

ISSN 2301-0371

Revista Uruguaya de Enfermería

Universidad de la República



Volumen 14
Num,2 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

Situación epidemiológica de la Tuberculosis en Maldonado-Uruguay, período 2012-2016 N. Santucci Camilo, A. Bálamo Otazú.....	7
Protocolo de registro em terapia familiar para saúde mental (PRTF-SM1) Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos.....	15
Perfil epidemiológico de Sífilis Congenida en el Estado de Bahia, Brasil, 2007 a 2017 Ivana Nardes Santos, Bárbara Santos Ribeiro, Layres Canuta Cardoso, Carine de Jesus Soares.....	34

Relatos de experiencias

Procesos de enseñanza y aprendizaje con metodologías de alojamiento activo con clasificación de riesgo: experiencia de informes Thainan Alves Silva, Ananda Sodré Silva, Anne Argollo, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, Ana Cristina Santos Duarte.....	44
Taller sobre metodologías activas en ciencias de la salud - un relato de experiencia IAdáise Passos Souza Amaral, Kay Amparo Santos, Tasso Carvalho Barberino de Souza, Ana Cristina Santos Duarte, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery.....	53

Relatos de experiencias

Calidad del sueño en estudiantes universitarios de primer ciclo de Enfermería de una universidad estatal Lorena Vega.....	62
---	----

Noticias destacadas

Noticias destacadas del segundo semestre de 2019.....	75
--	-----------



Table of Contents

Investigation

Epidemiological Situation of Tuberculosis in Maldonado-Uruguay, period 2012-2016 N. Santucci Camilo, A. Bálsamo Otazú.....	7
Family Therapy Record Protocol for Mental Health (PRTF-SM1) Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos.....	15
Epidemiological Profile of Congenital Sifilis in the State of Bahia, Brazil, 2007 to 2017 Ivana Nardes Santos, Bárbara Santos Ribeiro, Layres Canuta Cardoso, Carine de Jesus Soares.....	34

Case studies

Teaching and Learning Processes with Active Accommodation methodologies with risk classification: reporting experience Thainan Alves Silva, Ananda Sodr�e Silva, Anne Argollo, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, Ana Cristina Santos Duarte.....	44
Workshop on Active Methodologies in Health Sciences - An Account of Experience IAda�se Passos Souza Amaral, Kay Amparo Santos, Tasso Carvalho Barberino de Souza, Ana Cristina Santos Duarte, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery.....	53

Master's Thesis

Sleep Quality in Nursing Students of a State University Lorena Vega.....	62
--	----

Outstanding news

Outstanding news.....	75
------------------------------	-----------



Sumário

Pesquisa

Situação epidemiológica da tuberculose em Maldonado-Uruguaí, período 2012-2016 N. Santucci Camilo, A. Bálsamo Otazú.....	7
Protocolo de registro em terapia familiar para saúde mental (PRTF-SM1) Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos.....	15
Perfil epidemiológico da Sífilis Congênita no Estado da Bahia, Brasil, 2007 A 2017 Ivana Nardes Santos, Bárbara Santos Ribeiro, Layres Canuta Cardoso, Carine de Jesus Soares.....	34

Relato de experiências

Processos de ensino e aprendizagem com metodologias ativas em acolhimento com classificação de risco: relatando experiência Thainan Alves Silva, Ananda Sodr�e Silva, Anne Argollo, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, Ana Cristina Santos Duarte.....	44
Oficina sobre metodologias ativas em ciências da saúde – um relato de experiência Iada�se Passos Souza Amaral, Kay Amparo Santos, Tasso Carvalho Barberino de Souza, Ana Cristina Santos Duarte, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery.....	53

Disserta o de mestrado

Qualidade do sono em estudantes de enfermagem de uma universidade estadual Lorena Vega.....	62
---	----

Notícias em destaque

Notícias em destaque.....	75
----------------------------------	-----------

Situación epidemiológica de la Tuberculosis en Maldonado-Uruguay, período 2012-2016

Epidemiological situation of Tuberculosis in Maldonado-Uruguay,
period 2012-2016

Situação epidemiológica da tuberculose em Maldonado-Uruguai,
período 2012-2016

N. Santucci Camilo¹, A. Bálsamo Otazú²

Resumen:

La tuberculosis continúa siendo uno de los problemas de salud pública más importantes a nivel mundial. La estrategia “Fin a la Tuberculosis” desarrollada por la Organización Mundial de la Salud busca acabar con la epidemia mundial para el año 2035, para lo cual los países deben fortalecer sus programas nacionales. Uruguay en 2016 presentó una incidencia de tuberculosis pulmonar de 22 por 100 mil habitantes, con una tendencia de la velocidad en ascenso desde 2005.

Objetivos: Describir la situación epidemiológica de la tuberculosis en el departamento de Maldonado-Uruguay, tomando como fuente primaria, la base de datos del Registro Nacional de Tuberculosis, brindada por la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes de Uruguay, en el período comprendido entre el 2012 al 2016.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo a partir de la revisión de datos proporcionados por el Registro Nacional de Tuberculosis, sobre notificaciones de casos pulmonares y extrapulmonares confirmados y no confirmados, brindado por la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes del Ministerio de Salud Pública de Uruguay.

Resultados: En el año 2016 la tasa de casos confirmados en el departamento de Maldonado fue de 34 por 100 mil habitantes, siendo el departamento de Uruguay que presentó en ese año la mayor tasa por 100 mil habitantes de casos confirmados pulmonares bacilíferos. Se evidencia una baja cobertura de quimioprofilaxis a contactos declarados.

1. Lic. en Enfermería. Diploma en Salud Pública-UdelaR y Diploma Superior en Salud Pública Internacional-Escuela Nacional de Sanidad-Madrid-España. Egresada del Programa de Líderes de Salud Internacional Edmundo G. Ugalde de OPS/OMS cohorte 2018. Cursando Máster en enfermería con especialidad en gestión sanitaria-FUNIBER. Técnico en la Dirección Departamental de Salud de Maldonado, Ministerio de Salud Pública-Uruguay. nsantucci@msp.gub.uy
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-6127-4377>

2 Dr. en Medicina. Diploma en Salud Pública y Especialista en Epidemiología-UdelaR. Cursando Maestría profesional de epidemiología aplicada a los servicios de salud-UdelaR. Profesor adjunto de Medicina Preventiva y Social. Profesor adjunto del Departamento de laboratorio de patología clínica-Facultad de Medicina-UdelaR. Técnico en Vigilancia en Salud, Ministerio de Salud Pública, Montevideo-Uruguay. abalsamo@msp.gub.uy
ORCID <https://orcid.org/0000-0003-2885-0894>

Conclusiones: La tasa de casos por departamento fue mayor que la cifra para el total país, siendo esa diferencia de tasas estadísticamente significativa. La tuberculosis evidencia un problema de salud pública esencial, la vulnerabilidad social y la baja cobertura de quimioprofilaxis de los contactos son dos dimensiones importantes en el abordaje de este problema. Es necesario implementar una propuesta de descentralización supervisada del diagnóstico, tratamiento y profilaxis en Maldonado-Uruguay.

Palabras clave:

Tuberculosis, Salud Pública, Quimioprevención.

Abstract:

Tuberculosis continues to be one of the most important public health problems worldwide. The “End of Tuberculosis” strategy developed by the World Health Organization seeks to end the global epidemic by 2035, for which countries must strengthen their national programs. Uruguay in 2016 presented an incidence of pulmonary tuberculosis of 22 per 100 thousand inhabitants, with a tendency of the speed in ascent since 2005.

Objectives: To describe the epidemiological situation of tuberculosis in the department of Maldonado-Uruguay, using as a primary source, the database of the National Registry of Tuberculosis, provided by the Honorary Commission of Antituberculosis and Prevalent Diseases of Uruguay, in the period included between 2012 to 2016.

Materials and Methods: Descriptive study based on the review of data provided by the National Registry of Tuberculosis, on notifications of confirmed and unconfirmed pulmonary and extrapulmonary cases, provided by the Honorary Commission for Antituberculosis and Prevalent Diseases of the Ministry of Public Health of Uruguay.

Results: In 2016 the rate of confirmed cases in the department of Maldonado was 34 per 100 thousand inhabitants, being the department of Uruguay that presented in that year the highest rate per 100 thousand inhabitants of confirmed pulmonary smear-positive cases. There is evidence of low coverage of chemoprophylaxis at declared contacts.

Conclusions: The case rate per department was greater than the figure for the total country, this difference being statistically significant. Tuberculosis evidences an essential public health problem, social vulnerability and low coverage of chemoprophylaxis of contacts are two important dimensions in the approach to this problem. It is necessary to implement a proposal of supervised decentralization of diagnosis, treatment and prophylaxis in Maldonado-Uruguay.

Keywords:

Tuberculosis, Public Health, Chemoprevention.

Resumo:

TB continua a ser um dos problemas mais importantes de saúde pública global. A estratégia “Stop Tuberculose”, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde busca acabar com a epidemia global até o ano de 2035, para os quais os países devem fortalecer seus programas nacionais. Uruguai em 2016 mostrou uma incidência de tuberculose pulmonar de 22 por 100 mil habitantes, com uma tendência de velocidade subindo desde 2005.

Objetivos: descrever a situação epidemiológica da tuberculose no departamento de Maldonado-Uruguay, tomando-se como um banco de dados fonte primária do Registro Nacional de Tuberculose, fornecidos pelo Comitê Honorário de Luta contra a Tuberculose e Doenças Prevalentes do Uruguai, no período 2012-2016.

Materiais e Métodos: Estudo descritivo com base na revisão dos dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Tuberculose Register, as notificações de casos pulmonar e extrapulmonar confirmados e não confirmados de que o Comitê Honorário de Luta contra a Tuberculose e Doenças Prevalentes, Ministério da Saúde Pública Uruguai.

Resultados: Em 2016 a taxa de casos confirmados no departamento de Maldonado foi de 34 por 100 mil habitantes, departamento Uruguai nesse ano apresentou a maior taxa por 100 mil habitantes de casos pulmonares com baciloscopia positiva confirmados. baixa cobertura da quimioprofilaxia para os contatos declarou evidências.

Conclusões: A taxa por departamento foi maior do que a figura para todo o país, com a diferença de taxas estatisticamente significativas. Tuberculose evidenciar um problema de saúde pública essencial, vulnerabilidade social e baixa cobertura da quimioprofilaxia dos contatos são duas dimensões importantes na resolução deste problema. Você precisa implementar uma proposta de descentralização supervisionada de diagnóstico, tratamento e profilaxia em Maldonado-Uruguay.

Palavras-chave:

Tuberculose, Saúde Pública, Quimioprevenção.

Introducción

La tuberculosis (TB) continúa siendo un gran problema de salud pública a nivel mundial. En el año 2015 la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que se produjeron 10,4 millones de casos con 1,8 millones de muertes, convirtiendo a esta enfermedad en la principal causa de muerte por una enfermedad infecciosa en el mundo⁽¹⁾.23

La Asamblea Mundial de la Salud adoptó en 2014 la estrategia “Fin a la tuberculosis”, la cual busca acabar con la epidemia mundial para el año 2035, reduciendo el número de muertes en un 95% y la tasa de incidencia en un 90%⁽²⁾. Sin duda es una meta ambiciosa, especialmente considerando que implica una reducción mundial de la incidencia de la enfermedad de 10% por año, cuando la disminución actual sólo

Materiales y métodos

alcanza el 2% anual, y que se espera disponer de herramientas tecnológicas adicionales, incluida una vacuna, sólo a contar del año 2025⁽³⁾.

La OMS estimó 282.000 casos nuevos y recaídas de TB para la región de las Américas para el 2017, un 3% de la carga mundial de TB (10 millones de casos) y una tasa de incidencia de 28 por 100.000 habitantes.

En las Américas, la tasa de incidencia más alta se observó en el Caribe (61,2 por 100.000 habitantes), seguido de América del Sur (46,2), América Central y México (25,9) y Norte América⁽⁴⁾.

En Uruguay, se observa un aumento en la incidencia de TB pulmonar en los últimos 10 años, pasando de 16 en 2005 a 22 por 100 mil habitantes en 2016⁽⁵⁾.

Por lo antes mencionado, es en la actualidad una enfermedad reemergente considerada como un desafío para la salud pública, situándose entre las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. Más del 95% de las muertes por TB se producen en países de ingresos bajos y medianos. En la población VIH positiva es considerada una enfermedad marcadora de etapa SIDA. En el 2015, el 35% de las muertes asociadas al VIH se debieron a la TB (6).

El objetivo del presente estudio es describir la situación epidemiológica de la TB en el departamento de Maldonado-Uruguay en el período 2012-2016, tomando como fuente primaria, la base de datos del Registro Nacional de Tuberculosis (RNT), brindada por la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP) del Ministerio de Salud Pública de Uruguay.

Se realizó un estudio observacional, transversal y con recolección de datos retrospectivos de la base de datos del RNT de notificaciones de casos pulmonares y extrapulmonares confirmados y no confirmados de TB proporcionado por la CHLA-EP de Uruguay, las variables de interés se obtuvieron de las historias clínicas y de datos de laboratorio.

Para el estudio se tomó la totalidad de los casos de TB y contactos en el periodo 2012-2016, notificados a la CHLA-EP, por lo que no se calculó tamaño de muestra.

Se consideraron casos a todos los pacientes con diagnóstico de TB pulmonar y extrapulmonar, los contactos fueron considerados aquellos que residían en la misma vivienda del caso.

Se evaluaron variables sociodemográficas y ambientales de casos y contactos y variables clínicas relacionadas al desarrollo de la TB.

Se identificó el tipo de TB según localización pulmonar o extrapulmonar en casos.

Las variables seleccionadas fueron: sexo, consumo problemático de drogas ilícitas, VIH positivo, personas privadas de libertad (PPL) y situación de calle.

Se realizó un análisis univariado para los factores sociodemográficos de casos empleando frecuencias y porcentajes.

El procesamiento estadístico de los datos se efectuó en Epi-Info versión 3.5, el paquete informático Microsoft office 2013 se utilizó Word para la realización del informe y Excel para el diseño de tablas.

Resultados

Se estudiaron en el año 2016, un total de 63 casos de TB pulmonar y extrapulmonar, de los cuales el 62 % eran hombres.

En el período estudiado se observó un aumento significativo de la tendencia de los casos (figura 1), con un coeficiente de determinación de 0,6696. El año 2016 presentó la tasa de casos confirmados de TB más alta en Maldonado siendo su tasa de incidencia de 34 por 100 mil habitantes, por primera vez este departamento, presentó la mayor tasa de casos pulmonares bacilíferos a nivel nacional superando a la capital del país, el departamento de Montevideo.

Dentro de la población de riesgo se destacó que la exposición al consumo de drogas ilícitas en los casos fue de un 28% y la condición de VIH positivo de un 19% (tabla 1).

Se evidenció una baja cobertura de quimioprofilaxis a los contactos declarados durante el período 2012 al 2016.

En la tabla 2 se describe la situación del abordaje de los contactos, se destaca el bajo porcentaje de quimioprofilaxis en todos los años.

El año con mayor cantidad de contactos estudiados correspondió al año 2012, siendo el año 2016 el que presentó mayor número de contactos declarados.

En la figura 2, se evidencia el efecto multicausal del análisis de las variables del estudio, a nivel local, en el departamento de Maldonado, existen causas como el nivel socioeconómico que evidencian la importancia de incorporar políticas públicas que incidan de forma efectiva para abordar esta problemática, se trabajó

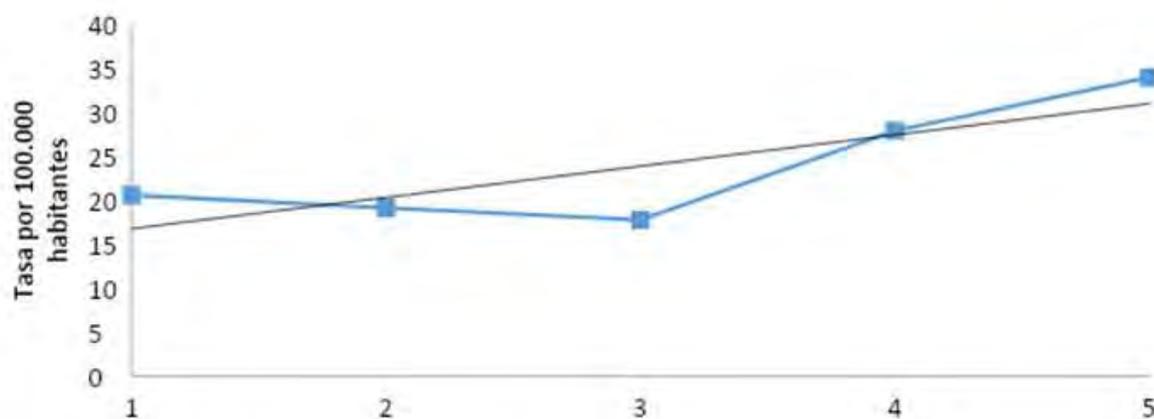


Figura 1. Tendencia de la Notificación según tasa por 100 mil habitantes, departamento de Maldonado, período 2012 al 2016.

Fuente: CHLA-EP MSP, Uruguay, período 2012-2016

el diagrama de Ishikawa tomando en cuenta si están totalmente las acciones bajo control para mejorar, parcialmente o no bajo control por el sistema de salud.

Tabla 1. Características de los casos con Tuberculosis según base de datos del Registro Nacional de Tuberculosis, Maldonado-Uruguay, período 2012-2016.

