decisiones, nos posibilita la consolidación de

las buenas prácticas editoriales⁽³⁾ y proporciona materiales para avanzar en la mejora continua de una revista, en el reconocimiento a todos los niveles, de que nadie conoce mejor una tarea, un trabajo o un proceso que aquel que lo realiza cotidianamente⁽⁴⁾.

Una revista electrónica debe estar acorde a los estándares internacionales que aseguran su visibilidad y facilitan la búsqueda de información de los artículos publicados en ella⁽⁵⁾.

Como señala Trzesniak⁽⁶⁾, una revista científica debe contemplar cuatro dimensiones para que puedan ser indexada en bases de datos de calidad. Esas dimensiones son: técnico-normativa (forma), propósito del producto (contenido), calidad del proceso productivo y calidad de mercado (la calidad que el usuario atribuye al producto).

La dimensión técnico-normativa presupone la existencia de normas, una revista gana visibilidad internacional en tanto se ajusta al cumplimiento de las normas internacionales. La referida adecuación posibilita el acceso a las principales bases de indexación que dan visibilidad a la producción científica de una publicación.

Hasta la fecha no se registran estudios que investiguen las características editoriales formales de la RUE y su colectivo de autores.

Consideramos necesario realizar una exposición general de la publicación, que comprendiera el período que se cierra en el año 2018. Aspiramos a que en el futuro sea posible contrastar los datos aportados por esta investigación con los avances venideros.

La justificación del período seleccionado, y que motiva nuestro análisis cuali-cuantitativo, se vincula con la apertura de una nueva etapa y los consecuentes cambios iniciados a partir del año 2018 en el que se identifican los siguientes eventos:

- Incorporación del identificador DOI a los artículos publicados. Este identificador garantiza el acceso directo y permanente al recurso electrónico aunque cambie su dirección en la red y aumenta la visibilidad de la publicación ya que permite una rápida identificación y acceso. Proporciona, así mismo, interoperabilidad con plataformas, repositorios o motores de búsqueda⁽⁷⁾.
- Nuevo diseño gráfico: se renueva la presentación gráfica general, que incluye la creación de un nuevo logotipo que identificará a la publicación. Se sustituyen las tapas de todos los números con los nuevos diseños. Todos los artículos de los dos números del año 2018 se presentan con un diseño profesional y se incorpora, además, el diseño del número completo que incluye páginas preliminares, tablas de contenido y demás información requerida⁽⁸⁾.
- Comienza un proceso de actualización retrospectiva incorporando información que se encontraba en los archivos .pdf: títulos, resúmenes y palabras claves en los tres idiomas de configuración del sitio web de la revista (castellano, portugués e inglés).

- Actualización y puesta en funcionamiento de la nueva versión del software Open Journal System (OJS 3). En el año 2015 (Vol. 10 Núm. 1) la RUE había iniciado el uso del software OJS con la versión 2.x

OJS es el gestor de contenido específico para la edición y gestión de revistas en el ámbito académico. Este software, de código abierto, forma parte de uno de los pilares fundamentales del movimiento por la ciencia abierta y el proyecto de conocimiento público. Una iniciativa interuniversitaria, a nivel global, que contribuye a la mejora de la calidad y la difusión de las publicaciones académicas. OJS dejó disponible su versión número 3 a la cual migra la publicación en el año 2018⁽⁹⁾.

De las cuatro dimensiones referidas anteriormente, seleccionamos las dos primeras: técnico-normativa (forma), propósito del producto (contenido) para caracterizar el período analizado. Nos preguntamos: ¿Cuáles son las principales características formales cumplidas por la revista? ¿Cuál es el número promedio de autores por artículo? ¿Cuáles son los autores que más han contribuido? ¿Cuál es su nacionalidad, especialidad y título alcanzado? ¿Para cuáles secciones escriben sus artículos?

Presentamos un trabajo cuyo objeto de estudio es la propia *Revista Uruguaya de Enfermería* y su colectivo científico que participa en calidad de autores.

Metodología

La investigación cualitativa se apoya en los parámetros Latindex⁽¹⁰⁾ definidos para ingreso al Catálogo y la identificación de las bases de datos en las cuales se encuentra indizada la revista.

La investigación cuantitativa se basa en la información relevada en el análisis documental de las 25 revistas publicadas en el período 2006-2018, con 206 artículos publicados en las diferentes secciones (se excluyeron los editoriales).

Las variables empleadas son: tipo y cantidad de artículos publicados, secciones más utilizadas, identificación de los colaboradores más prolíficos, filiación y grado académico, país de origen, instituciones e índice de colaboración (número de autores por trabajo).

Resultados

En el año 2018 la RUE es migrada a la última actualización de OJS, la número 3, el cambio de versión requiere siempre de nuevos aprendizaje, adaptaciones y la integración al equipo editorial de un responsable del soporte informático.

Los cambios introducidos con la nueva versión de OJS 3 permiten implementar los siguientes avances:

- Entorno más moderno y con nuevas características de seguridad y eficiencia.
- Interfaz de usuario más ágil y acceso a los artículos simplificada.
- Se incorpora la generación automática de citas en sus múltiples formatos y la posibilidad de descargarlas a los gestores Endnote, Zotero, Mendeley, BibTex, entre otros.
- Incorporación para cada artículo el *Identifi-*

gador de Objeto Digital (DOI) en un campo específico.

- Optimización para la visualización en dispositivos móviles y tablets.