Situación	2012	2013	2014	2015	2016
Casos empíricos y/o confirmados	36	34	32	51	63
Tasa x 100 mil hab.	20.6	19.2	17.8	27.9	34.0
Hombres	26 (78%)	25 (74%)	23 (72%)	32 (63%)	39 (62%)
Mujeres	10 (28%)	9 (26%)	9 (28%)	19 (37%)	24 (38%)
Casos Pulmonares	35	33	30	50	56 (89%)
Casos Extrapulmonares	1	1	2	1	7 (11%)
Casos Tratados Completos	10	15	13	1	7 (11%)
Pérdida en el seguimiento (abandonos)	3	4	2	6	8 (13%)
Situación de consumo drogas ilícitas	7	9	9	12	18 (28%)
Condición VIH +	7	7	5	6	12 (19%)
Persona Privada de Libertad (PPL)	4	7	5	10	9 (14%)
Situación de calle	3	1	2	0	5 (8%)

Fuente: CHLA-EP MSP, Maldonado-Uruguay período 2012-2016

Tabla 2. Situación de los contactos declarados y realización de quimioprofilaxis, Maldonado-Uruguay, período 2012 al 2016.

Situación	2012	2013	2014	2015	2016
Casos confirmados	36	34	32	51	63
Contactos declarados	37	62	56	92	124
Contactos estudiados	36 (97%)	50 (81%)	44 (79%)	77 (84%)	93 (76%)
Quimioprofilaxis a contactos	23 (62%)	24 (38%)	21 (38%)	45 (48%)	66 (53%)

Fuente: CHLA-EP MSP, Maldonado-Uruguay período 2012-2016

Figura 2. Diagrama de Ishikawa causas: aumento en la incidencia de Tuberculosis



Fuente: Elaboración propia, Maldonado-Uruguay 2016

Discusión

En 2016, el departamento de Maldonado presentó la tasa de incidencia de TB más alta del país, siendo esa diferencia de tasas estadísticamente significativa.

El aumento observado puede explicarse porque en el departamento de Maldonado, existe una fuerte corriente migratoria de población que proviene de otros departamentos, atraída por las oportunidades laborales generadas por las temporadas de mayor afluencia turística en la ciudad de Punta del Este. Un porcentaje importante de dichos pobladores se establece en este departamento, lo cual genera un permanente proceso de crecimiento poblacional, impactando en una mayor demanda de servicios. La búsqueda de soluciones habitacionales, en su mayoría precarias y transitorias, fortalece la formación de asentamientos irregulares, generando una débil cohesión social y sentido de pertenencia en los migrantes⁽⁷⁾.

Estos datos son compatibles con las afirmaciones de la OPS-OMS en su informe de Tuberculosis en las Américas 2018 donde menciona que entre las poblaciones más afectadas se encuentran las personas con bajos recursos económicos, los niños, las minorías étnicas, los migrantes, las personas privadas de libertad y personas con ciertas condiciones de salud como las que viven con el VIH, diabetes, adicción a drogas o alcohol, o con trastornos mentales, las variables antes mencionadas son además comorbilidades que incrementan su frecuencia y permanencia dentro de un marco de pobreza y desigualdad.

En este estudio se observa la complejidad del panorama actual de la TB en el Diagrama de Ishikawa, donde se puede mencionar la multicausalidad y sus distintas dimensiones. Y es por ello, que las prácticas sanitarias

vinculadas a poblaciones vulnerables requieren ser abordadas desde una perspectiva integral desde lo intersectorial e interinstitucional.

Este estudio refleja un problema de salud en el departamento de Maldonado en el año 2016, principalmente en población masculina, expuestos al consumo de drogas ilícitas, VIH positivo, PPL, situación de calle y la baja cobertura de quimioprofilaxis en los contactos, esto último aumentando el riesgo de transmisión entre casos y contactos intradomiciliarios⁽⁸⁾.

Conclusiones

La TB es un problema a nivel local, que requiere sensibilización y concientización de la población general y del personal de la salud.

La TB evidencia un tema de salud pública esencial, la vulnerabilidad social, la pérdida de seguimiento y la baja cobertura de quimioprofilaxis de los contactos son tres dimensiones importantes en el abordaje de este problema.

Es necesario implementar una propuesta eficaz de descentralización supervisada del diagnóstico, tratamiento, profilaxis y seguimiento de los casos de TB en Maldonado-Uruguay.

Agradecimientos

Quisiéramos agradecer el apoyo recibido a la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes del Ministerio de Salud Pública.

Conflicto de Intereses

Los autores declaramos no tener conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> [consulta: 25 mar 2019].
2. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. Estrategia fin a la TB. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/tb/strategy/es/> [consulta: 25 mar 2019].
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia fin a la TB: objetivos e indicadores. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/tb/strategy/end-tb/es/> [consulta: 25 mar 2019].
4. Organización Panamericana de la Salud. La tuberculosis en las Américas 2018. [Internet]. 2018. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49510/OPSCDE18036_spa?sequence=2&isAllowed=y [consulta: 25 mar 2019].
5. Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Guía nacional para el manejo de la tuberculosis. 3ª. ed. Montevideo: CHLA-EP; 2016.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2017. [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/ [consulta: 25 mar. 2019].
7. Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Agenda estratégica: hacia un plan de desarrollo social departamental 2013-2015, Maldonado. Montevideo: MIDES; 2013.
8. Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Guía nacional para el manejo de la tuberculosis en situaciones especiales. Montevideo: CHLA-EP; 2017.

Recibido 20190424

Aceptado 20191023

PROCOLO DE REGISTRO EM TERAPIA FAMILIAR PARA SAÚDE MENTAL (PRTF-SM1)

PROCOLO DE REGISTRO EN TERAPIA FAMILIAR PARA SALUD MENTAL
(PRTF-SM1)

FAMILY THERAPY RECORD PROTOCOL FOR MENTAL HEALTH (PRTF-SM1)

Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos

Resumo:

Este artigo pretende apresentar a construção do **PRTF-SM1**, com base na revisão de literatura e experiência profissional do autor. Para tanto foi-se fundamentado no referencial teórico da terapia familiar, com foco na resolução dos problemas. Assim, percebeu-se que **PRTF-SM1** pode sistematizar, orientar, resguardar e legitimar o profissional de saúde mental, durante sua assistência em saúde mental a famílias. Ademais, tal instrumento facilita o resgate rápido de informações e a organização dos dados colhidos pelo profissional, o que, sem dúvida, favorecerá que sua prática seja realizada com responsabilidade e ética.

Palavras-chave:

Protocolo para Atendimento Familiar, Saúde Mental, Terapia Familiar.

Abstract:

This article intends to present the construction of the PRTF-SM1, based on literature review and professional experience of the author. For that, it was based on the theoretical framework of family therapy, focusing on problem solving. Thus, it was perceived that PRTF-SM1 can systematize, guide, protect and legitimize the mental health professional during their mental health care to families. In addition, such an instrument facilitates the quick retrieval of information and the organization of the data collected by the professional, which will undoubtedly favor their practice being carried out with responsibility and ethics.

Keywords:

Protocol for Family Care, Mental Health, Family Therapy.

Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos
Universidade Federal de Rondônia· Brasil
fagneralfredo@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-6563-6155

Resumen:

Este artículo pretende presentar la construcción del PRTF-SM1, con base en la revisión de literatura y experiencia profesional del autor. Para ello se basó en el referencial teórico de la terapia familiar, con foco en la resolución de los problemas. Así, se percibió que PRTF-SM1 puede sistematizar, orientar, resguardar y legitimar al profesional de salud mental, durante su asistencia en salud mental a familias. Además, tal instrumento facilita el rescate rápido de informaciones y la organización de los datos cosechados por el profesional, lo que, sin duda, favorecerá que su práctica sea realizada con responsabilidad y ética.

Palabras clave:

Protocolo para Atención Familiar, Salud Mental, Terapia Familiar.

Introdução

A família é uma unidade social que enfrenta uma série de tarefas de desenvolvimento. Ela pode se diferenciar conforme a cultura em que está inserida, mas possui elementos universais, como o cuidado, a afetividade, amor e o respeito, etc.

Assim, o ser humano não é o único responsável por ser portador de um sintoma¹, pois existem relações interpessoais e afetivas que mantêm esses “sintomas”. E essas relações devem ser vistas de formas multifocais, visto que há mais de uma interpretação para o fenômeno ou evento apontado.

A Teoria Geral dos Sistemas foi formulada pelo biólogo Ludwig von Bertalanffy, que considerou sua teoria como aplicável à saúde mental, devido ao seu conceito geral de “totalidade”. Essa teoria também parte dos sistemas isolados do ambiente, conhecidos como fechados, mas mantendo-se no chamado estado estacionário, descrevendo dois tipos de regulação, as primárias e as secundárias.

Nesse sentido, o objetivo da Teoria Geral dos Sistemas constitui-se em estudar os princípios

¹ Refere-se ao indivíduo considerado problemático na família. Porém, ele hospeda (ou é a resposta) de um sistema familiar disfuncional.

universais aplicáveis aos sistemas em geral, sejam eles de natureza física, biológica ou sociológica. Um sistema possui elementos complexos, que interagem entre si e com o ambiente. Tal interação torna os elementos do sistema interdependentes, individuais e subjetivos, unidos em uma totalidade.

Com isso, a terapia familiar sistêmica contribuiu para o acompanhamento integral, pois passa a compreender o contexto de vida do sujeito em tratamento, sua historicidade, seu papel e relações estabelecidas. No entanto, a equipe de saúde mental possui dificuldade em trabalhar com os familiares, aspecto que contribuiu para rotular as famílias e responsabilizá-las pelo adoecimento de um de seus membros. Assim, a terapia familiar pode subsidiar a equipe de saúde mental a lidar com a família que possui membros com transtorno mental ou conflitos interpessoais.

Desse modo, o trabalho em equipe proporciona a sintonia do grupo para realizar uma tarefa com criatividade e produtividade. No caso em questão, propicia o acolhimento, atendimento e intervenções clinicamente seguras a famí-

lias que possuem membros com transtornos mentais. No que diz respeito à equipe de saúde mental, espera-se que ela possua sintonia, união, integração, amizade, responsabilidade e ética. Essa equipe é requerida no atendimento integral ao paciente, buscando a articulação das ações e superação do isolamento dos saberes.

Assim, os protocolos clínicos na área da saúde mental facilitam acesso equitativo aos recursos disponíveis, definindo ações dirigidas aos pacientes em sofrimento psíquico. Tais protocolos podem nortear a equipe de saúde mental na organização do plano terapêutico programado ao paciente e sua família. Portanto, é necessário padronizar um instrumento, por meio de um protocolo que favoreça o registro do atendimento em família por profissionais de saúde mental.

Tendo isso em vista, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de construir um protocolo para registro do atendimento do profissional em saúde mental à família. Visto que a família é o escopo do trabalho deste profissional, cuja as intervenções prescrita por ele, tem o intuito de provocar mudanças saudáveis em comportamentos nocivos.

Destarte, a problemática desta pesquisa está centrada no fato de não ter sido encontrado um instrumento que facilitasse o registro do atendimento em saúde mental à família, por profissionais de saúde mental, condizente com a realidade da saúde mental, independentemente das modalidades de serviços, como centros de atenção psicossocial, ambulatórios de saúde mental, hospitais psiquiátricos, residências terapêuticas, comunidades terapêuticas, atenção básica e urgências psiquiátricas.

Por isso, este artigo pretende apresentar a

construção do **PRTE-SM1**, com base na revisão de literatura e experiência profissional do autor.

CONCEITUANDO FAMÍLIA

A família é um complexo sistema de organização social e emocional, que possui crenças, valores e experiências vivenciadas em plena subjetividade afetiva. Trata-se de um grupo que pode ser definido, também, como uma unidade social que enfrenta uma série de tarefas de desenvolvimento e que difere de acordo com a cultura, sociedade, ambiente etc., a que pertence, mas possuindo raízes universais, fundamentada na cultura⁽¹⁾.

A família é constituída por um conjunto de pessoas que desempenham vários papéis e integram aspectos de ordem emocional, cognitivo, social e cultural⁽²⁾. Além disso, os membros da família compartilham entre si afetos, valores e normas. Os valores aprendidos na família são de fundamental importância na medida em que constituem o norte da vida de cada um dos membros familiares. É, ainda, no seio da família que se desenvolvem comportamentos indispensáveis na formação da identidade do ser humano⁽²⁾.

A família, independentemente dos arranjos, é a representação do espaço de socialização, de busca coletiva de estratégias de sobrevivência, local para o exercício da cidadania, possibilidade de desenvolvimento individual e grupal de seus membros. É nela que ocorre a socialização do homem, tornando-o um ser social⁽³⁾.

No entanto, é preciso ressaltar que o conceito de família tem sido modificado ao longo dos tempos, devido às mudanças sociais inerentes ao comportamento humano. De tal modo, a definição de família passa a englobar formações que incluem outros tipos de “laços familiares”

(que fogem ao padrão convencional da sociedade), como os afetivos e psíquicos, e não exclusivamente matrimonial ou sanguíneo⁽⁴⁾.

Nota-se, portanto, que as experiências vividas na família constituirão a base da identidade do ser humano. Assim, as experiências marcadas por conflitos e tensões durante as relações familiares favorecerão o aparecimento de sentimentos de insegurança e baixa autoestima, fator que pode contribuir para a formação de indivíduos com dificuldade de assumir responsabilidades pelas suas vidas e de se ajustarem socialmente⁽⁵⁾.

Destaca-se que é importante que o profissional de saúde mental, ao tentar definir família e seus arranjos sociais, considere o que elas pensam a respeito e como se autodefinem, pois o conceito de família, como já foi exposto anteriormente, está além de laços de afetividade, parentesco e intimidade, tem seus sentimentos baseados em eventos da vida cotidiana que marcam seus significados⁽⁴⁾.

De forma didática, podemos dividir a família em três categorias⁽⁴⁾: a) *família nuclear*: composta de pai, mãe e filhos ou apenas dos genitores; b) *família extensiva*: inclui os demais parentes, como avós, tios, primos, etc. e; c) *família extensiva ampliada*: engloba, além de amigos, empregada doméstica, animais de estimação e vizinhos, etc.

Portanto, o conceito de família é complexo, baseado na subjetividade, sociedade, cultura e meio social. A dinâmica familiar precisa ser compreendida pela ótica da complexidade. Para isso, é necessário compreender a família como um sistema, que lidará com eventos estressores e conflitantes, e que precisará realizar certas adaptações para manter sua estabilidade, o que pode se tornar funcional ou não⁽⁶⁾.

TEORIA SISTÊMICA E TERAPIA FAMILIAR

O pensamento sistêmico surgiu no século XX como oposição ao pensamento reducionista-mecanicista herdado dos filósofos da revolução científica do século XVII. Esse pensamento permite compreender o desenvolvimento humano sob a perspectiva da complexibilidade, sem negar a racionalidade científica, uma vez que o desenvolvimento humano ocorre pela interação da sua subjetividade com a estética, cultura, espiritualidade e sociedade e, sem dúvida, durante esse processo, cada ser humano estabelece relações e posições no seu contexto social⁽⁷⁾.

Dessa forma, o ser humano não é o único responsável por ser portador de sintomas, pois existem relações que os mantêm. Essas relações devem ser vistas de formas multifocais, tendo em vista que existem mais de uma interpretação para o fenômeno/evento/situação/problema identificado. Logo, a realidade tem várias facetas e é descrita pelo(s) observador(es) que a relata(m).

Para a Teoria Geral dos Sistemas foi formulada pelo biólogo Ludwig von Bertalanffy, que considerou a sua teoria aplicável a várias ciências, devido ao seu conceito geral de “**totalidade**”. Esta define dois tipos de regulação que ocorrem nos sistemas: a) as primárias, que acontecem em organismos vivos e que são governadas conforme uma interação dinâmica de processos, suscitando mudanças estruturais; b) as secundárias, que ocorrem, sobretudo, por meio de mecanismos de *feedback* e se interessam especialmente pelos sistemas abertos, como os organismos vivos, que são caracterizados por um fluxo contínuo de trocas de entrada e saída⁽⁸⁾.

Segundo estudos, o objetivo da Teoria Geral dos Sistemas é estudar os princípios universais aplicáveis aos sistemas em geral, sejam eles de natureza física, biológica ou sociológica. O sistema é conceituado como um complexo de elementos em estado de interação. Tal interação entre os elementos torna-nos mutuamente interdependentes, diferenciando o sistema, da justaposição de elementos isolados. O todo emerge além da existência das partes e as relações são o que dá coesão ao sistema na íntegra, conferindo-lhe um caráter de totalidade⁽⁷⁾.

Assim, todos os sistemas funcionam como um todo coeso, de forma que, existindo mudanças em uma das partes, provocam-se alterações no todo e vice-versa. Logo, observa-se que o sistema não é apenas a soma das partes, mas, sim, um todo coeso em sua complexidade e organização. Contudo, convém lembrar que os indivíduos desse sistema mantêm suas singularidades. Podemos, então, sintetizar os conceitos anteriores em propriedades que marcam a Teoria Geral dos Sistemas⁽⁷⁾.

De acordo com essa teoria, existem três propriedades básicas que se aplicam ao sistema⁽⁷⁾:

1) **Totalidade:** os sistemas são compostos de elementos interdependentes e em interação; 2) **Relação:** refere-se às estruturas básicas dos elementos e ao modo como eles se relacionam e; 3) **Equifinalidade:** característica do mesmo estado final, poder ser alcançada partindo de diferentes condições iniciais e de diversas maneiras.

Além disso, vale ressaltar que o pensamento sistêmico é marcado pelas intersubjetividades presentes em cada pessoa, mescladas com suas vivências práticas, construção social e cultural. Nesse sentido, a terapia familiar é compreendida como um sistema aberto e, conforme a sua

mediação, poderá se trabalhar na resolução dos problemas e criação de novos significados.

A história da terapia familiar é caracterizada pela interdisciplinaridade teórica que transformou e (re)elaborou sua técnica. No seu início, fundamentou-se na psicanálise, em que o foco era o indivíduo e o entendimento de seus conflitos como causados por conteúdos intrapsíquicos. Porém, com seu desenvolvimento, por influência do pensamento sistêmico, deslocou-se o foco de atuação para a família e o entendimento de seus conflitos⁽⁹⁾.

Essa mudança contribuiu para o desenvolvimento da terapia familiar, como a teoria da cibernética, teoria geral dos sistemas, antropologia, teoria da comunicação e psicologia, que influenciaram as primeiras formulações sobre terapia familiar. Na mesma concepção, Adler deu-se ênfase a sua teoria sobre desenvolvimento da personalidade, a importância dos papéis sociais e das relações entre estes papéis na etiologia patológica⁽¹⁰⁾. Paralelamente, Sullivan pontua que as doenças mentais têm sua origem nas relações interpessoais conflitosas⁽¹¹⁾.

No início da década de 50, a partir das produções científicas, cresce a conscientização da importância da família no desenvolvimento e na manutenção do transtorno mental, após um período em que as intervenções dos profissionais de saúde mental priorizavam que o contato com o paciente não deveria ser feito. O despertar científico para o tema família é desencadeado pelos estudos de Gregory Bateson, que desenvolveu o conceito de duplo-vínculo como possível causa da esquizofrenia. Esse estudo pode fazer generalizações como afirmar que os mesmos princípios interacionais estavam presentes em todas as famílias, embora em graus diferentes⁽¹¹⁾.

Ademais, a terapia familiar possui seus paradigmas baseados nas seguintes premissas: a) **Complexidade**: não existe apenas uma realidade, mas multifatos e significado em uma mesma situação; b) **Imprevisibilidade**: as situações são imprevisíveis e muitos fatos não estão sob o controle das pessoas e; c) **Intersubjetividade**: há influências recíprocas entre o observador e a realidade, havendo a negação da neutralidade⁽¹²⁾.

Como foi exposto, a terapia familiar instrumenta profissionais de saúde mental a assistirem as famílias. De tal modo, é relevante apresentar as principais correntes teóricas sobre a terapia familiar a partir das reflexões^(11, 13, 14, 15, 16):

Terapia Familiar Estrutural: nessa corrente, a ênfase está na interação do ambiente externo e interno, em que cada membro possui uma posição relevante no sistema, sendo que o todo é maior que a simples somas das partes. Logo, o conflito é benéfico e proporcionador de mudanças.

Terapia Familiar Estratégica: essa abordagem é voltada para a clínica, objetivando a solução de problemas e identificação dos comportamentos que os mantêm. Portanto, utiliza-se a prescrição de comportamentos funcionais contra os sintomas não adaptáveis.

Terapia de Familiar de Milão: a família é concebida como um todo, considerando o jogo intrafamiliar que serve de apoio ao sintoma. As regras rígidas e paradoxais ocasionam o adoecimento familiar. Em razão disso, são prescritos rituais para desencorajar comportamentos não funcionais.

Terapia Familiar Construtivista: conforme essa corrente, a crise é vista como oportunidade de mudança no seio familiar. O terapeuta não se interessa na modificação de comportamentos, mas no processo de reconstrução da realidade e significados gerados no sistema familiar.

Terapia Familiar Comportamental: é uma ferramenta de desenvolvimento pessoal dos sujeitos inseridos no seio familiar. Nela, concebe-se que um comportamento habilidoso contribui para resolução dos conflitos interpessoais.

Terapia de Familiar Focada na Emoção: é a primeira grande reaproximação entre a tradição da Terapia de Família e a abordagem humanística. Esse tipo de terapia foca em explorar a visão que cada membro tem sobre si mesmo e sobre o outro.

Terapia de Familiar Orientada para o “Insight”: enfatiza-se a busca pelo *insight* como meio de compreensão e modificação. O que é mediado pela interação terapêutica, na fase de “reconstrução afetiva”, buscará a compreensão de comportamentos e pensamentos disfuncionais.

Terapia Familiar Gestáltica: nessa abordagem, considera-se que a mudança está ligada diretamente à criatividade. Desse modo, não implica em “ajustamento”, mas em “ajustamento criativo”.

Terapia Familiar por Processos Reflexivos: esse método é usado quando deparamos-nos com sistemas familiares paralisados, aqueles em que o processo terapêutico parece andar em círculos, estar estagnado. Assim, é sugerida, como intervenção, a equipe reflexiva, que escutará a família durante a terapia e, depois, pontuará seus pontos de vista, de forma que os membros da família possam refletir sobre a situação problemática. Isso permitirá construir novos significados e ampliar as possibilidades dos sentidos.

Terapia Familiar Focada na Solução: essa corrente é focada na resolução dos problemas com base na terapia breve. Tem como ponto chave a utilização dos recursos trazidos pelos membros da família. Assim, é possível caminhar entre estes e o profissional de

saúde mental, de forma que se desloquem das queixas até as metas e soluções. Desse modo, a solução surge na perspectiva de que, para se solucionar um problema, não é preciso entender o seu funcionamento.

Com base nessas definições, compreendemos que as diferentes modalidades de terapia familiar demonstram o quão complexo é o ser humano membro das famílias. Estas, quando com problemas afetivos e conflitos, trazem suas queixas ao profissional de saúde mental e a singularidade relacionada a cada uma delas exige do profissional uma postura interdisciplinar e trabalho em equipe.

EQUIPE DE SAÚDE MENTAL E PROTOCOLOS DE TERAPIA FAMILIAR

As condições que os pacientes eram expostos nos hospitais psiquiátricos eram deploráveis e humilhantes. Foi nesse contexto atroz que surgiram movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a fim de redirecionar a assistência em saúde mental, no sentido de torná-la menos hospitalocêntrica e mais comunitária², incluídas as terapêuticas que abordam as relações familiares, visto que as intervenções em saúde mental devem se tornar uma experiência significativa nas vidas dos sujeitos⁽¹⁷⁾.

Desse modo, os serviços de saúde mental comunitários são instituídos após a referida reforma psiquiátrica, tendo como prioridade cuidar do doente mental sem excluí-lo do convívio social. Para isso, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) tornam-se responsáveis pelas estratégias de desinstitucionalização e pela organização da rede substitutiva ao manicômio, ofe-

²Nessa época, sujeitos com transtornos mentais eram excluídos do convívio social e mantido presos em manicômios.

recendo atendimento biopsicossocial, incluindo intervenções na família^(17, 18).

Além do Caps, a rede de saúde mental é composta por serviço hospitalar de referência, leitos de saúde mental em hospitais gerais, hospital-dia, centros de convivência, residências terapêuticas, emergências psiquiátricas, unidades de acolhimentos e hospitais psiquiátricos⁽¹⁹⁾. Vale ressaltar que agregam a essa rede os centros de cultura, serviços da assistência social e suas modalidades, comunidades terapêuticas credenciadas, escolas, igrejas e afins, bem como outros serviços de suporte (Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais, Unidades Básicas de Saúde da Família, etc.).

Nesse contexto, porém, há dificuldades da equipe de saúde mental em lidar com os familiares. Esse desconforto leva os profissionais a rotularem as famílias e responsabilizá-las pelo adoecimento de um de seus membros. Dessa forma, a terapia familiar pode instrumentar esses profissionais no processo terapêutico de reabilitação psicossocial do doente mental, e ter a família como um agente de transformação⁽¹⁷⁾. Para que isso ocorra, o trabalho em equipe pode favorecer, pois há o apoio mútuo e reciprocidade entre os profissionais, já que o trabalho em equipe provoca a sintonia do grupo em realizar uma tarefa com criatividade e produtividade, fato que suscitará intervenções eficientes à família⁽¹⁸⁾.

Segundo os estudos realizados, o trabalho em equipe é imprescindível na resolução de situações complexas de saúde mental, visto que esta lida com a subjetividade humana, vulnerabilidade, impotência, traumas, incluídos os conflitos familiares. Portanto, é necessário considerar a

família no contexto da saúde mental, de modo que o portador de transtorno mental, o membro familiar, interaja com todo o sistema familiar. Nota-se, assim, a necessidade de estruturar a terapia familiar para auxiliar o profissional de saúde mental a registrar suas consultas, metas e intervenções, e tal estruturação pode ser facilitada por meio de um protocolo, pautado na revisão de literatura⁽¹⁸⁾.

Sendo assim, haja vista que os protocolos elaborados para saúde mental melhoram a prática, facilitam o diagnóstico e o tratamento, humanizam o serviço, proporcionam operatividade e guiam a equipe de saúde mental, principalmente na construção do Projeto Terapêutico Singular⁽¹⁸⁾, torna-se necessária a construção de um protocolo para acompanhamento familiar em saúde mental.

CONSTRUÇÃO DO PRTF-SM1

Para construir o **Protocolo de Registro em Terapia Familiar para Saúde Mental (PRTF-SM1)**, foi preciso se apropriar da revisão de literatura. A revisão de literatura, por sua vez, é um processo que envolve etapas⁽²⁰⁾, como escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório de assunto, busca das fontes, leitura do material, fichamento, organização lógica do assunto e redação do texto.

Sendo assim, construímos um protocolo para terapia familiar em saúde mental, tendo sido o trabalho de construção dividido em duas etapas. A primeira etapa da construção do **PRTF-SM1** está pautada na revisão de literatura⁽²⁰⁾.

A pesquisa foi feita na Biblioteca Virtual de Saúde, especificamente na base de dados Index de Enfermería e LILACs, utilizando-se como

descritores os termos **terapia familiar, saúde mental, testes psicológicos, escalas de graduação psiquiátrica e protocolos**. Além disso, foram consideradas as equações *booleanas* (ou *e/ou and*), de forma a gerar combinações que resultariam em publicações. Essa busca possibilitou o acesso a 3173 publicações, as quais foram filtradas de modo que atendessem aos objetivos da pesquisa, aplicando-se os seguintes critérios de inclusão: estarem disponíveis eletronicamente, textos publicados em português e sem limite temporal. Essa filtragem possibilitou acessar 26 publicações.

Dando continuidade, foram aplicados os critérios de exclusão: trabalhos completos indisponíveis, trabalhos que não abordavam sobre protocolos/instrumentos usados em terapia familiar ou que não tivessem relação com a terapia familiar e saúde mental. A partir desse recorte, foram obtidas nove publicações. O material obtido, as nove publicações (amostra da revisão e material fundamental para construção do protocolo de registro em terapia familiar), foi identificado, impresso e arquivado em sequência numérica.

Na segunda etapa de construção do Protocolo de Registro em Terapia Familiar (PRTF-SM1), a) foi realizada a leitura minuciosa e seletiva das nove publicações (que compunham a amostra da revisão), sendo feitos fichamentos e catalogação de cada publicação por autor, fonte, título, profissão, método e contribuição (ver Quadro 1) e; b) para estruturação do protocolo de registro em terapia familiar e construção de seu manual de uso, foram utilizados os trabalhos^(21, 18, 22). Além disso, nesta etapa, também se levou em consideração a experiência do autor do presente artigo em assistência à família em saúde mental e seu processo criativo.

QUADRO 1. APRESENTA O LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO QUE SUBSIDIOU A CONSTRUÇÃO DO PRTF-SM1

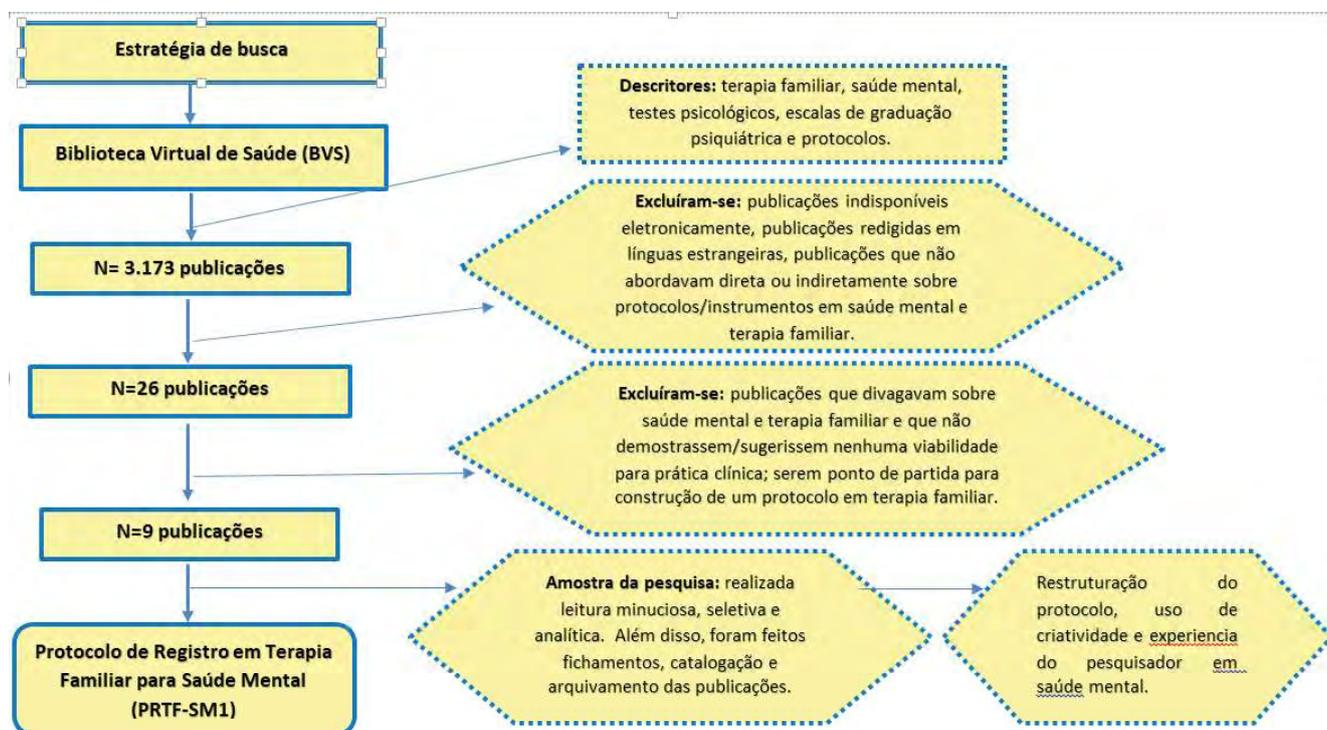
AUTOR	FONTE	TÍTULO	PROFISSÃO	MÉTODO	CONTRIBUIÇÃO
BRAUN; DELLAZZA- NA-ZANON; HALPERN (2014)	Revista da SPAGESP	A família do usuário de drogas no Caps: um relato de experiência.	Psicóloga e assistentes sociais.	Relato de experiência	A terapia familiar é concebida como veículo para melhorar o vínculo familiar, delimitação das fronteiras, motivação dos membros, psicoeducação, estratégias de enfrentamento e apoio psicossocial.
FELÍCIO; ALMEIDA (2008)	O Mundo da Saúde	Abordagem terapêutica às famílias na reabilitação de pacientes internados em hospitais psiquiátricos: relato de experiência	Psicólogas	Revisão de literatura e relato de experiência.	Aponta que a terapia familiar reduz a internação hospitalar de pacientes psiquiátricos, melhora adesão medicamentosa e remissão de surtos psiquiátricos. Considera como intervenção na família a psicoeducação e o acolhimento.
GRANDO; ROLIM (2005)	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Família e transtornos alimentares: as representações dos profissionais de enfermagem de uma instituição universitária de atenção à saúde mental	Enfermeiros	Estudo qualitativo	Enfatiza que a estrutura familiar pode ser a origem e manutenção dos transtornos mentais.
HENZ; LEITE (2013)	Thèse de Portugais	As marcas da violência sexual infantil e alternativas de tratamento	Psicóloga/médico	Revisão bibliográfica	A terapia familiar é útil para se trabalhar a reconfiguração dos papéis e os segredos familiares existentes.
NEVES; OMENA (2016)	Revista NESME	A clínica de família no centro de atenção psicossocial III: psicose e configurações vinculares	Psicólogas	Estudo de caso	A ênfase é dada ao atendimento familiar por meio de grupos de família, em que se deve utilizar a psicoeducação, escuta e vínculo terapêutico.
RASERA; MARTINS (2013)	Psicologia: Ciência e Profissão	Aproximações possíveis da terapia focada na solução aos contextos grupais	Psicólogos	Revisão de literatura	Trouxe a terapia focada na solução como possível referência a ser usada para trabalhar em saúde mental, particularmente na resolução dos problemas familiares.

SEIBEL et al., (2017)	Pensando Famílias	Rede de apoio social e funcionamento familiar: estudo longitudinal sobre famílias em vulnerabilidade social.	Médicos e psicólogos	Pesquisa longitudinal exploratória	Apresenta a rede de apoio como fator protetor para as famílias superarem as crises e passarem pelas fases de desenvolvimento psicossocial.
SHIMOGUIRI; SERRALVO (2017)	Nova Perspectiva Sistêmica	A importância da abordagem familiar na atenção psicossocial: um relato de experiência.	Terapeuta ocupacional e assistente social	Estudo de caso	Considera que a terapia familiar, em saúde mental, deve apresentar 12 sessões no mínimo.
SOUZA; FIGUEIREDO; ERDMANN (2010)	Revista de Pesquisa em Saúde.	Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo.	Enfermeiros	Revisão de literatura	Trouxe como escalas a serem usadas para avaliação familiar: Apgar Familiar, Genograma e Ecomapa, dentre outras.

Fonte: Elaboração própria⁽¹⁸⁾.

Abaixo, segue o fluxograma que ilustra a construção do **Protocolo de Registro em Terapia Familiar para Saúde Mental (PRTF-SM1)**:

Figura 1 – Fluxograma – construção do Protocolo de Registro em Terapia Familiar para Saúde Mental (PRTF-SM1)



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA⁽¹⁸⁾.