Como expresamos en la presentación, se introducen otras mejoras como un nuevo diseño gráfico, con cambio de colores y logotipo. Se modifica la presentación gráfica de los artículos y se comienza a publicar además de los artículos de forma individual, un archivo que compila el número completo e incluye las tradicionales páginas de presentación con información sobre el equipo editorial (integrantes institucionales, internos y externos) datos de la revista (ISSN, información de contacto, etc.).

Se da inicio, así mismo, a una mejora retrospectiva que incluirá la incorporación de títulos, resúmenes, palabras clave, referencias bibliográficas, filiación académica de los autores y demás datos en los tres idiomas definidos para la publicación (castellano, inglés y portugués). La referida información que se encuentra en los archivos pdf ahora podrá ser integrada en los respectivos campos del software habilitados para tales fines.

Se identifica, sin embargo, la necesidad de incorporar algunas herramientas disponibles en la nueva versión de OJS que deberían quedar activas, tales como:

- La aplicación de *nube de palabras*, que permite recuperar artículos por sus palabras clave.
- Identificador único para los autores (ORCID) que ofrece un sistema para crear y mantener un registro único de investigadores y un método claro para vincular las actividades de investigación y su producción como autores⁽¹¹⁾.



Figura 1. Imagen del sitio de la RUE en versión OJS 2.8

La Revista Uruguaya de Enfermería se encuentra incluida en las siguientes bases, catálogos y directorios:



Figura 2. Presentación de la Tabla de Contenido en OJS 2.8



Figura 3. Tapa del último número publicado en OJS 2.8

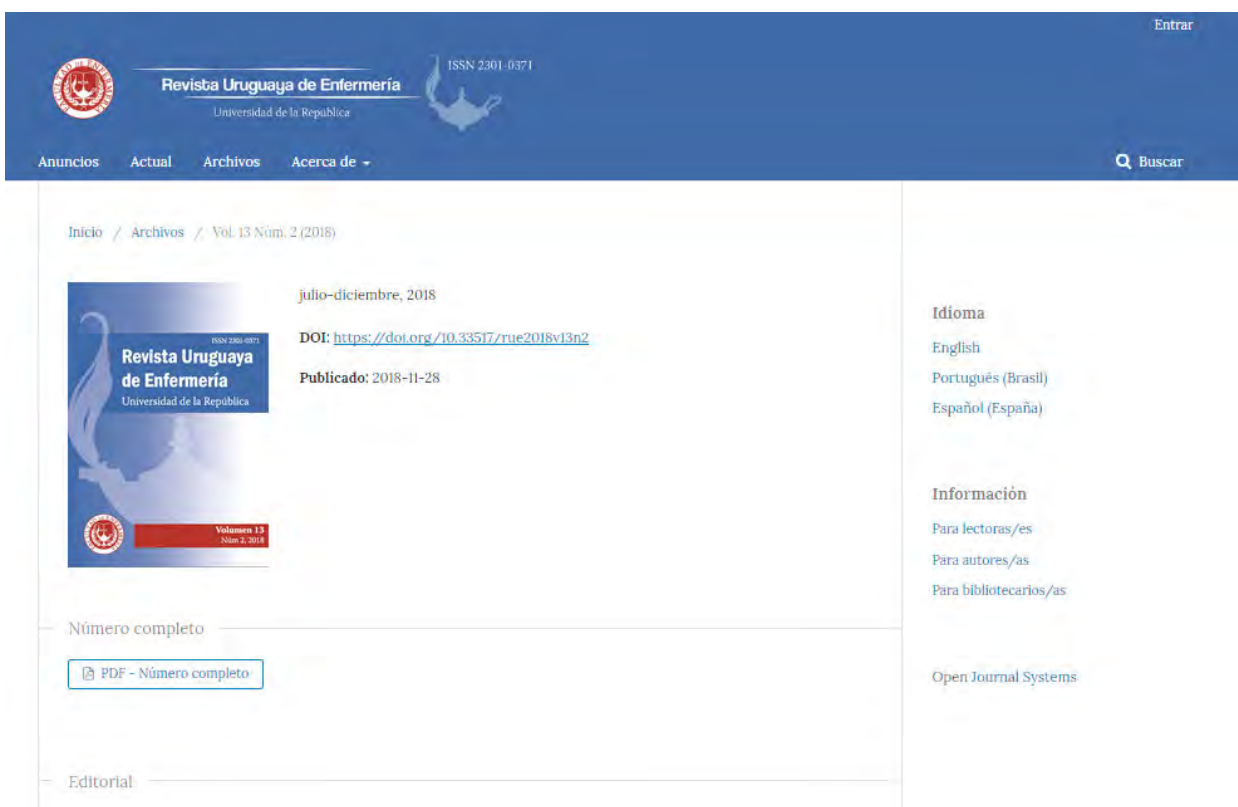


Figura 4. Imagen del sitio de la RUE en OJS 3 y con nuevo diseño gráfico



Entrar

Revista Uruguaya de Enfermería
Universidad de la República

ISSN 2301-0371

Anuncios Actual Archivos Acerca de -

Buscar

Inicio / Archivos / Vol.13 Núm. 2 (2018) / Investigación

Formación docente en programas de posgrado

Josefina Verde Rey
Facultad de Enfermería, Universidad de la República

Carolina Rodríguez Enriquez
Facultad de Enfermería, Universidad de la República

Marián Doninalli Fernández Chaves
Facultad de Enfermería, Universidad de la República

##plugins.publids.doi.readerDisplayName## <https://doi.org/10.33517/rue2018v13n2a2>

Resumen

Para dar soporte al Programa de Especialidades, la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República del Uruguay, introdujo la figura de los docentes asistenciales como soporte académico a estos programas que iniciaban. Es en la formación de estos Licenciados en Enfermería, que guiarían a los futuros especialistas, en quienes se basa el presente artículo. Describiremos como se los acompañó a introducirse en el modelo de