PROTOCOLO DE REGISTRO EM TERAPIA FAMILIAR PARA SAÚDE MENTAL (PRTF-SM1):

A seguir, é apresentado, por meio do Quadro 2, o **Protocolo de Registro em Terapia Familiar para Saúde Mental (PRTF-SM1)**, construído mediante a revisão de literatura, criatividade e experiência do pesquisador em saúde mental.

QUADRO 2. Apresenta o Protocolo de Registro em Terapia Familiar para Saúde Mental (PRTF-SM1):

L	DATA	PROTOCOLO DE REGISTRO EM TERAPIA FAMILIAR PARA SAÚDE MENTAL					
1.		IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA:					
2.	DATA	HISTÓRIA DA PSICODINÂMICA FAMILIAR:					
3.	DATA	HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL FAMILIAR					
		() Transtornos de Ansiedade: Membro (s):			() Transtornos de Depressão: Membro (s):		
		() Transtornos Psicóticos: Membro (s):			() Transtornos de Personalidade: Membro (s):		
		() Transtorno do Estresses: Membro (s):			() Transtornos de Personalidade: Membro (s):		
4.	DATA	ESTRUTURA FAMILIAR					
		Família nuclear:		Família Extensiva:		Família Ampliada:	
5.	DATA	FATORES FUNCIONAIS					
6.	DATA	GENOGRAMA FAMILIAR					
7.	DATA	QUEIXAS:					
		1.					
		2.					
		3.					
8.	DATA	PROBLEMAS FAMILIARES	DATA	PRESCRIÇÃO/ INTERVENÇÃO	DATA	AVALIAÇÃO	APGAR FAMILIAR

9.	DATA	CONSULTA/SESSÃO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL EM TERAPIA FAMILIAR
10.	DATA	REGISTRO DA EVOLUÇÃO FAMILIAR

Fonte: Elaboração própria⁽¹⁸⁾.

Além disso, para auxiliar o profissional de saúde mental na avaliação da funcionalidade familiar, deixamos em anexo ao **Protocolo de Registro em Terapia Familiar para Saúde Mental (PRTF-MS1)**^{L8} a Escala de Apgar Familiar (ver Quadro 3).

Na prática clínica da saúde mental, percebemos a necessidade de utilizar manuais que expli-

QUADRO 3. Apresenta a Escala de Apgar Familiar adaptada

L8					
APGAR FAMILIAR					
FUNÇÃO	NUNCA (0 PONTOS)	QUASE NUNCA (1 PONTO)	ALGUMAS VEZES (2 PONTOS)	QUASE SEMPRE (3 PONTOS)	SEMPRE (4 PONTOS)
Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando?					
Estou satisfeito com a maneira como minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas?					
Minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida?					
Estou satisfeito com a maneira como minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor?					
Estou satisfeito com a maneira como eu e minha família passamos o tempo juntos?					
ESCORE: Família Funcional (entre 7 e 10); Família Disfuncional Leve (maior que 2 e menor que 7); Disfuncional Grave (igual ou menor que 2).					

Fonte: Adaptado⁽²³⁾.

quem como usar/operacionalizar protocolos de saúde mental. Para tanto, apresentamos abaixo o manual de utilização do PRTF-SM1.

MANUAL DO PROTOCOLO DE REGISTRO EM TERAPIA FAMILIAR PARA SAÚDE MENTAL (PRTF-SM1)

Visto que todo protocolo deve ter seu manual, que oriente sobre sua função e uso, convém apresentar as orientações de uso do Protocolo de Registro em Terapia Familiar para Saúde Mental pelos profissionais da área.

Na **Identificação da Família**^(L1), o profissional de saúde mental registra o sobrenome da família em atendimento ou outra forma de identificação que torne mais fácil a localização do formulário.

No que se refere à **História da Psicodinâmica Familiar**^(L2), são registrados, de forma breve, objetiva, sucinta e clara, a história familiar, padrões relacionais, estrutura, dinâmica familiar, regras, rituais e outros aspectos pertinentes e necessários, para que se possibilite compreender a relação familiar⁽²²⁾.

Nesse mesmo sentido, na **História da Doença Atual Familiar**^(L3), são registrados os transtornos mentais que os membros possuem. Essa informação é colhida durante a entrevista clínica ou atendimentos. Esse levantamento permite ao profissional de saúde mental compreender intersubjetividades do sistema familiar e favorecer resoluções e adaptações saudáveis nos momentos de crises⁽²⁴⁾.

Além disso, na **Estrutura familiar**^(L4), são registrados os membros da *família nuclear* (pai, mãe e filhos), da *família extensiva* (avós,

primos, tios ou outros parentes) e da *família extensiva ampliada* (outras pessoas relevantes, como amigos, vizinhos, etc)⁽⁴⁾.

Cabe ainda ressaltar a importância de se registrar, de forma hierarquizada e de acordo com o grau de maior relevância, os fatores **Funcionais**^(L5) (família acolhedora, comunicação clara, rede apoio social e emocional, autoestima familiar, assumir responsabilidade, etc.) e **Disfuncionais**^(L5) (distanciamento afetivo, dificuldade na comunicação, fronteiras pouco definidas, sentimentos depreciativos, uso abusivo de psicoativos, irresponsabilidade, etc.). Sem dúvida, estas são as bases para elaboração de intervenções e soluções dos conflitos^(5, 2).

No tocante ao **Genograma Familiar**^(L6), este retrata a estrutura familiar interna e tem como objetivo reunir, em uma representação gráfica, as informações genealógicas dos membros e suas relações estabelecidas ao longo das gerações. Durante sua construção pelo profissional de saúde mental, é prática incluir ao menos três gerações⁽²³⁾. Abaixo, segue figura que reproduz os principais símbolos que podem ser usados no desenho criado.

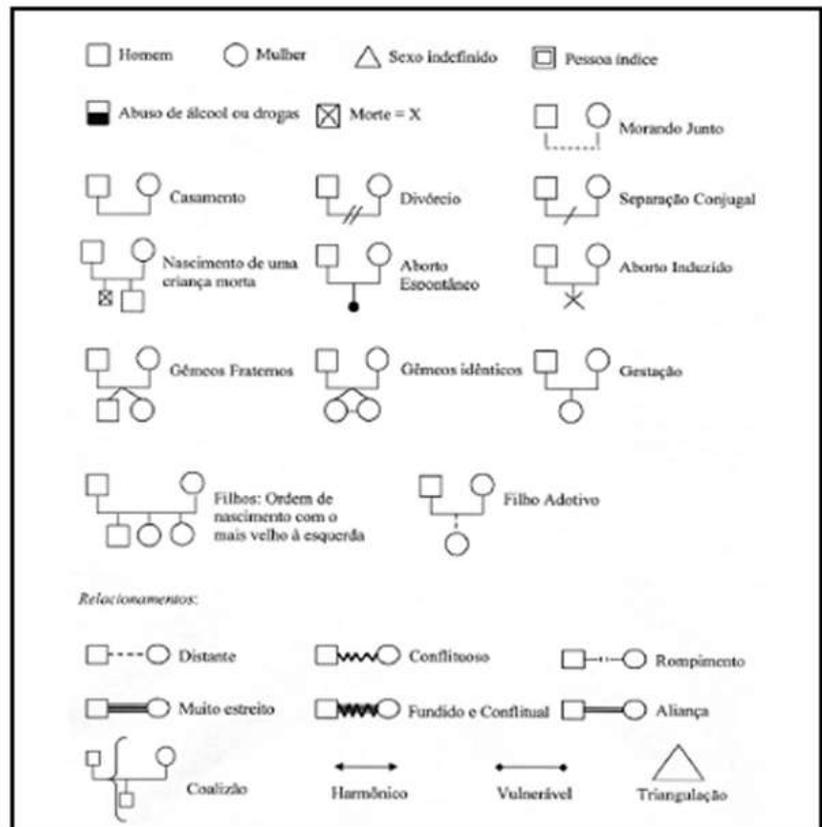
Já nas **QUEIXAS**^(L7), são registrados os motivos que levaram a família a procurar o serviço, tais como sofrimentos psíquicos, relações familiares prejudicadas, conflitos interpessoais, situações de crises, entre outros. Essa parte está relacionada aos sentimentos pessoais, às vivências no contexto familiar e social. Ainda, é necessário considerar o período da queixa referida pela família ao registrá-la⁽²⁶⁾.

Assim, o profissional de saúde mental identificará os **PROBLEMAS**^(L8) e elegerá as **PRESCRIÇÕES/INTERVENÇÕES**^(L8) condizentes com a realidade socioeconômica da família em questão. É importante que o profissional avalie se as intervenções surtiram efeito, o que ocorrerá na **AVALIÇÃO**^(L8) contínua e cíclica da família durante as consultas. Nesse contexto, se poderá intervir no sentido de melhorar os vínculos entre os membros, delimitações das fronteiras, psicoeducação, apoio familiar, aceitação, tornar os processos familiares funcionais, reconfigurações de papéis, etc. De tal modo, a terapia familiar focada na solução do problema tem como ponto central a utilização dos recursos familiares, o que possibilita ao profissional trabalhar em grupo de família^(5, 27, 13, 2, 28).

Em relação à seção **CONSULTA/SESSÕES DE TERAPIA FAMILIAR**^(L09), o profissional deve colocar seu nome e conselho de classe para cada atendimento à família. Esse espaço destina-se a fins de registro da produtividade (importante para que os serviços de saúde, da rede de atenção psicossocial, possam receber financiamento) e respaldo legal para o profissional. A terapia familiar, quando realizada em serviço de saúde mental, deve apresentar no mínimo 12 sessões⁽¹⁷⁾.

No tocante ao **REGISTRO DA EVOLUÇÃO FAMILIAR**^(L10), o profissional registrará uma evolução para cada 12 sessões de

FIGURA 2. Apresenta os símbolos do Genograma



Fonte: Adaptado⁽²⁵⁾.

terapia familiar, de forma que se descreva o acompanhamento da família, a resolução dos problemas identificados, os efeitos das intervenções, os encaminhamentos realizados e as orientações feitas à família⁽¹⁷⁾.

Ainda, como suporte ao profissional em sua avaliação da família, foi adicionada, junto ao Protocolo de Registro Familiar, a escala de **APGAR Familiar**^(L8), que tem como vantagem o número reduzido de itens e maior facilidade na aplicação. Nela, os membros da família percebem o funcionamento familiar e manifestam seu grau de satisfação⁽²³⁾. Para o profissional de saúde mental que acompanha as famílias, ela é relevante por ajudá-lo a mensurar se as intervenções surtiram efeitos, disponibilizando parâmetros objetivos para mudar condutas e suscitar transformações no sistema familiar.

REFLEXÃO E DISCUSSÃO

A família é uma unidade básica de interação social, sendo fundamental para o desenvolvimento do núcleo familiar pela agregação dos valores e afetividade⁽²⁾.

Na abordagem terapêutica, compreende-se que os indivíduos podem ser ajudados no contexto de sua vida familiar e cotidiana, para além de sua realidade subjetiva, já que se trata de seres humanos que estão em um grupo estruturado por processos que lhes são próprios, com identidade familiar, regras, rotinas, tradição, hierarquia de poder, visão de mundo e mitos. As famílias possuem fronteiras delimitadas que as diferem de outras famílias em suas singularidades⁽²⁴⁾.

Na saúde mental, as configurações de atendimento têm demonstrado duas estratégias básicas: individual (apenas uma família é atendida) e grupal (mais de duas famílias recebem atendimento). Ambas as estratégias têm sido importantes na promoção do bem-estar familiar, reduzindo o isolamento, os estigmas e a falta de informação sobre os transtornos mentais⁽²⁴⁾.

Em relação aos transtornos mentais, no contexto da saúde mental, percebe-se a influência das relações familiares no processo de produzir e manter os sintomas. Em famílias de esquizofrênicos, por exemplo, existem indicativos de um alto nível de proximidade e estresse relacional entre os membros. Em pacientes depressivos, por sua vez, percebe-se que os cuidadores vivenciam grande sobrecarga e desconforto emocional, pois a depressão está associada a um alto nível de dependência nas tarefas diárias. Nos casos de famílias em que um de seus membros tem

transtorno de personalidade, especialmente *Borderline*, há uma tendência a um ambiente familiar hostil⁽²⁴⁾.

Nesse sentido, o aconselhamento familiar deve ser oferecido a todas as famílias, com a finalidade de educar a respeito do transtorno mental. Logo, são sugeridas como intervenção familiar⁽⁵⁾: a) explorar o grau de dependência e envolvimento entre os membros da família; b) discutir com o paciente e a família as funções, papéis e limites que sejam adequados como forma de comunicação clara e afetiva; c) identificar regras familiares que reforçam comportamentos desajustados do paciente e buscar mecanismos para adequá-las; d) ajudar o paciente a desenvolver habilidades na resolução de problemas e; e) realizar ou encaminhar para terapia familiar.

Além disso, a literatura demonstra que a intervenção familiar não apenas reduz recaídas psicóticas e hospitalização, como também melhora a aderência à medicação psicotrópica⁽²⁴⁾. Também, a terapia familiar colabora no tratamento de membros que sofreram maus tratos, violência sexual e física, dentre outros traumas⁽²⁷⁾.

Nessa perspectiva, vale ressaltar que é de grande relevância ao trabalho, em saúde mental, com a terapia familiar focada na solução, pois ela torna possível que soluções sejam desenvolvidas junto aos membros familiares e tarefas podem ser prescritas a fim de proporcionar ajustamento familiar⁽¹³⁾.

Outrossim, as relações estabelecidas com pessoas e instituições significativas podem ser recursos protetivos para os membros da família; da mesma forma, a família, ao passar

por novos desafios, também identifica e aciona sua rede de apoio de maneira distinta⁽⁶⁾, sendo essa rede de apoio familiar uma força para ajudar a superar desafios e dificuldades.

Desse modo, a participação da família no cotidiano dos serviços de saúde mental é um dos objetivos dos profissionais desta área que atendem as famílias. O grupo familiar é o elo mais próximo que os pacientes possuem com o mundo. As intervenções e ações dirigidas às famílias têm como base o estímulo e o apoio necessário à construção de projetos terapêuticos voltados à reinserção familiar e social⁽²⁾.

Tendo em vista que a família é uma unidade dinamicamente estruturada e condicionante dos fenômenos humanos, ela deve, a partir dessa ótica, ser imaginada como um todo no qual seus membros se encontram articulados em diferentes níveis de desenvolvimento psicossocial, mas em interação mútua. Isso significa que, em qualquer movimento, uma parte ou um membro interferirá na dinâmica familiar como um todo⁽¹⁷⁾.

Ainda, consideram-se que a avaliação e a intervenção na família se constituem como importante processo para gestão do cuidado em saúde mental. Nessa lógica, é importante destacar o **Protocolo de Registro em Terapia Familiar para Saúde Mental (PRTF-SM1)**, que teve como função favorecer o acompanhamento das famílias por profissionais de saúde mentais durante sua prática⁽²³⁾.

Assim, por meio da revisão de literatura, foi possível levantar o material teórico que compõe os constructos do **PRTF-SM1** e seu manual, priorizando-se a composição de um instrumento que seja útil e pertinente para que qualquer profissional de saúde mental possa manuseá-lo, uma vez que saúde mental se faz na interdisciplinaridade.

A revisão de literatura, exposta no Quadro 1, foi oportuna para caracterizar os autores, tipo de pesquisa, metodologia e contribuição para elaborar o **PRTF-SM1** e seu manual. Foi possível perceber que, da amostra de nove publicações, 46% dos profissionais que escreveram eram psicólogos, 15,4% eram enfermeiros, assistentes sociais e médicos (para cada categoria) e 7,8%, terapeutas ocupacionais. Esse fato decorre da interdisciplinaridade presente na saúde mental e terapia familiar.

Em relação ao método de pesquisa da amostra, 44,4% é composto de revisão de literatura, 22,3% de estudo de caso e 11,1% de outros métodos (pesquisa qualitativa, longitudinal, etc.). Talvez a predominância de métodos qualitativos denote que estes conseguem expressar a subjetividade humana, tão presente na saúde mental, com maior realidade.

O **PRTF-SM1** favorece o registro, acompanhamento, planejamento, intervenção e evolução das famílias atendidas por profissionais de saúde, na pluralidade de serviços de saúde mental. Portanto, é necessário que sejam criadas tecnologias para melhorar a qualidade do serviço de saúde mental, que sejam de baixo custo e complexidade. E que favoreçam a humanização, sistematização do atendimento em saúde mental no campo específico das famílias e suas especificidades. Sem dúvida, acreditamos firmemente que o **PRTF-SM1** possa assumir essa responsabilidade, quando aplicado por profissionais de saúde mental comprometidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo permitiu expor a construção do **Protocolo de Registro em Terapia Familiar para Saúde Mental (PRTF-SM1)** e seu **manual de orientação**, com base na pesquisa de revisão de literatura, experiência em saúde mental do autor e sua criatividade.

Para tanto, apresentamos os conceitos gerais da terapia familiar, com um foco na resolução de problemas, visto que, na saúde mental, esta abordagem traz resultados rápidos e resolutividade. Além disso vale ressaltar que a saúde mental é marcada pela intensa procura dos pacientes aos serviços de saúde mental. O qual possui profissionais de várias especialidades, que, quando no papel de técnicos em saúde mental, compartilham habilidades, responsabilidades e competências semelhantes. Porém, para que haja sintonia entre estes profissionais, são necessários protocolos em saúde mental, a fim de que os objetivos a serem seguidos e trabalhados sejam claros, e que resultem em uma comunicação efetiva.

Tendo isso em vista, o **PRTF-SM1** pode sistematizar, orientar, resguardar e legitimar o profissional de saúde mental, durante sua assistência em saúde mental a famílias. Ademais, tal instrumento facilita o resgate rápido de informações e a organização dos dados colhidos pelo profissional, o que, sem dúvida, favorecerá que sua prática seja realizada com responsabilidade e ética.

Concluimos que, apesar dos benefícios expostos em relação ao **PRTF-MS1**, as discussões não se esgotam aqui. Sendo assim, é necessário que futuras pesquisas possam validar os seus constructos e demonstrar sua eficiência, operatividade, praticidade e validade em saúde mental, por profissionais de saúde mental que tenham as famílias como objeto de suas práxis diária.

Logo o **PRTF-SM1** em futuras pesquisas precisa ser submetidos a profissionais de saúde mental para sua crítica, avaliação e validação.

REFERÊNCIAS

1. MINUCHIN, Patricia. Families and individual development: provocations from the field of family therapy. **Child Development**, v. 56, n. 2, p. 289-302, 1985.
2. BRAUN, Lori Maria; DELLAZZANA-ZANON, Leticia Lovato; HALPERN, Silvia Chwartzmann. A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 122-144, dez. 2014.
3. FACO, Vanessa Marques Gibran, MELCHIORI, Lúcia Ebner. **Conceito de família: adolescentes de zonas rural e urbana**. São Paulo: Editora Unesp, 2009.
4. FERNANDES, Ana Carolina Zuanazzi. **Terapia psicanalítica familiar: um estudo investigativo sobre o processo terapêutico de casos atendidos por estudantes de psicologia em um serviço-escola**. 2015. 164 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2015.

5. GRANDO, Lucia Helena; ROLIM, Marli Alves. Família e transtornos alimentares: as representações dos profissionais de enfermagem de uma instituição universitária de atenção à saúde mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 13, n. 6, p. 989-995, 2005.
6. SEIBEL, Bruna Larissa et al. Rede de apoio social e funcionamento familiar: estudo longitudinal sobre famílias em vulnerabilidade social. *Pensando Famílias*, v. 21, n. 1, p. 120-136, 2017.
7. GOMES, Lauren Beltrão et al. As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. *Pensando Famílias*, v. 18, n. 2, p. 3-16, 2014.
8. MELO, Vladimir de Araújo Albuquerque; RIBEIRO, Maria Alexina. Epistemologias sistêmicas e suas repercussões para a clínica da terapia familiar. *Pensando Famílias*, v. 20, n. 2, p. 149-161, 2016.
9. DORICCI, Giovanna Cabral; CROVADOR, Laura Ferreira; MARTINS, Pedro Sampaio. O especialista relacional na terapia familiar de fundamentação epistemológica contracionista social. *Nova Perspectiva Sistêmica*, n. 59, p. 37-51, 2017.
10. LEAL, Daniela; MASSIMI, Marina. ALFRED ADLER (1870-1937): Uma breve biografia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v.17, n.2, p. 1-8, 2017.
11. CARNEIRO, Terezinha Féres. Terapia familiar: das divergências as possibilidades de articulação dos diferentes enfoques. *Psicologia, ciência e profissão*, n. 16, p. 38-42, 1996.
12. ESTEVES DE VASCONCELLOS, Maria José. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. Campinas, SP: Papyrus, 2002.
13. RASERA, Emerson Fernando; MARTINS, Pedro Pablo Sampaio. Aproximações possíveis da terapia focada na solução aos contextos grupais. *Psicologia; ciência e profissão*, v. 33, n. 2, p. 318-335, 2013.
14. LABS, Mayara Schinch; GRANDESSO, Marilene. Processos reflexivos: ampliando possibilidades para terapeutas que atendem sem equipe. *Nova Perspectiva Sistêmica*, n. 58, p. 98-113, 2017.
15. FONSECA, Karina Santos da. Atendimento Familiar. Brasília: Unyleya, 2017.
16. THOLL, Francieli; BEIRAS, Adriano. Terapia familiar com crianças: a importância da interlocução teórico-prática para a superação dos desafios no processo de formação do terapeuta. *Rev. Nova Perspectiva Sistêmica*, n. 58, p. 86-97, 2017.
17. SHIMOGUIRI, Ana Flávia Dias Tanaka; SERRALVO, Fernanda Silveira. A importância da abordagem familiar na atenção psicossocial: um relato de experiência. *Rev. Nova Perspectiva Sistêmica*, n. 57, p. 69-84. 2017.
18. CAMPOS, Fagner Alfredo Ardisson Cirino; FEITOSA, Fabio Biasotto. **Protocolo de diagnóstico da depressão em adulto (PDDA)**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Dis-

- ponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 13 dez. 2018.
20. GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
21. GUBERT, Fabiane do Amaralet al. Protocolo de enfermagem para consulta de puericultura. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 16, n. 1, p. 81-89, 2015.
22. TOWNSEND, Mary C. **Enfermagem psiquiátrica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
23. SOUZA, Francisca Georgina Macedo; FIGUEIREDO, Maria do Céu Aguiar; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista de Pesquisa em Saúde*, n. 11, v. 1, p. 60-63, 2010.
24. FELÍCIO, Jônia Lacerda; ALMEIDA, Daniella Valverde de. Abordagem terapêutica às famílias na reabilitação de pacientes internados em hospital psiquiátricos: um relato de experiência. *O Mundo da Saúde*, v. 32, n. 2, p. 248-253, 2008.
25. WENDT, Naiane Carvalho; CREPALDI, Maria Aparecida. A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 302-310, 2008.
25. OLIVEIRA, Inajara Carla. Caracterização das queixas de saúde mental e ações dos profissionais da ESF em uma UBS de Itajaí. *Saúde & Transformação Social*, v. 6, n. 3, p. 16-25, 2015.
27. HENZ, Letícia Fernanda; LEITE, Marcela Borges. As marcas da violência sexual infantil e alternativas de tratamento. *Thèse de Portugais/Coleciona SUS*, p. 1-20, 2013.
28. NEVES, Anamaria da Silva, OMENA, Nara Amaral de. A clínica de família no centro de atenção psicossocial III: psicose e configurações vinculares. *Revista do NESME*, v. 13, n. 1, p. 65-80, 2016.

Recibido 20190508

Aceptado 20190925

Perfil epidemiológico de Sífilis Congenida en el Estado de Bahia, Brasil, 2007 a 2017

Epidemiological Profile of Congenital Syphilis in the State of Bahia, Brazil, 2007 to 2017

Perfil epidemiológico da Sífilis Congênita no Estado da Bahia, Brasil, 2007 A 2017

Ivana Nardes Santos¹, Bárbara Santos Ribeiro²,
Layres Canuta Cardoso³, Carine de Jesus Soares⁴

Resumen:

Este estudio analizó el perfil epidemiológico de la sífilis congénita en el estado de Bahía, Brasil, de 2007 a 2017. Esta es una investigación epidemiológica descriptiva con un enfoque cuantitativo. La recopilación de datos se realizó en septiembre de 2018 en el Sistema de Información y Notificación, disponible en el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud de Brasil. Los datos se tabularon usando el software Microsoft Office Excel y Microsoft Office Word, y luego se analizaron usando estadísticas descriptivas usando cálculos de frecuencia absoluta y relativa. La sífilis congénita fue significativa en el estado de Bahía, con la notificación de 8,917 casos, con la región oriental 57.3% (n = 5,111) de los casos. Hubo un comportamiento creciente de casos entre 2010 y 2016, con una disminución en 2017. Con respecto al perfil de los casos, se encontró que 48.4% (n = 4,314) eran mujeres, 67.3% (n = 6,602) no blancos, 83.4% (n = 7,433) residentes urbanos y 93.6% (8,349) diagnosticados al sexto día de vida. Con respecto a las características maternas, el 35,2% (n = 3.134) declaró que la escuela primaria estaba incompleta, el 71,3% (n = 6.352) tenía atención prenatal y el 47,9% (n = 4.265) de las parejas no recibió tratamiento. . Se puede concluir que la sífilis congénita es un problema de salud pública en el estado de Bahía, que requiere que los gerentes y otros profesionales de la salud implementen acciones dirigidas a la prevención y el control de los casos.

¹Biomédica egressa da Faculdades Unidas de Pesquisa Ciências e Saúde (FAPEC). Jequié, Bahia. E-mail: ivananardes@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8863-7617>

² Enfermeira. Doutorado (em andamento) e Mestrado em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGESUESB). E-mail: barbara_ribeiro2@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3950-0374>

³ Enfermeira. Mestrado (em andamento) em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES/UESB). E-mail: laycanuta@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8666-5203>

⁴ Enfermeira. Doutorado (em andamento) e Mestrado em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGESUESB). E-mail: carineesoares@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7767-9443>

Palabras clave:

Sífilis Congênita; Atención Prenatal; Perfil de Salud; Epidemiología Descriptiva.

Abstract:

This study analyzed the epidemiological profile of Congenital Syphilis in the State of Bahia, Brazil, from 2007 to 2017. This is a descriptive epidemiological investigation with a quantitative approach. Data collection was performed in September 2018 in the Information and Notification System, available from the Department of Informatics of the Brazilian Unified Health System. Data were tabulated using Microsoft Office Excel and Microsoft Office Word software, and were then analyzed using descriptive statistics using absolute and relative frequency calculations. Congenital syphilis was significant in the state of Bahia, with the notification of 8,917 cases, with the eastern region 57.3% (n = 5,111) of the cases. There was an increasing behavior of cases between 2010 and 2016, with decline in 2017. Regarding the profile of the cases it was found that 48.4% (n = 4,314) were female, 67.3% (n = 6,602) non-white, 83.4% (n = 7,433) urban residents and 93.6% (8,349) diagnosed by the 6th day of life. Regarding maternal characteristics, 35.2% (n = 3,134) declared elementary school incomplete, 71.3% (n = 6,352) underwent prenatal care and 47.9% (n = 4,265) of partners did not receive treatment. . It can be concluded that congenital syphilis is a public health problem in the state of Bahia, which requires managers and other health professionals to implement actions aimed at preventing and controlling cases.

Keywords:

Congenital Syphilis; Prenatal Care; Health Profile; Descriptive Epidemiology.

Resumo:

Este estudo analisou o perfil epidemiológico da Sífilis Congênita no estado da Bahia, Brasil, no período de 2007 a 2017. Trata-se de uma investigação epidemiológica descritiva com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada em setembro de 2018 no Sistema de Informações e Agravos de Notificações, disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Office Excel e Microsoft Office Word*, e em seguida, foram analisados por meio da estatística descritiva, utilizando-se de cálculos de frequência absoluta e relativa. A Sífilis Congênita mostrou-se expressiva no estado da Bahia, com a notificação de 8.917 casos, tendo a região Leste 57,3% (n=5.111) dos casos. Houve um comportamento crescente de casos entre 2010 e 2016, com declínio no ano de 2017. Em relação ao perfil dos casos identificou-se que 48,4% (n=4.314) foram do sexo feminino, 67,3% (n=6.602) não brancos, 83,4% (n= 7.433) residentes de zona urbana e 93,6% (8.349) com diagnóstico até o 6º dia de vida. No que se refere às características maternas, 35,2% (n=3.134) declararam ensino fundamental incompleto, 71,3% (n=6.352) realizaram pré-natal e 47,9% (n=4.265) dos parceiros não realizaram tratamento. Conclui-se que a Sífilis Congênita consiste em um problema de Saúde Pública

no estado da Bahia, o que exige por parte dos gestores e demais profissionais da área de saúde, a implementação de ações voltadas para a prevenção e controle dos casos.

Palavras Chaves:

Sífilis Congênita; Cuidado Pré-Natal; Perfil de Saúde; Epidemiologia Descritiva.

Introdução

A Sífilis é uma doença infecciosa sistêmica causada pela bactéria *Treponema pallidum*, de evolução crônica e muitas vezes assintomática, que tem como principais formas de transmissão as vias sexual e vertical. Apresenta-se nas formas adquirida e congênita, sendo que esta última, a depender do tempo de infecção e do grau de infectividade, subdivide-se em precoce e tardia⁽¹⁾.

A Sífilis Congênita (SC) apresenta-se de forma variável, desde assintomática, em 70% dos casos, até formas mais graves⁽¹⁾. A SC ocorre quando a mulher gestante tem sífilis e transmite a doença para o feto por via placentária, pela passagem pelo canal do parto ou até mesmo durante o aleitamento materno quando está na fase ativa da doença⁽²⁾.

Nesse caso, o bebê pode desenvolver alterações nos ossos, olhos, ouvidos ou nos dentes, hepatomegalia e esplenomegalia, feridas na pele, anemia, icterícia, coriza com secreções avermelhadas, feridas na boca, ínguas ou dificuldade para ganhar peso. Também é possível que gere um natimorto ou que aconteça a morte na infância, por conta das complicações pulmonares⁽¹⁾⁽²⁾.

A realização do diagnóstico de SC no recém-nascido assintomático é difícil por conta da presença dos anticorpos herdados da mãe e pela inviabilidade de cultivar o *Treponema pallidum*. Dessa forma, é necessária a aplicação de

critérios que considerem a história materna, o que contribuirá tanto para vigilância epidemiológica, quanto para o manejo clínico dos recém-nascidos. Essa definição de caso, de alta sensibilidade, inclui alguns recém-nascidos que, na verdade, não estão infectados⁽²⁾⁽³⁾.

Entretanto, como há uma chance de 40 a 100% de transmissão vertical em gestantes sem tratamento adequado para Sífilis, todos os recém-nascidos com probabilidade de ter adquirido a doença devem ser encaminhados para realização de procedimentos diagnósticos. Em alguns casos, pode ser necessário hospitalizar o recém-nascido por no mínimo 10 dias para tratamento. É necessário investigar se houve um tratamento adequado da mãe, antes ou durante a gestação, devidamente registrado na documentação do pré-natal. Nas situações em que essas condições não são cumpridas, o recém-nascido precisará ser investigado, e o binômio mãe/filho serão submetidos ao início de tratamento, ainda na maternidade⁽³⁾.

A SC é uma doença que pode ser evitada mediante o tratamento adequado da gestante infectada com penicilina, cuja eficácia é em torno de 95 a 100%. Desse modo, a incidência dessa patologia sugere baixa qualidade do pré-natal e o desinteresse por parte dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico e ao tratamento. Estudo realizado entre profissionais de saúde indica falta de conhecimento e familiari-

dade com relação aos protocolos preconizados para controle da doença, além da dificuldade em abordar as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), configurando a necessidade de educação continuada para melhoria da assistência⁽⁴⁾.

Considerando tratar-se de uma infecção neonatal evitável, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a eliminação da SC como prioritária, e estipulou como meta a redução da incidência a 0,5 ou menos casos por 1000 nascidos vivos até o ano de 2015⁽⁵⁾.

Entretanto, ainda encontra-se no Brasil um cenário epidemiológico da SC em todos os estados com taxa de 6,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos⁽⁶⁾. A situação torna-se mais preocupante ao considerar que no Brasil, o Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o país e reduzir as taxas elevadas de morbimortalidade materno-infantil, instituiu a Rede Cegonha, que tem como um dos princípios, realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno, incluindo o teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR⁽⁷⁾.

No estado da Bahia, observou-se crescimento da incidência de SC de 1,2 para 2,7 casos por 1.000 nascidos vivos, entre os anos de 2005 e 2012⁽⁸⁾. Também identificou-se incidência elevada da doença no município de Salvador, capital do estado, variando de 1,3 a 3,1 casos por 1.000 nascidos vivos, entre os anos de 1997 e 2002⁽⁹⁾.

Mediante as elevadas taxas de infecções por SC e as graves repercussões de morbimortalidade neonatal por essa infecção, torna-se relevante o desenvolvimento do presente estudo. Ademais, os poucos estudos na literatura destinados à avaliação da SC no estado da Bahia, justifica a

realização de pesquisas que possibilitem compreender a situação da problemática no estado.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico da SC no estado da Bahia no período de 2007 a 2017.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, transversal, realizado no estado da Bahia, Brasil. A população do estudo foi composta por todos os casos de SC notificados no estado da Bahia, ocorridos no período de 2007 a 2017, com Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e codificada como A 50.

Os dados desta pesquisa foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), no mês de setembro do ano de 2018.

As variáveis analisadas foram:

- a) Referentes ao indivíduo: sexo (masculino; feminino; ignorado); raça/ cor (ignorado; branca; não branca); zona de residência (ignorado; urbano; rural; periurbano); faixa etária do diagnóstico (até 6 dias; 7-27 dias; 28 dias < 1ano; 12 a 23 meses; 2 a 4 anos; 5 a 12 anos).
- b) Referentes à mãe do indivíduo: escolaridade (ignorado; analfabeto; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; ensino superior incompleto; ensino superior completo; não se aplica); realizou pré-natal (ignorado; sim; não); tratamento do parceiro (ignorado; sim; não).
- c) Referentes à localização da ocorrência: distribuição por macrorregião no estado da

Bahia, Brasil (Centro-Oeste; Centro-Norte; Extremo Sul; Leste; Nordeste; Norte; Oeste; Sudoeste; Sul).

A coleta e tabulação dos dados foi realizado por duas das autoras em 3 etapas diferentes. Na 1ª etapa, as pessoas responsáveis pela coleta, de forma separada e independente, fizeram as buscas no SINAN, norteadas por um *check-list* que definia as variáveis, população e período do estudo. Na 2ª etapa, os dados foram revistos de forma independente numa segunda revisão para determinar sua elegibilidade. Na 3ª etapa, as pessoas que fizeram a coleta e tabulação compartilharam os achados, e entraram em consenso em relação aos desacordos dos achados encontrados.

Para tabulação e análise dos dados utilizou-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21, mediante estatística descritiva, sendo apresentados em frequências absoluta e relativa, os quais são apresentados por meio de tabelas e gráficos.