Idioma

- English
- Português (Brasil)
- Español (España)

Información

- Para lectoras/es
- Para autores/as
- Para bibliotecarios/as

Open Journal Systems

Revista Uruguaya de Enfermería
Universidad de la República

ISSN 2301-0371

Volumen 13
Número 2, 2018

PDF

Figura 5. Presentación de un artículo en OJS3

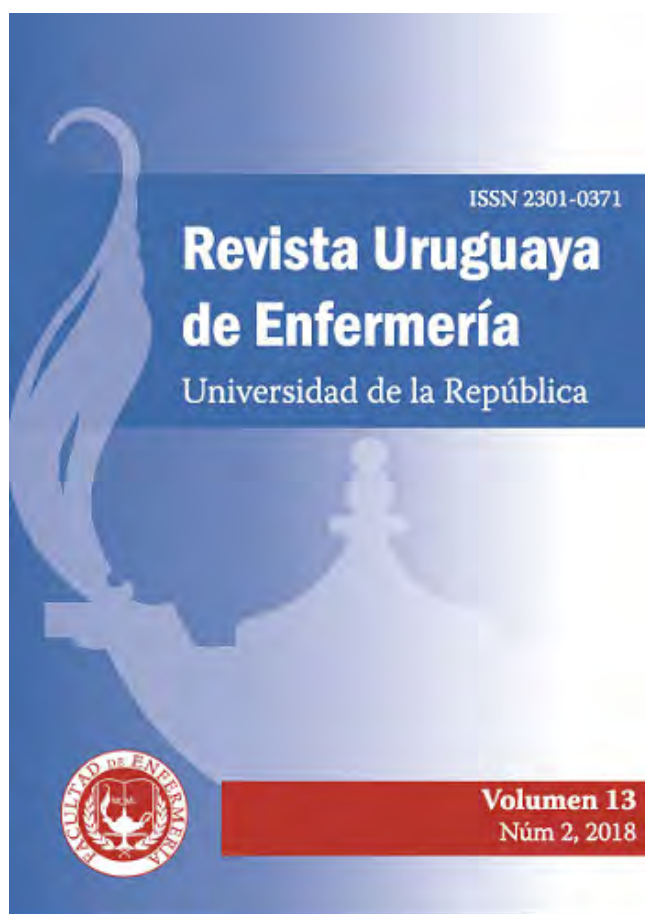


Figura 6. Nuevo diseño de tapa de la RUE

- Posibilidad de compartir todos los contenidos a través de las principales redes sociales (Twitter, LinkedIn, Facebook, etc.), ofrecido por el Módulo *AddThis*.
- Creación de un espacio en el sitio de la revista que incluya *recursos de interés* para autores, evaluadores y lectores.
- Se destaca la necesidad de activación de la herramienta que permite acceder a las *estadísticas de descarga* para cada uno de los artículos publicados. De manera complementaria, la revista debería ofrecer estadísticas relativas al tiempo promedio de evaluación por pares y el porcentaje de rechazo que posee.
- De igual modo añadir otras métricas como las de WOS, Emerging Sources Citation Index, Matriz de Información para el Análisis de Revistas (MIAR), etc.
- Finalmente, integrar un recurso de utilidad, que el software permite incorporar, como es

el seguimiento estadístico de Google Académico y su posibilidad de análisis de citación.

En definitiva, la RUE deberá consolidar el camino de construcción de una identidad digital que le permita explorar las posibilidades del entorno.

Características de calidad formal

Hemos recurrido, como referencia básica, a los nuevos criterios 2.0 de Latindex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal) que elabora un nuevo listado de características de calidad editorial aprobado en el año 2017.

Actualmente la RUE se encuentra en el Catálogo anterior (1.0) con 35 características cumplidas y una no cumplida: la revista debe ofrecer alertas, enlaces hipertextuales, foros, guías de enlaces, etc.

La nueva lista de calidad Latindex, recientemente aprobada, pasa de 35 características requeridas a un total de 38. Será necesario, para presentar a reevaluación de Latindex que la RUE incorpore el uso de estadísticas, políticas de preservación digital, servicios de interactividad con el lector, uso de diferentes formatos de edición, detección de plagio y adopción de códigos de ética.

Sobre la visibilidad

Se comprende como visibilidad a todas aquellas acciones que un equipo editorial debe llevar adelante con el objetivo de que la publicación ejerza la mayor influencia posible dentro de la comunidad científica a la que está dirigida.

En la difusión de una revista deben contemplarse, como se ha visto, una amplia gama de

factores vinculados a los modos de inserción en el medio digital y al cumplimiento de normas y estándares, al manejo de procedimientos específicos y a la definición de mecanismos de seguimiento, evaluación y corrección, en caso de ser necesario.

En tal sentido se hace necesario aclarar que la visibilidad no debe asociarse exclusivamente con el concepto de indización. El mantenimiento de los estándares de calidad de edición formal, el cuidado del contenido, con la revisión por pares, son fundamentales.

Debemos distinguir, entonces, entre aquellos componentes para que una revista mejore su llegada al investigador y sea atractiva en términos de difundir su trabajo y la visibilidad a la que se accede a partir del cumplimiento de los parámetros de calidad fijados por las bases que califican una publicación. En el apartado siguiente nos centraremos en este último aspecto.

Indizaciones

Para determinar si una revista ingresa en una base de datos/ índice/repertorio se tienen en cuenta ciertos indicadores de calidad que pueden variar de una base de datos a otra. En el apartado anterior nos referimos a Latindex, como un punto de inicio. Debe recordarse que la postulación a nuevas bases implicará el cumplimiento de otros nuevos requisitos de calidad.