Por se tratar de pesquisa que utiliza informações de acesso público, este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP), de acordo com a resolução 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde – Brasil.

Resultados

Segundo os dados coletados a partir do SINAN, entre os anos de 2007 a 2017, foram notificados no estado da Bahia 8.917 casos de SC. Ao analisar o gráfico 1 constata-se que houve um comportamento crescente de casos entre 2010 e 2016, com declínio no ano de 2017.

Na tabela 1 é apresentado as características sócio-demográficas assistenciais maternas dos

Investigación

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos casos de Sífilis Congênita notificados no Estado da Bahia, Brasil, 2007 a 2017.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	3.824	42,9
Feminino	4.314	48,4
Ignorado	779	8,7
Raça/cor		
Ignorado	2.473	27,7
Branca	442	5,0
Não branca	6.602	67,3
Zona de residência		
Ignorado	624	7,0
Urbano	7.433	83,4
Rural	793	8,9
Periurbano	67	0,7
Faixa etária do diagnóstico		
Até 6 dias	8.349	93,6
7 – 27 dias	289	3,3
28 a < 1 ano	233	2,6
1 ano a (12 a 23 meses)	22	0,2
2 a 4 anos	15	0,2
5 a 12 anos	9	0,1
TOTAL	8.917	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Tabela 2 – Características maternas dos casos de Sífilis Congênita notificados no Estado da Bahia, Brasil, 2007 a 2017.

Variáveis	N	%
Escolaridade da mãe (n=916)		
Ignorado	3.266	36,7
Analfabeto	80	0,9
Ensino fundamental incompleto	3.134	35,2
Ensino fundamental completo	572	6,4
Ensino médio incompleto	796	8,9
Ensino médio completo	909	10,2
Ensino superior incompleto	56	0,6
Ensino superior completo	40	0,4
Não se aplica	63	0,7
Realizou pré-natal		
Ignorado	1.256	14,0
Sim	6.352	71,3
Não	1.309	14,7
Tratamento do parceiro		
Ignorado	2.335	26,1
Sim	2.317	26
Não	4.265	47,9
TOTAL	8.917	100,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

casos de SC notificados no estado da Bahia. Constatou-se que 48,4% (n=4.314) foram do sexo feminino, 67,3% (n=6.602) eram não brancos e 83,4% (n=7.433) oriundos da zona urbana. O diagnóstico ocorreu até o 6º dia de vida em 93,6% (n=8.349) dos casos.

Na tabela 2 é possível observar algumas características sociais e assistenciais maternas dos casos notificados com SC. Em relação a escolaridade das mães notou-se que 36,7% (n=3.266) dos casos tiveram essa informação ignorada e 35,2% (n=3.124) tiveram ensino fundamental incompleto. Dentre os casos notificados, 6.352 (n=71,3%) das mães tiveram acompanhamento pré-natal e 47,9% (n=4.265) não tiveram seus parceiros tratados.

Sugestão: as Tabelas 1 e 2 podem ser agregadas, ficando uma única tabela com o título: ‘Características sociodemográficas e assistenciais maternas dos casos notificados. estado da Bahia – Brasil, 2007 – 2017’

Se for possível, e se houver consentimento dos avaliadores, preferimos manter as Tabelas 1 e 2 a fim de apresentar os dados de maneira mais didática.

No gráfico 2 é possível observar a distribuição de casos por macrorregião no estado da Bahia. Identificou-se que 57,3% (n=5.111) foram notificados na região Leste, seguido da região Extremo Sul com 10,5% (n=937).

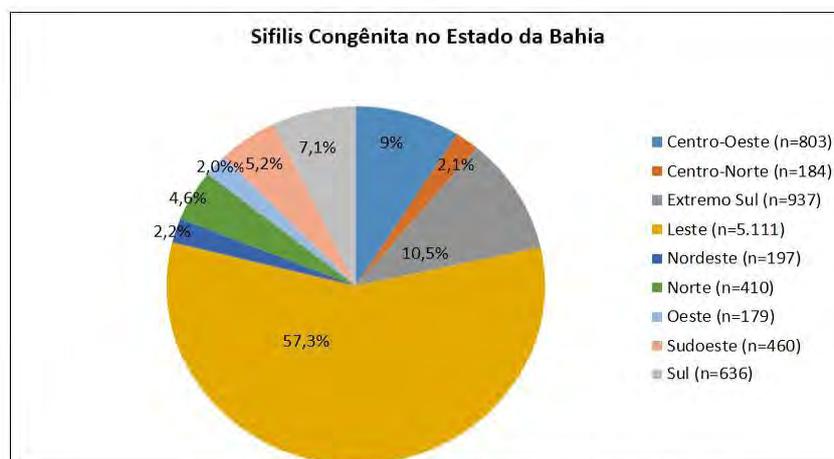
Discussão

No período estudado, a Bahia apresentou 8.917 casos de SC, revelando que a doença ainda é um problema de saúde do estado, e necessita de intervenções a fim de promover seu controle e eliminação. Por outro lado, o aumento da incidência pode ser resultado de melhorias na notificação e investigação dos casos, acréscimo de melhor acompanhamento no pré-natal, e consequente rastreamento de SC⁽¹⁰⁾.

No que se refere à raça dos casos notificados, 67,3% (n=6.602) eram não brancos. De certa forma esse resultado corrobora com evidências disponíveis na literatura, que mostram um maior acometimento por Sífilis em gestantes que se autodeclararam pardas⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾.

A SC pode ser classificada em 2 tipos: SC precoce e SC tardia. A primeira é identificada até o 2º ano devida; a SC tardia é identificada após o

Gráfico 2. Distribuição dos casos de Sífilis Congênita notificados por macrorregião de saúde no Estado da Bahia, Brasil, período 2007 a 2017 (N=8.917)



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

2º ano de vida ⁽¹⁵⁾. Na Bahia, embora a grande maioria das crianças tenha sido diagnosticada de maneira precoce (até o 2º ano de vida), ainda observou-se que em 0,2% (n=15) dos casos o diagnóstico ocorreu na faixa etária de 2 a 4 anos e 0,1% (n=9) entre 5 a 12 anos. Esses dados refletem as falhas nos diagnósticos e de estratégias de prevenção dessa doença, tanto na atenção primária à saúde como nos demais níveis de saúde, sendo necessário o cumprimento das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde no binômio mãe/filho em relação à prevenção da SC ⁽¹⁶⁾.

Quando analisadas as características sociais e assistenciais maternas dos casos de SC, os resultados permitiram estimar que 35,2% (n=3.134) das mães tinham ensino fundamental incompleto, o que traduz os poucos anos de estudo. Essa evidência representa um desafio para o controle da SC no cenário da Saúde Pública, pois as gestantes infectadas com Sífilis precisam ter compreensão adequada sobre a patologia, o tratamento e a prevenção da SC. Espera-se que quanto maior o nível de instrução da população, melhor sejam as atitudes tomadas para manter-se saudável ⁽¹⁷⁾.

A SC não é uma doença que prioriza grupos populacionais, entretanto, mulheres jovens e com pouca escolaridade estão mais propensas a se infectarem pelo *Treponema pallidum* devido ao comportamento social de risco. Na maioria dos casos estas mulheres, têm múltiplos parceiros e não se previnem com preservativo durante o ato sexual ⁽²⁾.

No que concerne a assistência durante a gestação, em 71,3% dos casos (n=6.352), ocorreu acompanhamento pré-natal, e ainda assim, houve evolução para SC. A respectiva situação, juntamente com a evolução dos casos a partir

do ano 2011, pode ser causada pela indisponibilidade de matéria prima para produção da penicilina, conforme divulgado pelo Ministério da Saúde no Brasil. Nos últimos anos ocorreu uma drástica diminuição das reservas de penicilina, e conseqüentemente, estados brasileiros se encontraram em falta do fármaco para tratar mães, parceiros e crianças ⁽¹⁸⁾.

A Penicilina é o antibiótico preconizado para o tratamento de quadros infecciosos relevantes na saúde pública, a exemplo da Sífilis. Ressalta-se a Penicilina G Benzatina, considerada única droga efetiva na prevenção da SC durante o pré-natal, sendo o fármaco de escolha para tratamento da gestante identificada com a patologia, sendo que em crianças com SC, deve ser optado a Penicilina Cristalina ⁽¹⁵⁾⁽¹⁸⁾.

Uma problemática que acontece é a identificação de VDRL negativo na gestação e positivo no parto. Isso pode acontecer nas três situações: a) gestante com infecção muito recente, adquirida na gestação; b) cicatriz sorológica, podendo acontecer de o VDRL resultar negativo em um laboratório e positivo em título baixo em outro; c) falso positivo biológico impossível de determinar na maioria das vezes, uma vez que o teste treponêmico tende a ser positivo pela sífilis anterior ⁽¹⁹⁾.

Os testes não treponêmicos, a exemplo do VDRL, são proveitosos, pois são baratos e de alta sensibilidade (de modo especial na fase inicial da infecção), porém, a interpretação equivocada dos mesmos é comum por técnicos inexperientes, já que pode acontecer de títulos residuais muito baixos serem vistos como negativos na gestação, e na testagem da parturiente se apresentarem como positivos. Caso ocorra sorologia positiva na gestação em mulheres que já foram tratadas, ocorre outra complicação ⁽²⁰⁾.

Por outro lado, os testes treponêmicos permanecem positivos na maioria das pessoas tratadas, apesar de que em 25% possa ocorrer negatização. Na observação da gestante, muitas vezes é complicado afirmar se um teste não treponêmico baixo reflete uma memória imunológica, ou se essa pessoa, que poderia estar curada, teve nova contaminação. De acordo com os protocolos, a forma de deferir estas duas probabilidades é fazer um acompanhamento severo da gestante nessa situação, incluindo um teste não treponêmico mensal no decorrer do acompanhamento pré-natal. Assim, se o teste ainda estiver com títulos baixos, a paciente pode ser classificada como não tendo sífilis atual, e o seu feto pode ser considerado sem SC ⁽¹⁹⁾.

Em contrapartida, embora títulos altos de VDRL sejam mais frequentes entre as gestações com SC e mais ainda naquelas com resultados adversos, é importante assinalar que um título baixo não afasta a possibilidade de sífilis ativa na gestante e, conseqüentemente de SC no feto ⁽¹⁹⁾.

Esses 4 parágrafos acima (com sinalização inicial Azul) podem ser resumidos; não é necessário esse detalhamento sobre VDRL pois não foi investigado no estudo, não foi variável do estudo.

Tentamos compactar os 4 parágrafos, entretanto, não conseguimos resumir muito. Dentre os casos de SC identificados para o estado da Bahia, 71,3% foram procedentes de mães que realizaram pré-natal. Desse modo, sugerimos necessário dar uma melhor visibilidade sobre a análise do VDRL, visto que um teste não treponêmico baixo não descarta suspeita, mas segundo protocolo, sugere fazer acompanhamento severo da gestante. A inadequada interpretação do VDRL pode ser um fator que tem contribuído para a ocorrência de SC.

Outra questão que chama atenção é o fato de que em 47,9% dos casos (n=4.265) não ocorreu tratamento do parceiro ao longo do pré-natal. Sabe-se que os serviços enfrentam a grande dificuldade de tratar os parceiros de mulheres com ISTs, muitos deles são informados, no entanto, simplesmente optam por não procurar o serviço e não buscam o tratamento, motivados por questões culturais que afastam os homens dos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, um estudo aponta para à fragmentação do cuidado relacionado à saúde do homem/parceiro como uma das causas desse afastamento, pois baixa frequência ao tratamento desse público pode estar relacionada a maneira como os serviços e profissionais atuam no acolhimento e assistência ao longo do período da gestação ⁽²¹⁾.

Na Bahia, houve notificação para SC em todas as regiões, sendo mais frequente na região leste, local onde encontra-se a capital, Salvador, além de outras importantes cidades para o estado, a exemplo de Feira de Santana e Camaçari. Embora seja uma das áreas mais desenvolvidas, os resultados demonstram que a gestão local precisa propor melhorias nas políticas de assistência à saúde materno-infantil.

Destaca-se como limitação para o desenvolvimento deste estudo o quantitativo de variáveis que apresentaram campos ignorados, o que pode influenciar a descrição do perfil epidemiológico da SC. Assim, salienta-se a necessidade de preenchimento completo das fichas de notificações para que se possa conhecer melhor o perfil dos casos, e paralelamente, elaborar e programar ações que possam proporcionar tratamento das gestantes sífilíticas e prevenção dos casos de SC.

Conclusão

Observou-se no estado da Bahia, um comportamento crescente de casos de SC entre 2010 e 2016, com declínio no ano de 2017. No que se refere ao perfil epidemiológico da SC na Bahia, identificou-se que o problema é mais frequente na região leste do estado, na população residente na zona urbana, não branca, envolvendo mulheres com pouca escolaridade. Outra questão analisada é que os casos de SC ocorreram em mulheres que realizaram o pré-natal, e ainda assim, não houve interrupção da cadeia de transmissão vertical, nem tratamento dos parceiros. Acrescenta-se o fato que a baixa produção de Penicilina no país, conforme publicado pelo Ministério da Saúde, pode ter repercutido no agravamento da situação.

A identificação do perfil epidemiológico da SC na Bahia pode auxiliar na elaboração e implementação de ações que visem diminuir sua ocorrência. Ademais, o presente estudo também chama atenção para a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros que acompanham as gestantes tanto a nível de atenção básica, como nas maternidades, visando à identificação precoce do risco de ocorrência da SC, tratamento o quanto antes, e melhor preparo para realizar as notificações com qualidade.

Referências

1. Domingues RMSM, Leal MC. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet] 2016; 32(6):1-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102=311-2016000605002X&script=sci_abstract&tlng=pt [consulta: 07 jun 2019].
2. Motta IA, Delfino IRS, Santos LV, Morita MO, Gomes RGD, Martins TPS, et al. Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta? *Rev Med Minas Gerais* [Internet] 2018; 28(Supl.6):e-S280610. Disponível em: <http://rmmg.org/sumario/189> [consulta: 07 jun 2019].
3. Lafetá KRG, Martelli Junior H, Silveira ME, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet] 2016; 19(1):63-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415=790-2016000100063X&script=sci_abstract&tlng=pt [consulta: 07 jun 2019].
4. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira ME, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet] 2017; 41:e44. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e44/pt> [consulta: 07 jun 2019].
5. Organização Mundial de Saúde. *Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação*. Geneva: OMS; 2008.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis. *Boletim Epidemiológico* [Internet] 2016; 47(35):3-29.

- Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2016>[consulta: 07 jun 2019].
7. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília. [Internet]. 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf [consulta: 26 out 2019].
 8. Brasileiro CSM, Ribeiro GS. Incidência e distribuição da sífilis congênita na Bahia, 2005-2012. *Revista Baiana de Saúde Pública* [Internet] 2016; 40 (Supl 2): 27-56. Disponível em: <http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2693/1895>[consulta: 26 out 2019].
 9. Almeida FMG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. *DST – J Bras Doenças Sex Transm* [Internet] 2007; 19(3-4):144-56. Disponível em: <http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2693/1895>[consulta: 26 out 2019].
 10. Sonda EC, Richter FF, Boschetti G, Casasola MP, Krümel CF, Machado CPH. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção* [Internet] 2013; 3(1):28-30. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3022>[consulta: 07 jun 2019].
 11. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciência Saúde Coletiva* [Internet] 2013; 18(2):499-506. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232013000200021-&script=sci_abstract&tlng=pt[consulta: 07 jun 2019].
 12. Lima VC, Mororó RM, Martins MA, Ribeiro SM, Linhares MSC. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. *Journal of Health Biological Sciences* [Internet] 2017; 5(1):56-61. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1012> [consulta: 07 jun 2019].
 13. Nonato SM, Melo APS, Guimarães, Mark DC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet] 2015; 24(4): 681-94. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742015000400010-&script=sci_arttext&tlng=en [consulta: 07 jun 2019].
 14. Moreira KFA, Oliveira DM, Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Orfão NH. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. *Cogitare enferm* [Internet] 2017; 22(2):e48949. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48949>[consulta: 07 jun 2019].
Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde: volume único. 2ª. ed. Brasília: MS; 2017.
 15. Andrade ALMB, Magalhães PVVS, Moraes MM, Tresoldi AT, Pereira RM. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. *Rev. paul. pediatr* [Internet] 2018; 36(3):376-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pi

Recibido 20190607

Aceptado 20191026

Procesos de ense˜anzas y aprendizaje con metodologías de alojamiento activo con clasificación de riesgos: experiencia de informes.

Teaching and learning processes with active accommodation methodologies with risk classification: reporting experience.