La RUE, hasta el año 2018 presenta en su sitio web los logos de: Ulrichs, Lilacs, Latindex y Portal Timbo, esta última integración es fruto de la gestión conjunta de las revistas nucleadas en AURA Asociación Uruguaya de Revistas Académicas)⁽¹²⁾.

El acceso a las principales bases de indización posibilita mayor visibilidad a la producción científica de una publicación. Son numerosas las bases prestigiosas tanto del área de enfermería como las multidisciplinares a las que debería postular. A modo de ejemplo: Qualis-CAPES periódicos-Web of Science (WOS), National Library of Medicine (MEDLINE), SCImago SCOPUS, Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), CUIDEN, coleções Scientific Electronic Library Online (SciELO), Portal de Revistas de Enfermagem da Biblioteca Virtual de Saúde-Enfermagem (Rev@Enf) Directory of Open Access Journals (DOAJ), REDIB (Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico), DIALNET, entre tantas otras.

Finalmente mencionamos a SciELO (Scientific Electronic Library Online o Biblioteca Científica Electrónica en Línea), que para el año 2019 incorporará nuevos parámetros de carácter obligatorio⁽¹³⁾:

- Registro en ORCID de los autores.
- Indicar cuál fue la contribución de cada autor, esto es, el porcentaje de aportes de cada uno de los autores,
- La revista debe estar ingresada en el directorio Directory of Open Access Journals (DOAJ)
- Inclusión de las revistas en las redes sociales.
- Explicitar el modelo o programa de plagio en sus normas de publicación.
- El identificador DOI debe incluirse en el PDF

Como señala Luis Codima “este es un momento tan bueno como cualquier otro para reflexionar sobre el rol imprescindible de la biblioteca en la investigación de calidad”⁽¹⁴⁾ y en su rol crucial, entre otras cosas, en la colaboración para la integración de la RUE a las bases de datos de calidad.

Sobre Secciones, artículos y autores

Como ya fue expresado, se investigó en la totalidad de revistas publicadas en el período comprendido entre los años 2006-2018. Los 25 números presentan un total de 213 trabajos publicados. La periodicidad de la revista es semestral, sin embargo en el año 2011 se publicó un único número.

Cada revista contiene un editorial que no fue tenido en cuenta para el conteo de trabajos ni para la representación gráfica de trabajos por Secciones.

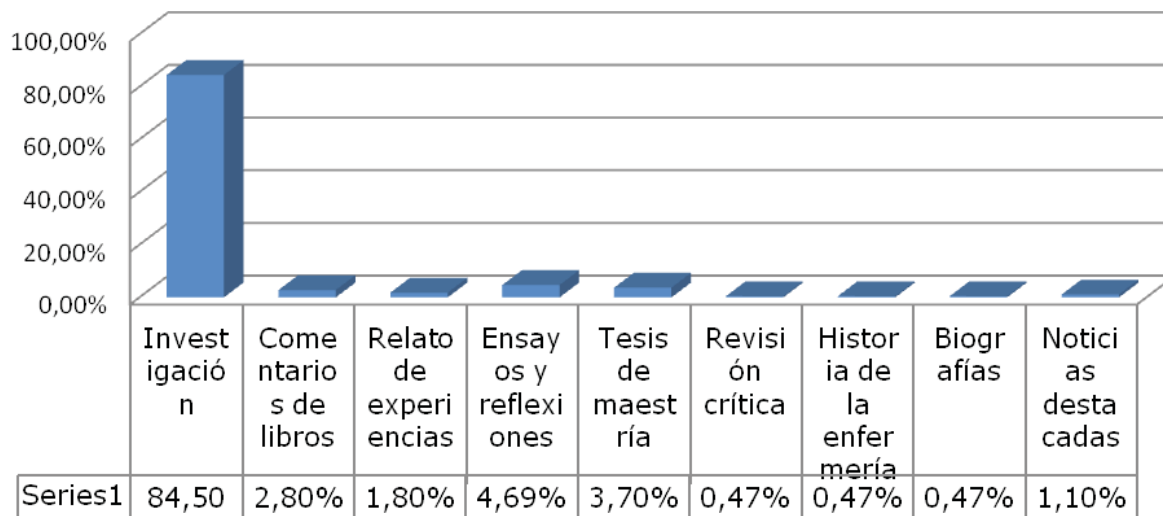
El tipo de trabajo más numeroso es el artículo original de investigación (84,5%), seguido en menor proporción por trabajos presentados a la sección Ensayos y Reflexiones (4,69%) y Tesis de maestría (resúmenes) con casi un 4%. Estos resultados se muestran en la Gráfica 1.

En la siguiente gráfica se presenta el índice de colaboración, esto es, la cantidad de autores que contribuyen en la elaboración de un artículo.

La imagen ilustra sobre la distribución de firmas de los documentos presentados. La mayoría de los artículos, 47,57%, son presentados por un único autor, seguido por manuscritos de dos autores, 18,45%. La publicación de trabajos con mayor número de autores es menos frecuente. Esto indica una menor tendencia a la producción de artículos en coautoría de tres autores o más.

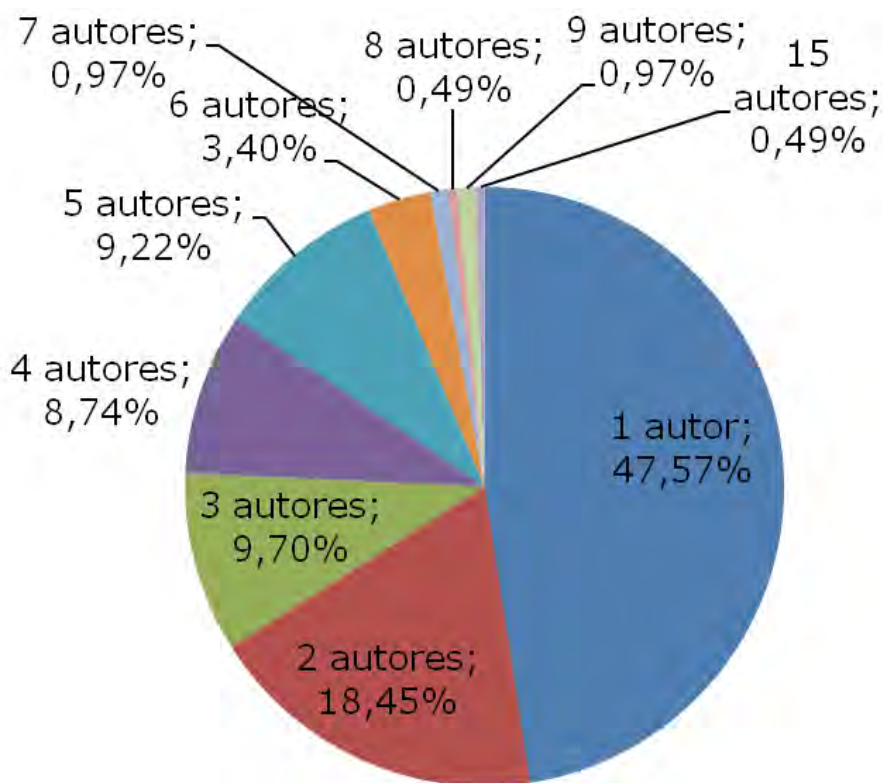
En la siguiente gráfica se muestran los países de procedencia de los autores firmantes de los artículos publicados.

Porcentaje por sección



Gráfica 1. Porcentaje de artículos presentado por sección.

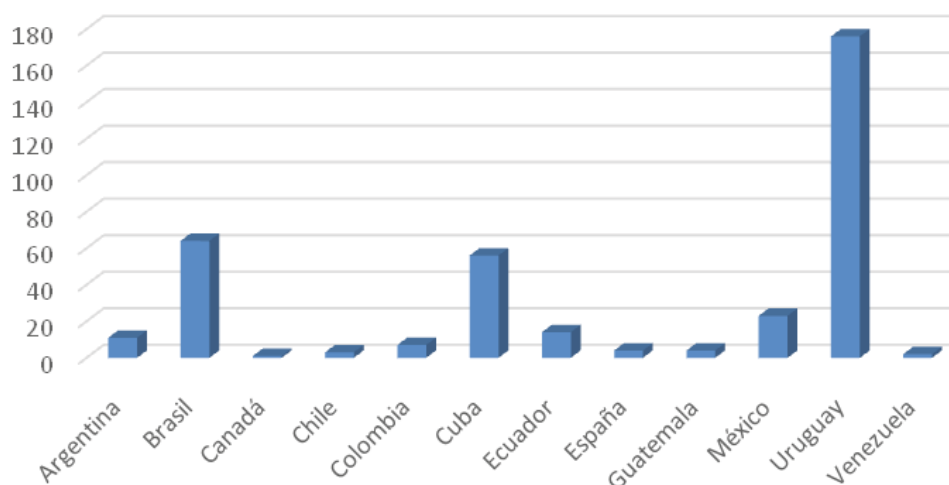
Fuente: elaboración propia.



Gráfica 2. Número de autores por artículo

Fuente: elaboración propia.

Autores por nacionalidad

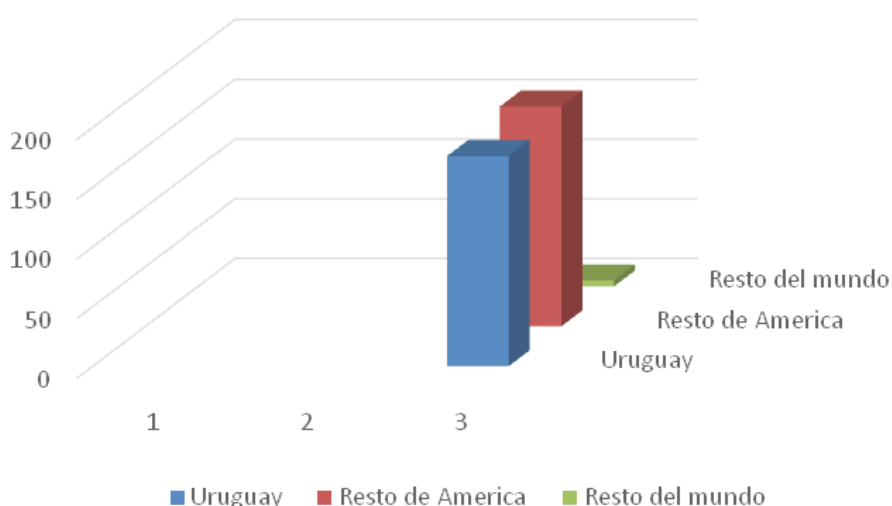


Gráfica 3. Nacionalidad.

Fuente: elaboración propia.

La primera posición es de autores uruguayos, con un 85,43%, seguido por Brasil, 31,06% y Cuba con el 27,18%. Es notoria la preponderancia de autores nacionales, y de la región, respecto a los autores del resto del mundo, representados en la revista por artículos de España y Canadá.