Processos de ensino e aprendizagem com metodologias ativas em acolhimento como classifica o de risco: relatando experi ncia

Thainan Alves Silva¹, Ananda Sodr e Silva², Anne Argollo³, Rita Narriman Silva, Ana Cristina Santos⁴

Resumen:

Introducción: Se est n incorporando nuevas estrategias pedagógicas, como el uso de Metodologías Activas, en la educación superior para desarrollar competencias y habilidades en los estudiantes, en la perspectiva de capacitar a profesionales efectivos para ingresar al mercado laboral. Risk Classified Hosting gestiona los servicios de urgencia y emergencia a través de protocolos orientadores que reorganizan la demanda guiando, priorizando y ayudando en la toma de decisiones y referencias necesarias para promover la atención resolutive a las demandas de salud de la población. **Objetivo:** Informar sobre la experiencia de aplicar metodologías activas durante un taller sobre Hosting clasificado por riesgo. **Metodología:** Este es un estudio descriptivo de informe de experiencia realizado en un taller pedagógico durante la Semana de Enfermería 2019, con la participación de 11 estudiantes de pregrado de Enfermería de una universidad privada ubicada en una ciudad en el interior de Bahía, Brasil. **Resultados y discusión:** El taller se dividió en tres momentos: 1) formación de una Rueda de conversación para la presentación de los miembros y posterior entrega de un cuestionario para el diagnóstico situacional inicial; 2) aproximación de los

¹Thainan Alves Silva, Enfermeira. Mestre em forma o pelo Programa de Pós-Gradua o em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGESUESB). Jequié (BA), Brasil. e-mail: alves.thainan@outlook.com ORCID: 0000-0001-8930-9044

Ananda Sodr e Silva, Enfermeira. Mestre em forma o pelo Programa de Pós-Gradua o em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGESUESB). Jequié (BA) Brasil. E-mail: sodrenanda@outlook.com ORCID: 0000-0002-1213-9689

²Anne Argollo, Enfermeira. Aluna especial do Programa de Pós-Gradua o em Enfermagem e Saúde nível mestrado, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGESUESB). Jequié (BA), Brasil. e-mail: an-neargollo0510@gmail.com ORCID: 0000-0001-6309-4735

³Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, Enfermeira. Pós-doutora em Bioética. Docentado Programa de Pós-Gradua o em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGESUESB). Jequié (BA), Brasil. e-mail: rboery@uesb.edu.br ORCID: 0000-0002-7823-9498

⁴Ana Cristina Santos Duarte, Bióloga. Pós-doutora em Educa o. Docentado Programa de Pós-Gradua o em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGESUESB). Jequié (BA), Brasil. e-mail: tinaduarte2@gmail.com ORCID: 0000-0002-3537-9095

contenidos teóricos a través de conferencias dialogadas; 3) resolución de 6 casos clínicos con la ayuda de la metodología de World Café. **Conclusión:** La aproximación a la recepción clasificada de riesgo basada en el uso de metodologías activas representó una experiencia muy exitosa para los participantes y facilitadores, considerando la satisfacción mutua y El éxito logrado mediante la construcción de conocimiento de una manera compartida y dinàmica.

Palabras Claves:

Metodologías Activas; La educación; Aprendizaje; Recepción.

Abstract:

Introduction: New pedagogical strategies, such as the use of Active Methodologies, are being incorporated into higher education in order to develop students' competences and skills, in the perspective of training effective professionals to enter the labor market. Risk Classified Hosting manages urgency and emergency services through guiding protocols that reorganize demand by guiding, prioritizing and assisting in the decision making and referrals necessary to promote resolute care to the population's health demands. **Objective:** To report the experience of applying active methodologies during a workshop on Risk-Classified Hosting. **Methodology:** Aa descriptive, experience report study, conducted in a pedagogical workshop during Nursing Week 2019, with the participation of 11 undergraduate Nursing students from a private college located in a city in the interior of Bahia, Brazil. **Results and Discussion:** The workshop was divided into three moments: 1) formation of a Conversation Wheel for presentation of the members and subsequent delivery of a questionnaire for initial situational diagnosis; 2) approach of the theoretical contents through dialogued lecture; 3) resolution of 6 clinical cases with the aid of the World Café methodology. **Conclusion:** Approaching the Risk Classified Reception using active methodologies represented a very successful experience for the participants and facilitators, considering the mutual satisfaction and the success achieved by building knowledge in a shared and dynamic way.

Keywords:

Active methodologies; Teaching; Learning; Reception.

Resumo:

Introdução: Novas estratégias pedagógicas, como o uso de Metodologias Ativas, estão sendo incorporadas ao ensino superior com intuito de desenvolver competências e habilidades nos discentes, na perspectiva da formação de profissionais eficazes para ingressar no mercado de trabalho. O Acolhimento com Classificação de Risco gerencia os serviços de urgência e emergência através de protocolos direcionadores que reorganizam a demanda ao orientar, priorizar e auxiliar na tomada de decisão e nos encaminhamentos necessários para promover um atendimento resolutivo às demandas de saúde da população. **Objetivo:** Relatar a experiência de aplicação de metodologias ativas durante uma oficina sobre Acolhimento com Classificação de Risco. **Metodologia:** Estudo

descriptivo, do tipo relato de experiência, realizada em uma oficina pedagógica, durante a Semana de Enfermagem 2019, com a participação de 11 graduandos do curso de Enfermagem de uma faculdade privada, localizada em uma cidade do interior da Bahia, Brasil. **Resultados e Discussão:** A oficina foi dividida em três momentos: 1) formação de uma Roda de Conversa para apresentação dos integrantes e posterior entrega de questionário para diagnóstico situacional inicial; 2) abordagem dos conteúdos teóricos mediante aula expositiva dialogada; 3) resolução de 6 casos clínicos com o auxílio da metodologia do World Café. **Conclusão:** Abordar o Acolhimento com Classificação de Risco a partir do uso de metodologias ativas representou uma experiência bastante exitosa para os participantes e facilitadoras, considerando-se a satisfação mútua e o sucesso obtido por meio da construção do conhecimento de maneira compartilhada e dinamizada.

Palavras-chave:

Metodologias ativas; Ensino; Aprendizagem; Acolhimento.

Introdução

O ensino superior em saúde encontra-se em constante processo de transformação para se adequar às reais necessidades da formação acadêmica e profissional dos discentes. Nesse contexto, novas estratégias pedagógicas de educação estão sendo incorporadas nos currículos com o intuito de desenvolver nesses indivíduos competências e habilidades indispensáveis no processo de autonomia e elaboração do conhecimento, através de abordagens centradas nos discentes¹.

As Metodologias Ativas (MA), nessa perspectiva, se apresentam como uma dessas estratégias pedagógicas que estão pautadas no desenvolvimento do processo de aprendizagem, utilizando o contexto do indivíduo, experiências concretas ou simuladas, buscando traçar mecanismos que propiciem solucionar os obstáculos oriundos das atividades da prática social inseridas em diversos cenários².

Diante disso, o Ministério da Saúde (MS) propõe a utilização das MA no processo de formação dos profissionais de saúde, associadas com

os modelos de atenção, para incorporá-las ao currículo. Tal fato se deve à crescente necessidade de articulação entre os métodos de produção e promoção de saúde com os problemas reais no tocante à concepção de transformações/soluções que tanto os cursos de graduação da área da saúde e as Políticas de Atenção Básica em Saúde exigem³.

A responsabilização com as demandas de saúde da população vai além do atendimento que é prestado pelos profissionais nas instituições de saúde, e está intimamente relacionada ao vínculo que é criado e fortalecido entre o serviço/profissionais e a população que usufrui daquilo que ali é ofertado. Nesse cenário, o acolhimento denota a humanização do atendimento, se configurando como uma ferramenta que assegura o acesso pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), para que todos os usuários do serviço de saúde possam ter uma atenção de qualidade⁴.

Deste modo, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), uma estratégia que gerencia

os serviços de urgência e emergência e que está implementado através da Política Nacional de Humanização (PNH), consiste em um método de gestão dinâmico de avaliação de risco/vulnerabilidade do usuário que chega necessitando de atendimento, levando em consideração suas dimensões biopsicossociais do processo saúde-doença, culminando em ações que orientam, priorizam e auxiliam na tomada de decisão e nos encaminhamentos necessários para promover um atendimento resolutivo às suas demandas de saúde⁵.

Nesse cenário, o MS preconiza que essa classificação de risco esteja baseada em um protocolo direcionador. Dentre as escalas dispostas, o protocolo de Triagem de Manchester tem sido utilizado em muitos serviços de urgência e emergência em todo Brasil, sendo atualmente utilizado em 16 (61,5%) dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal⁶.

O protocolo de Triagem de Manchester classifica o paciente em cinco níveis de prioridade: nível 1 e cor vermelha (emergente, deve receber atendimento médico imediato); nível 2 e cor laranja (muito urgente, avaliação médica em até 10 minutos); nível 3 e cor amarela (urgente, avaliação médica em até 60 minutos); nível 4 e cor verde (pouco urgente, avaliação médica em até 120 minutos); nível 5 e cor azul (não urgente e que pode aguardar até 240 minutos para atendimento médico). Assim, infere-se que esse protocolo se configura como uma ferramenta imprescindível de gerenciamento do risco clínico através da priorização dos pacientes mais graves e administração do tempo de demora dos atendimentos⁶.

Tomando como base o supracitado, docentes e discentes estão em processo contínuo de integração, diante disso a construção dessa oficina

pautada em metodologias ativas tem como um dos pressupostos primordiais o repensar das práticas do processo ensino-aprendizagem, ainda bastante caracterizadas por uma comunicação unilateral, objetiva-se promover a transformação desse processo educativo por um modelo mais dinâmico. Dito isso, desenvolver tal iniciativa se mostrou de extrema relevância tanto para o campo da Saúde quanto para o campo da Educação Superior, enquanto espaços formadores de profissionais.

Portanto, o objetivo deste estudo é relatar a experiência de aplicação de metodologias ativas durante uma oficina sobre Acolhimento com Classificação de Risco.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com metodologias ativas, realizado por meio de oficina pedagógica, no primeiro semestre de 2019. O objeto foi o ensino-aprendizagem sobre Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nos serviços de urgência e emergência, uma proposta da disciplina “Processo Ensino-Aprendizagem em Ciências da Saúde” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

A oficina aconteceu em faculdade privada localizada em um município do interior da Bahia, Brasil, em comemoração a XIII Semana de Enfermagem, cujo tema central foi: Uma voz para liderar – Saúde para todos. A Semana de Enfermagem acontece todos os anos, sempre em maio, em homenagem aos profissionais da enfermagem, além de oportunizar a divulgação do conhecimento científico por meio de conferências, palestras e oficinas sobre temas relacionados à profissão de Enfermagem.

A oficina com duração de 3 horas, foi composta por 11 participantes do 6º semestre curso de Enfermagem, sendo 8 do sexo feminino e 3 do sexo masculino, com faixa etária compreendida entre 20 e 48 anos.

Este relato baseou-se na experiência vivenciada pelos autores que atuam na área de enfermagem, além de dialogar com os docentes da disciplina. Outras fontes de informações foram utilizadas, como livros, manuais e artigos científicos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Importante citar que não foram utilizados dados dos participantes da oficina, além disso, nenhum dado que permita identificar participantes ou profissionais envolvidos foi incluído neste relato.

No primeiro momento foi feita uma Roda de Conversa (RC) para dar início às atividades propostas pela oficina e então as facilitadoras da oficina e os participantes se apresentaram. Logo após, foi entregue um questionário para diagnóstico situacional inicial, contendo sete questões sobre ACCR nos serviços de urgência e emergência afim de que pudesse ser feita uma avaliação geral do conhecimento trazido pelos discentes sobre esse tema. Vale ressaltar que os discentes não haviam cursado a disciplina de Urgência e Emergência.

As questões contidas no questionário foram as seguintes e os discentes respondiam as mesmas marcando com SIM ou NÃO: Você já ouviu falar sobre ACCR?; Você sabe o que ACCR significa?; Você conhece os objetivos do ACCR?; Você sabe qual o significado das cores no ACCR?; Você já ouviu falar do Protocolo Manchester para o ACCR?; Você considera importante a implementação do ACCR nos serviços de urgência e emergência para otimização e humanização da atenção à saúde prestada?; Já foi acolhido

em algum serviço de urgência e emergência e teve sua situação de saúde classificada através do ACCR?

No segundo momento houve a explanação do conteúdo sobre ACCR nos serviços de urgência e emergência através de aula expositiva dialogada com utilização de recursos eletrônicos tais como *notebook* e *datashow*, disponibilizados pela instituição. Nesse momento, ainda organizados em roda de conversa houve participação de todos os integrantes da oficina. Os conteúdos abordados em forma de slides abarcaram os seguintes aspectos: Significado do termo acolher; Aspectos Legais; Política Nacional de Humanização (PNH); Atuação do enfermeiro frente ao ACCR; Conceitos, Objetivos e Níveis do ACCR; e Protocolo de Manchester. Ao longo da apresentação, as facilitadoras mediarão discussões sobre esses conteúdos.

No terceiro momento, foi elaborado e trazido pelas facilitadoras 6 casos clínicos sobre o tema em discussão. Essa estratégia pode ser caracterizada como problematizadora, ou seja, uma estratégia de ensino-aprendizagem, que motiva o discente, uma vez que diante do problema, ele tem a possibilidade de examinar, refletir, relacionar as suas vivências e dar um novo sentido aquilo que é descoberto⁷. Para essa atividade, foi necessário dividir os participantes em 4 equipes. Vale salientar que os casos clínicos foram classificados por todas as equipes.

Para a resolução dos casos clínicos, foi utilizada a metodologia conhecida como "World Café". Proposta em 1995, por Juanita Brown e David Isaacs, em Mill Valley, Califórnia, essa técnica tem formato simples e flexível, podendo se adequar conforme uma ampla variedade de necessidades e objetiva promover o diálogo entre grupos, de maneira estratégica e colabo-

rativa⁸. Esta técnica será descrita nos resultados e discussão.

A análise da oficina foi de forma qualitativa, baseada na participação e satisfação discente, manifestada oralmente pelos participantes, durante e no final do processo. Embora, tenham sido utilizadas algumas questões objetivas durante o processo de desenvolvimento da oficina pedagógica e isso tenha gerado dados, não modificou o tipo desse estudo – ele continua sendo qualitativo, porque se propôs a relatar a experiência vivenciada.

Resultados e discussão

Objetivando reforçar a necessidade de repensar as práticas de ensino-aprendizagem, foi implementada a oficina pedagógica em saúde nos processos de ensino e aprendizagem, com metodologias ativas sobre o Acolhimento com Classificação de Risco nos serviços de urgência e emergência.

O uso de uma metodologia ativa visa a instigar o educando na busca e construção do conhecimento, fazendo uso da proposição inicial de uma situação problema (SP) e, posteriormente, levando-o a refletir de maneira crítica, tendo como produto final a apresentação de soluções adequadas. A metodologia ativa parte da concepção de uma educação crítico-reflexiva, não pondo nesse contexto o educando apenas como receptor do aprendizado, mas sim, como um participante ativo desse processo².

O primeiro momento da referida oficina foi caracterizado pela organização de todos os participantes em uma RC, a fim de facilitar a visualização de todos, bem como a comunicação. Nesse espaço, as facilitadoras se apresentaram e puderam conhecer também os participantes da oficina. Assim, eles disseram seu nome, a qual

cidade pertencia e sua relação com o curso de Enfermagem: cerca de 54% (6) referiram residir em Jequié e 46% (5) residirem nas cidades próximas à Jequié, como Ipiaú e Jaguaquara; quanto à sua relação com a enfermagem, aproximadamente 18% (2) referiram atuar como técnicos em enfermagem em instituições de saúde e por isso terem uma relação bem fortalecida com a enfermagem e a área da saúde e 81% (9) relataram ter escolhido o curso de Enfermagem por gostar da área da saúde e ver nele uma oportunidade de ingressar no mercado de trabalho.

Ainda nesse primeiro momento, os discentes responderam o questionário para diagnóstico situacional inicial. A partir dessas respostas as facilitadoras puderam inferir que como os mesmos ainda não haviam cursado a disciplina Urgência e Emergência, seus conhecimentos acerca de temática da oficina ainda eram deficientes. Contudo, os 11 participantes (100%) já tinham ouvido falar sobre o ACCR e mesmo conhecendo superficialmente esse tema, o consideraram importante para os serviços de saúde. Quando questionados sobre já terem sido acolhidos e terem tido sua situação de saúde classificada com o ACCR, 9 (81,8%) marcaram a opção SIM.

Aplicar esse questionário possibilitou obter uma avaliação geral do conhecimento trazido pelos discentes acerca da temática e foi de grande valia, pois permitiu, para além do diálogo estabelecido inicialmente, documentar e apreender os saberes prévios sobre o ACCR.

No segundo momento da oficina, ainda organizado em RC, foi necessário utilizar como método a aula expositiva dialogada para explanação dos conteúdos acerca do ACCR. Para isso, as facilitadoras prepararam slides e utilizaram os recursos eletrônicos da instituição, tais como *notebook* e *datashow*.

Os discentes se mantiveram participativos nesse segundo momento e contribuíram bastante nas discussões enquanto o conteúdo era abordado. Como a duração da oficina foi de 3 horas, os conteúdos discutidos foram minuciosamente selecionados para que as informações essenciais fossem transmitidas e não restassem dúvidas sobre o ACCR.

Produzir e compartilhar conhecimentos a partir de uma RC oportuniza aos integrantes a verbalização de saberes, opiniões e vivências acerca do tema proposto, fazendo com que os mesmos possam ponderar e discutir, trazendo à reflexão os diálogos construídos⁹.

Apesar da aula expositiva fazer parte da metodologia de ensino tradicional, o seu uso apresenta-se com frequência entre as ferramentas educacionais utilizadas pelos professores, e sendo apresentada de forma dialogada elevam-se as chances de sucesso, visto que o aluno participa ativamente desse processo¹⁰.

No terceiro momento, como relatado anteriormente, foi desfeita a RC para a resolução dos casos clínicos que foram elaborados e trazidos pelas facilitadoras. Nesse momento a metodologia utilizada foi a do World Café, cuja aplicabilidade orienta-se a partir da ideia de que a conversa representa processo central em negócios, pessoas e organizações⁸. A partir dessa metodologia, pressupõe-se que os saberes necessários para formar as ideias já se encontram presentes nas pessoas, “a inteligência que emerge quando o sistema se conecta a si próprio de formas criativas”¹¹.

A formação de profissionais em saúde que sejam críticos, reflexivos e transformadores de suas realidades liga-se intimamente às concepções pedagógicas que estimulam a aprender a aprender, o que pode ser adotado nas práticas

profissionais de educação em saúde aos usuários, famílias e comunidades as quais vão atuar. Sendo assim, a discussão e vivência dessas metodologias pode se tornar importante estratégia para a instrumentalização e a atuação por parte desses docentes¹².