Autores por lugar de origen



Gráfica 4. Lugar de origen de los autores

Porcentaje de autores

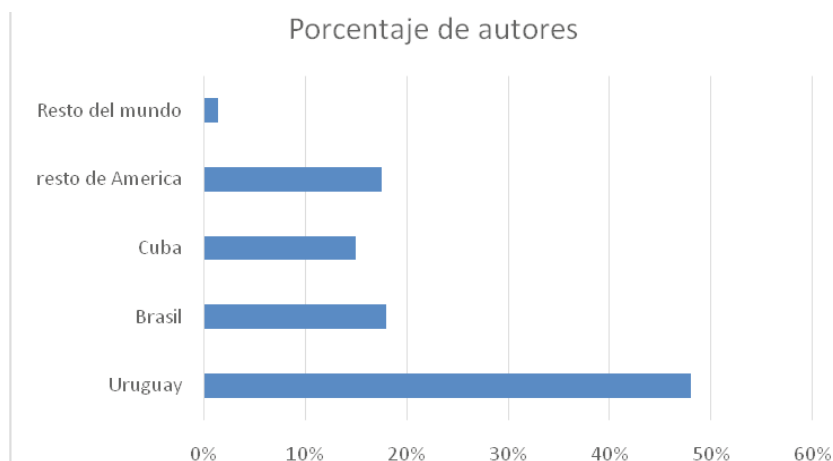


Gráfico 5. Lugar de origen de los autores

Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Autores por área de conocimiento

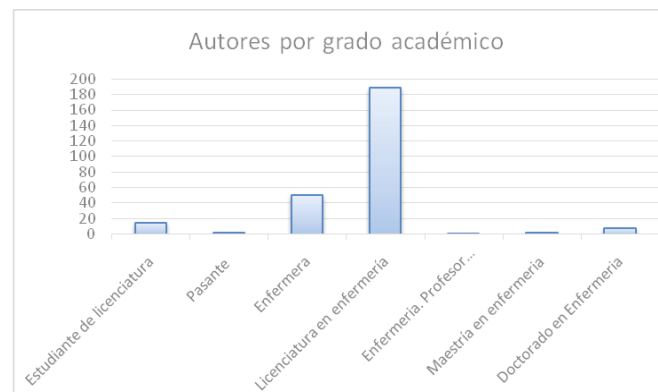
Enfermería	266
Medicina	31
Psicología	23
Educación	7
Bachiller	5
Bibliotecología	3
Nutrición	3
Administración	2
Filosofía	2
Salud pública	2
Sociología	2
Asistente Social Universitaria	1
Cantante y compositor de música popular	1
Ciencias Antropológicas	1
Ciencias Computacionales	1
Ciencias de la Salud	1
Diseño Gráfico	1
Economista	1
Escritor y editor	1
Especialista de Gestión de Información	1
Estadística	1
Fisioterapia	1
Gestión y Política de Seguridad y Defensa	1
Historia	1
Informática	1
Ingeniería	1
Inglés	1
Inmunología y Parasitología	1
Odontología	1
Religiosa	1

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Autores del área de la salud

Enfermería	266
Medicina	31
Nutrición	3
Salud pública	2
Ciencias de la Salud	1
Fisioterapia	1
Inmunología y Parasitología	1
Odontología	1

Fuente: elaboración propia.

**Gráfico 6.** Autores por grado académico alcanzado

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 3 se presentan las cinco universidades con mayor aporte de autores para la revista.

Se grafica el número de artículos e investigación publicados por semestre cuyo punto más alto se alcanza en el segundo semestre del año 2014, con 14 items publicados. La cifra media es de 7 artículos por semestre.

Tabla 3. Filiación académica

Universidad de la República
Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera", Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM)
Universidad Federal de Pelotas

Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

La intención en este apartado no es realizar un análisis exhaustivo de los resultados expuestos en esta investigación. Aspiramos a que los insumos presentados resulten de utilidad para el desarrollo actual de la revista y para contrastar con futuras investigaciones que amplíen y profundicen la información aquí expuesta.

El prestigio, la reputación y la relevancia de una revista aparecen como los atributos más destacados al momento de elegir donde publicar y se trata de atributos de difícil delimitación

Referencias:

conceptual, en especial por la subjetividad subyacente en la consideración que cada ámbito científico hace estas cualidades.

La visibilidad de una revista no se reduce a una medida o un conjunto de características específicas sino a la confluencia de varios parámetros que deben guardar un cierto equilibrio. La opinión de los autores es una cuantificación necesaria y valiosa para la configuración de la política editorial de una revista. Por tales motivos se hace necesaria la creación de canales de comunicación que hagan visibles sus opiniones.

La visibilidad se construye a partir de la confluencia de múltiples parámetros y es necesario aprovechar el máximo de canales de comunicación existentes, sin descuidar los parámetros de calidad formal (extrínsecos) y de contenido (intrínsecos), poniendo en juego todas las alternativas y posibilidades del entorno web.

La Revista Uruguaya de Enfermería (RUE) a partir de 2018 comienza un proceso de mejora en el que afianza sus logros y supera varias de sus debilidades.

Tal como expresa la Decana y Directora de la RUE Lic. Esp. Mercedes Pérez y el Editor Asociado Profesor Phd Álvaro Díaz:

“La Facultad seguirá caminando hacia la mejora continua de la calidad, para lograr más y mejores profesionales abocados al cuidado humano, con producción de conocimiento que refleje la realidad local y regional”⁽¹⁵⁾.

1. Sobre la revista | Revista Uruguaya de Enfermería [Internet]. Rue.fenf.edu.uy. 2019 [cited 10 September 2018]. Available from: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/about>
2. Fascioli L. Editorial. Revista Uruguaya de Enfermería [Internet]. 2006 [cited 18 March 2018];1(1):4. Available from: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/148/1453>.
3. Matus Miranda R. Enfermería Neurológica en línea [Internet]. Revenferneurolinea.org.mx. 2018 [cited 5 May 2018]. Available from: <http://www.revenferneurolinea.org.mx/index.php?page=articulo&&IdArticulo=223>
4. Ishikawa. Instituto Tecnológico de Apizaco [Internet]. 2014 [cited 2 March 2018];(5). Available from: <https://karitocalixto.weebly.com/122-ishikawa/ishikawa>
5. Ribeiro R, Marziale M. Editorial characteristics and quality of the articles published by Brazilian Nursing journals [Internet]. 2018 [cited 8 May 2018]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100451&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
6. Trzesniak P. As dimensões da qualidade dos periódicos científicos e sua presença em um instrumento da área da educação [Internet]. 2006 [cited 1 February 2018]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782006000200013&script=sci_abstract&tlng=pt

7. 3ciencias. ¿Qué es el DOI?, ¿para qué sirve?, y ¿cuáles son sus ventajas?. [Internet]. 2016 [cited 29 June 2018];. Available from: <https://www.3ciencias.com/2016/09/doi-sirve-cuales-ventajas/>
8. Delgado-Lopez-Cozar E. Normas ISO de presentación de publicaciones periódicas científicas. - E-LIS repository [Internet]. Eprints.rclis.org. 1997 [cited 19 March 2018]. Available from: <http://eprints.rclis.org/13822/>
9. Pina F, Sánchez J. Indicadores de calidad de las revistas científicas y sistema de gestión editorial mediante OJS [Internet]. Revistas.um.es. 2010 [cited 11 August 2017]. Available from: <http://revistas.um.es/rie/article/view/109941>
10. Latindex. Catálogo Latindex. Nueva lista de características de calidad editorial. [Internet]. 2017 [cited 8 November 2017];. Available from: <https://latindex.org/latindex/noticia?id=299>
11. Rosenzweig M, Schnitzer A. An initiative to address name ambiguity: Implementing ORCID at a large academic institution. *College & Research Libraries News*. 2015;76(5):260-264.
12. AURA. Asociación Uruguaya de Revistas Académicas [Internet]. Aura.edu.uy. 2015 [cited 15 August 2018]. Available from: <http://aura.edu.uy/>
13. SciELO. Criterios, política y procedimientos para la admisión y la permanencia de revistas científicas en la Colección SciELO. [Internet]. 2018 [cited 29 September 2018];. Available from: <https://www.scielo20.org/redescielo/wp-content/uploads/sites/2/2018/09/Criterios-Red-SciELO-2018-ES.pdf>
14. Lluiscodinacom, L. Dimensions Analytics: búsqueda, interrelación y análisis de la producción científica. Lluís Codina, Comunicación y Documentación. Weblog. [Online] Available from: <https://www.lluiscodina.com/dimensions-analytics/> [Accessed 4 January 2019].
15. Pérez, M. Revista Uruguaya de Enfermería. [Online]. Available from: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/257> [Accessed 4 August 2019].

Los investigadores cualitativos en salud de Iberoamérica hemos sufrido una gran pérdida

El seis de enero de 2019, en la ciudad de Guadalajara, México, murió a los 66 años de edad, nuestro compañero Francisco Javier Mercado Martínez.

La Investigación Cualitativa en Salud en Iberoamérica ha sufrido una gran pérdida. El fallecimiento de Francisco Mercado nos deja sin un gran amigo y sin un formidable profesional comprometido con la investigación y la docencia desde un claro posicionamiento en favor de la solidaridad y la justicia social.



Promotor de las primeras redes colaborativas en Investigación Cualitativa desde la Universidad de Guadalajara (México), lideró la celebración del I Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud en el año 2003. Desde entonces su apoyo y aportaciones han sido fundamentales en los sucesivos encuentros hasta el reciente VIII Congreso de Florianópolis, así como en el desarrollo de múltiples iniciativas conjuntas con investigadores e investigadoras de distintas profesiones y países de Iberoamérica a ambos lados del Atlántico.

Sus numerosas publicaciones individuales y colectivas han sido reflejo de la implicación tanto con la práctica investigadora, principalmente sobre los padecimientos crónicos en salud, como con los retos teóricos y metodológicos propios de la Investigación Cualitativa.



A lo largo de su intensa actividad investigadora siempre ha estado presente la voluntad por favorecer la colaboración entre profesionales e instituciones de los diferentes países iberoamericanos, convencido de la necesidad de construir entre todos y toda una senda propia y a la vez plural en favor de una Investigación Cualitativa en Salud comprometida con la justicia y los derechos humanos de nuestras poblaciones.

Muchas gracias amigo, colega y maestro. Tu recuerdo estará siempre presente y nos ayudará a continuar el camino que iniciaste.

Alejandra López Gómez (Uruguay)

Benno de Keijzer (México)

Carlos Calderón (España)

Carmen de la Cuesta (España)

Carolina Martínez (México)

Consuelo Chapela (México)

Denise Gastaldo (Canadá)

Denise Guerreiro (Brasil)

Fernando Peñaranda (Colombia)

Fernando Bertolotto (Uruguay)

Gloria Molina (Colombia)

Javier dos Santos (Uruguay)

Ma. Itayra Padilha (Brasil)

Ma. Lúcia Magalhães Bosi (Brasil)

Martha Prado (Brasil)

Pilar Isla (España)

Rodolfo Levin (Uruguay)

Primer Semestre de 2019

Facultad de Enfermería (Fenf) - Universidad República - Uruguay

Encuentro educativo junto a Fenf y UFPel

Proyectando el proceso educativo entre la Universidad Federal de Pelotas (Brasil) y la Facultad de Enfermería (Uruguay).

En el mes de marzo se llevó a cabo el Primer Encuentro de integración junto a docentes, estudiantes de maestría, doctorado y pos doctorado en la Universidad Federal de Pelotas (UFPel), Brasil.

La Facultad de Enfermería estuvo presente a través de la Decana Mercedes Pérez y los estudiantes de maestría Ana De Melo, Fernanda Salmentao y Mauricio Leal. Asistieron estudiantes de doctorado Andrea Lucas, Claudia Morosi, Leticia Beneli, Mariana Tejera, Mario Olivera, Raquel Díaz, Sergio Gonzáles y Virginia Aquino. Además, concurrieron los estudiantes de pos doctorado Graciela Umpiérrez y Alvaro Díaz.

En el encuentro contó con diversos docentes y estudiantes de UfPel, junto a la directora Elaine Thume. La Decana Mercedes Pérez, presentó el proceso de formación en la Facultad de Enfermería y resaltó la importancia de la expansión del doctorado para la Fenf.

Generación de ingreso 2019 Plan 2016 Carrera Lic. en Enfermería

La Facultad de Enfermería ha iniciado los cursos de la unidad curricular en la orientación a la Universidad en el nuevo Edificio Parque Batlle (primer piso).

Asociación Paraguaya de Enfermería

La Decana Lic. Esp. Mercedes Pérez ha sido invitada al XIII Congreso Paraguayo de Enfermería, por el representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de Paraguay. La Decana presentó "Protagonismo de la enfermera para lograr el protagonismo universal".

12 de Mayo Día Internacional de la Enfermería - Campaña Nursing Now

Se realizó en Treinta y Tres la presentación de la campaña Nursing Now.

La Comisión Nacional Asesora de Enfermería (CONAE) del Ministerio de Salud Pública (MSP) presentó el pre lanzamiento de la campaña Nursing Now y el Plan de desarrollo de Enfermería en Uruguay. La mesa de apertura estuvo integrada por Giovanni Escalante (OPS), Marcos Carámbula (ASSE), Raquel Rosa (MSP), Mercedes Pérez (Facultad de Enfermería) y Rodrigo Arim (Rector de la Universidad de la República). En el marco de la jornada se realizaron presentaciones a cargo de Carlos Valli, Zoraida Fort y Mercedes Pérez, representantes de la de la CONAE.

Se realizó en Salto la presentación del Plan de desarrollo de la enfermería y lanzamiento de la campaña Nursing Now por parte de la CONAE en Cenur Litoral Norte – Salto.

La mesa de apertura estuvo integrada por la Directora de la Carrera de Enfermería en Salto, Prof. Mg. Teresita Guizonni, por la CONAE, Lic. Pilar González, y por la Facultad Católica del Uruguay, Virginia Cheminelli.

Cierre de actividades – Convención Nacional de Enfermería

El mes de la enfermería culminó sus actividades con la realización de una jornada que comenzó en la Universidad Católica del Uruguay – Facultad de Cs. de la Salud y finalizó con presentaciones docentes en la Facultad de Enfermería – Udelar. En la jornada, docentes de la Facultad de Enfermería realizaron presentaciones académicas en relación a temas variados.

La Facultad de Enfermería (Fenf) de la Universidad de la República invitó al Dr. Juanjo Beunza (España) a realizar actividades en el marco de la Educación Interprofesional.

Se organizó una actividad denominada “Conversatorio acerca de planes y programas en Educación Interprofesional”. El prof. Beunza partió de experiencias que compartió con los participantes y resaltó la importancia del trabajo interprofesional en los equipos.



El lunes 13 y el martes 14 de junio se realizó un curso de Educación Permanente en el centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería organizado por la Decana Prof. Mercedes Pérez y contó con la presentación a cargo del Dr. Juanjo Beunza. El curso de Educación Permanente fue denominado “Gestión de emociones en el trabajo clínico interprofesional”. El objetivo del curso fue “Desarrollar competencias transversales para el trabajo eficaz en equipos interprofesionales”.

En las actividades fueron convocados docentes, estudiantes y egresados de Fenf y áreas de la salud.

Calidad en las Publicaciones

Se realizó el 13 y 14 de junio un taller denominado “Mejorando la calidad de la evaluación de las publicaciones de Enfermería”. El taller estuvo a cargo de la Dra. Sandra Valenzuela Suazo, PhD de la Universidad de Sao Paulo, Riberão Preto.

Participación del equipo de investigación en el seminario Equity LA II

El 26 y 27 de junio se presentaron los resultados de la investigación en el XI Taller Internacional del Proyecto Equity LA II en la Universidad de Chile. Uruguay, contó con el equipo de la Unidad de Investigación de la Facultad de Enfermería, integrado por el Director, Prof. Mgtr. Fernando Bertolotto, investigadores junior, Lic. Sebastián Gadea y la Bchr. Camila Estiven. Participaron del encuentro, la sub directora de la Región Oeste Centro Lic. María Noel Ballarini y Oeste Litoral Lic. Cecilia Acosta, la Directora general de coordinación del MSP, Dra. Adriana Brescia, la Decana de la Facultad de Enfermería Lic. Esp. Mercedes Pérez y la Gerenta Asistencial de ASSE, Dra. Gabriela Medina. Además, estarán presentes autoridades de OPS y Unión Europea.