E abordando os conteúdos de maneira leve, num contexto de irreverência e humor é que se pretende suscitar os processos criativos desses discentes, levando-os a pensarem e construir ideias de maneira colaborativa, sendo justamente esse o foco da técnica “World Café”, a geração e construção de ideias em grupo de maneira colaborativa¹³.

Sendo assim, formaram-se equipes para a discussão dos casos clínicos, propondo-se que a cada rodada completa, permanecesse apenas um membro, escolhido como “anfitrião”, incentivando os outros membros a troca de grupo a cada rodada, promovendo dessa forma o compartilhamento de ideias e perspectivas entre todos, estabelecendo uma rede viva de diálogo.

Após a última rodada, todos os integrantes voltaram ao seu grupo inicial, compartilhando entre si e com todos, os diálogos promovidos e conhecimentos construídos a cada rodada para a resolução dos casos clínicos.

Ao trazer a resolução dos casos clínicos como uma estratégia baseada em metodologias ativas, as facilitadoras lançaram mão de uma estratégia conhecida como problematização, que representa uma tentativa de incitar no aluno o desejo pelo aprendizado, levando-o a contextualizar o tema com a realidade, ponderando e se apropriando dela¹⁴.

Desse modo, os 11 participantes foram organizados em 4 equipes, sendo 3 trios e 1 dupla, para solucionar os 6 casos clínicos elaborados, onde foram entregues para cada equipe 5 placas

com as cores correspondentes   classifica o de risco do Protocolo de Manchester. Após a leitura de cada caso clínico, era dado um tempo para pensar na resposta e levantar a placa com a cor da classifica o (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul). Foi um momento de grande intera o entre as equipes, uma vez que a técnica do World Café possibilita essa interatividade e colabora o grupal.

Analisando as respostas encontradas durante a resolu o dos casos clínicos, pode-se observar que houve um rendimento positivo de todas as equipes, com 50% ou mais de acertos, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1: Resultado das resolu es dos Casos Clínicos

EQUIPES DO WORLD CAFÉ/ CASOS CLÍNICOS	E1	E2	E3	E4
C1	✓	✓	✓	✓
C2	X	X	✓	✓
C3	X	X	X	X
C4	X	X	X	✓
C5	✓	✓	✓	✓
C6	✓	✓	✓	✓

Analisando a Tabela 1   possível observar que todas equipes tiveram dificuldade em responder o caso clínico 3. Isso pode ser justificado pelo nível de complexidade do mesmo ou ainda pela imaturidade dos discentes, que ainda não cursaram a disciplina de Urgência e Emergência. Contudo, todas as equipes obtiveram pelo menos 50% de êxito em suas respostas. Ao avaliar individualmente o desempenho de cada equipe (E) tem-se que a E1 e E2 obtiveram 3 acertos (50%); a E3 obteve 4 acertos (66,7%) e E4 obteve 5 acertos (83,3%).

Resultado esse considerado satisfatório ao se levar em considera o que a oficina foi o primeiro contato teórico com essa temática, e que

eles ainda não abordaram conteúdos importantes que forneceriam subsídios para que se apropriassem melhor do tema e respondessem corretamente os casos clínicos.

Considerando esse contexto   importante frisar que o fazer e ser profissional inicia-se durante a academia, ainda no processo de forma o e o contato do discente com experiências práticas de saúde permite reconhecer e apurar limita es técnicas, sociais e pessoais¹⁵.

Conclusão

Abordar o ACCR a partir do uso de metodologias ativas representou uma experiência bastante exitosa para os organizadores, levando-se em conta o sucesso obtido por meio da constru o do conhecimento de maneira compartilhada e dinamizada. Diante disso, faz-se importante ressaltar a relevância e aplicabilidade dessas metodologias nos processos de ensino e aprendizagem, valorizando os diversos indivíduos envolvidos, isento do protagonismo único da figura do docente.

Associar a teoria com as atividades práticas e vida real por meio de problematiza es, estimulando a criatividade e capacidade de resolu o dos discentes, contribui sobremaneira na forma o de profissionais  ticos, críticos e reflexivos diante do mundo em sua volta. Oportuniza-se diante disso, repensar as metodologias de ensino, buscando aprimorar e adequar conforme o contexto, caminhando para além das práticas tradicionais de ensino, promovendo o aprendizado efetivo e adequado   realidade social.

Referências

1. Fujita JALM, Carmona EV, Shimo AKK, Mecena EH. Uso da metodologia da problematização com o Arco de Maguerez no ensino sobre brinquedo terapêutico. *Revista Portuguesa de Educação* 2016; 29(1): 229-58.
2. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas (Londrina)* 2011; 32 (1):25-40.
3. Conterno SFR, Lopes RE. Pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação superior em saúde no Brasil: origens históricas e fundamentos teóricos. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)* 2016; (21)3:993-1016.
4. Camara RF, Paulino TS, Pereira FCC, Nelson ICASR, Rocha KM, Neto LI. O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: uma revisão. *Rev Hum Ser* 2015; 1(1):99-114.
5. Andrade MAC, Artmann E, Trindade ZA. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. *Ciência Saúde Coletiva* 2011; 16(Supl. 1):1115-24.
6. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49(1):144-51.
7. Vilagra SMBW, Oliveira MFA. Mudanças pedagógicas no ensino de semiologia para discentes de medicina. *Rev Saúde* 2011; 2(2):37-44.
8. Café World Community Foundation. Publications. [Internet]. Disponível em: <http://www.theworldcafe.com>[consulta: 28 jun 2019].
9. Melo MCH, Cruz GC. Roda de conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio. *Imag da Educação* 2014; 4(2):31-9.
10. De Nez E, Santos CA. Reflexões sobre a metodologia das aulas expositivas na educação básica e superior. *RELVA* 2017; 4(1):24-36.
11. Brown J, Isaacs D. *O World Café: dando forma ao nosso futuro por meio de conversações significativas e estratégicas*. São Paulo: Cultrix; 2007.
12. Macedo KDS, Acosta BS, Silva EB, Souza NS, Beck CLC, Silva KKD. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. *Escola Anna Nery* 2018; 22(3): 1-9.
13. Teza P, Miguez VB, Fernandes RF, Souza JÁ, Dandolini GA, Abreu AF. Geração de ideias: aplicação da técnica world café. *Int. J. Knowl. Eng. Manag.* 2013; 3(3):1-14.
14. Diesel A, Baldez ALS, Martins SN. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. *Revis. Thema* 2017; 14(1):1-21.
15. Choller S, Kuhnen A, Amante L, Ferrazzo S. Teaching nursing consultation and home visit: experience report enseñando. *Rev Enferm UFPE* 2014; 8(3):775-9

Recibido 20190820

Aceptado 20191017

Oficina sobre metodologias ativas em ciências da saúde – um relato de experiência

Taller sobre metodologías activas en ciencias de la salud - un relato de experiencia

Workshop on Active Methodologies in Health Sciences - An Account of Experience

Adaíse Passos Souza Amaral¹, Kay Amparo Santos², Tasso Carvalho Barberino de Souza³, Ana Cristina Santos Duarte⁴, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery⁵

Resumo:

As metodologias ativas são abordagens pedagógicas que utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem. **Objetivo:** relatar a experiência de mestrandos em oficina que discutiu as contribuições das metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem. **Método:** relato de experiência de discentes do Mestrado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sobre o oferecimento de oficina das metodologias ativas. **Resultados:** a oficina permitiu aos participantes discutir as contribuições das metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem, demonstrando diferentes técnicas utilizadas pela metodologia ativa: a problematização por meio de situação-problema e da espiral construtivista, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) por meio de questões, além do uso do cinema. **Discussão:** A maioria dos participantes não possuía conhecimento prévio sobre metodologias ativas, no entanto após participação na oficina conferem superioridade das metodologias ativas sobre as tradicionais; mas, por outro lado, a maioria também acredita que as instituições não estariam preparadas para a aplicabilidade das metodologias ativas e que os docentes também não estão preparados para utilizá-las. **Conclusão:** as metodologias ativas refletem melhorias no processo ensino-aprendizagem e as Instituições de Ensino Superior devem se preparar para sua utilização.

¹Enfermeira. Especialista em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente pelo IES/HSL. Instituição: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. ORCID: 0000-0001-8896-0839

²Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. ORCID: 0000-0001-7732-4298

³Médico. Mestre em Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. ORCID: 0000-0003-0188-7830.

⁴Pós-Doutorado em Didactica de las Ciencias Experimentales. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. ORCID: 0000-0002-3537-9095

⁵Enfermeira. Pós doutorado em Bioética. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. ORCID: 0000-0002-7823-9498

Contacto: Adaise Passos adaisepassos@gmail.com

Palavras-chave:

Metodologia, Ensino, Aprendizagem ativa, Educação Superior.

Resumen:

Las metodologías activas son enfoques pedagógicos que utilizan la problematización como estrategia de enseñanza-aprendizaje. **Objetivo:** relatar la experiencia de maestrandos en taller que discutió las contribuciones de las metodologías activas en el proceso enseñanza-aprendizaje. **Método:** relato de experiencia de discentes del Máster del Programa de Post-Graduación Stricto Sensu en Enfermería y Salud, de la Universidad Estatal del Sudoeste de Bahía, sobre el ofrecimiento de taller de las metodologías activas. **Resultados:** el taller permitió a los participantes discutir las contribuciones de las metodologías activas en el proceso enseñanza-aprendizaje, demostrando diferentes técnicas utilizadas por la metodología activa: la problematización por medio de situación-problema y de la espiral constructivista, el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) por medio de cuestiones, además del uso del cine. **Discusión:** La mayoría de los participantes no poseía conocimiento previo sobre metodologías activas, pero después de participar en el taller confieren superioridad de las metodologías activas sobre las tradicionales; pero, por otra parte, la mayoría también cree que las instituciones no estarían preparadas para la aplicabilidad de las metodologías activas y que los docentes tampoco están preparados para utilizarlas. **Conclusión:** las metodologías activas reflejan mejoras en el proceso enseñanza-aprendizaje y las Instituciones de Enseñanza Superior deben prepararse para su utilización.

Palabras clave:

Metodología, Enseñanza, Aprendizaje Basado en Problemas, Educación Superior.

Abstract:

The active methodologies are pedagogical approaches that use the problematization as a teaching-learning strategy. **Objective:** to report the experience of master's students in a workshop that discussed the contributions of active methodologies in the teaching-learning process. **Method:** report of the experience of students of the Stricto Sensu Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of the Southwest of Bahia, on the offer of workshops on active methodologies. **Results:** the workshop allowed the participants to discuss the contributions of active methodologies in the teaching-learning process, demonstrating different techniques used by the active methodology: problem-based problem-solving and constructivist spiral, Problem-Based Learning (PBL) through of questions, besides the use of cinema. **Discussion:** Most of the participants did not have previous knowledge about active methodologies; however, after participating in the workshop, they confer superiority over active methodologies over traditional ones; but, on the other hand, most also believe that institutions would not be prepared for the applicability of active methodologies and that teachers are also not prepared to use them. **Conclusion:** the active meth-

odologies reflect improvements in the teaching-learning process and the Institutions of Higher Education should prepare for its use.

Keywords:

Methodology, Teaching, Problem-Based Learning, Education Higher.

Introdução

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras, em busca da eficiência técnica, fazendo com que o processo ensino-aprendizagem se restrinja à reprodução do conhecimento, no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdos e o discente, um papel de retenção e repetição dos mesmos⁽¹⁾.

A necessidade de repensar as metodologias de ensino utilizadas diariamente deve-se ao fato de viver-se em tempos de sociedades globalizadas e acesso massivo da população à informação por meio de mídias digitais, agregando maior conhecimento, tornando o dia a dia da sala de aula mais dinâmico, além de proporcionar a quebra do paradigma professor-aluno, em que o professor era entendido como detentor de todo saber que deve ser repassado ao aluno, e este visto como mero receptor destes conhecimentos⁽²⁾.

As metodologias ativas são consideradas tecnologias que proporcionam engajamento dos educandos no processo educacional e que favorecem o desenvolvimento de sua capacidade crítica e reflexiva em relação ao que estão fazendo⁽³⁾.

Trata-se de uma abordagem pedagógica que utiliza a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, uma vez que diante do problema, ele examina, reflete, relaciona à sua história e passa a ressignificar suas descobertas⁽¹⁾.

Desse modo, os conteúdos são construídos pelo estudante, a partir de situações reais ou próximas da realidade, o que estimula o estudo constante, a independência e a responsabilidade do aluno.

Nesse contexto, o presente estudo objetivou relatar a experiência de mestrados na utilização de oficina como estratégia educativa para discutir as contribuições das metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem.

Método

Este estudo consiste em um relato de experiência de discentes do Mestrado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem e Saúde (PPGES), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Na disciplina Processo Ensino-Aprendizagem em Ciências da Saúde do referido programa, nível mestrado, foram propostas oficinas como estratégia de aprendizagem em busca da construção do conhecimento. Nesse contexto, a oficina intitulada “Metodologias Ativas nas Ciências da Saúde” foi realizada por três discentes, tendo como participantes os demais discentes da referida disciplina que totalizavam 21 participantes.

Dessa forma, após formação do grupo, iniciou-se o processo de planejamento da oficina, elaborando plano de aula de acordo com os itens: objetivo, conteúdo, procedimentos, recursos, avaliação e carga horária.

A oficina teve como objetivo geral discutir as contribuições das metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem e, como objetivos específicos: compreender a problematização por meio de situação-problema, compreender a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) por meio de questões; reconhecer as principais características das metodologias ativas e diferenciá-las da metodologia tradicional; e analisar as técnicas utilizadas pela metodologia ativa.

Para atender a estes objetivos a oficina utilizou como recursos: impressora, texto para leitura, quadro branco, pincel atômico, slides, *datashow*, computador e caixas de som; e teve a duração de quatro horas.

A oficina foi dividida em quatro momentos que serão descritos no presente relato de experiência, o qual possui uma abordagem qualitativa e quantitativa. No primeiro momento da oficina, foi desenvolvida a problematização por meio da situação-problema com o texto intitulado “Somente eu”. Após leitura dinâmica do texto, os participantes levantaram os problemas encontrados no texto e possíveis hipóteses que explicassem os problemas levantados e, posteriormente, elaboraram uma questão de pesquisa para nortear os estudos.

No segundo momento, foi aplicada a ABP por meio de questões sobre metodologias ativas, que foram inicialmente respondidas individualmente e, em seguida, respondidas em grupo, gerando dados que irão comparar a percentagem de acerto quando a atividade é resolvida individualmente e quando é resolvida em grupo. No terceiro momento, foi realizada aula dialogada com apresentação de slides sobre a metodologia ativa e diferenciação entre problematização e ABP. E, por último, foi exibido o vídeo intitulado “*The wall*”, de Pink Floyd.

Para a avaliação da oficina os participantes responderam a um questionário previamente elaborado, contendo sete questões referentes às metodologias ativas, permitindo avaliar a eficácia da oficina realizada sobre o conhecimento dos participantes no que se refere à utilização das metodologias ativas.

Resultados

Com relação à formação profissional dos participantes da oficina, o grupo foi formado por sete enfermeiros, cinco fisioterapeutas, três cirurgiões dentista, três psicólogos e três farmacêuticos.

Na atividade da situação-problema “Somente eu”, todos os profissionais participaram ativamente do processo, levantando problemas e hipóteses capazes de explicar os problemas contidos no texto e elaboraram uma questão norteadora para o estudo; movimento denominado por alguns autores de espiral construtivista.

A ABP com questões sobre metodologias ativas foi realizada em pequenos grupos, partindo inicialmente da leitura individual e resposta de cinco questões; para em seguida discutir as questões em grupo, e a partir da problematização, argumentação e consenso, escolher uma resposta para o grupo em cada uma das questões.

Com base nos dados das repostas individuais e em grupo da atividade ABP, foi elaborada tabela, contendo a percentagem de respostas dos participantes para cada alternativa das questões sobre metodologias ativas, divididas em grupo e individualmente, conforme demonstrado a seguir.

Tabela 1: Questões da atividade Aprendizagem Baseada em Problemas e percentagem de respostas de estudantes de Mestrado em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié/BA, Brasil, 2017. estudantes de Mestrado em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié/BA, Brasil, 2017.

Alternativas Questões	Respostas individuais (%)				Respostas em grupo (%)			
	A	B	C	D	A	B	C	D
1	95,7	4,4	0	0	100	0	0	0
2	4,4	0	82,6	13,0	0	0	100	0
3	0	0	0	100	0	0	0	100
4	34,8	47,8	0	17,4	50	50	0	0
5	8,7	82,6	0	8,7	0	100	0	0

Na primeira questão da atividade ABP, quando respondida individualmente, a maioria dos participantes escolheram a alternativa A e alguns escolheram a alternativa B, nenhum escolheu as alternativas C e D; após discussões em pequenos grupos, todos os grupos decidiram pela alternativa A, que era a correta para esta questão.

Na segunda questão, nas respostas individuais, alguns participantes escolheram a alternativa A e a alternativa D; a maioria escolheu a alternativa C. Quando discutido em grupo, todos os grupos decidiram pela alternativa C, que representava o gabarito da questão.

Apenas na terceira questão, a resposta foi a mesma, alternativa D, tanto individualmente quanto em grupo, sendo esta alternativa a correta; mostrando que os conhecimentos prévios de cada participante, individualmente, foram suficientes para a resolução da questão.

Na quarta questão, individualmente, parte dos participantes escolheram a alternativa A; outra parte optou pela alternativa D; a maioria escolheu a alternativa B; e nenhum escolheu a alternativa C. Quando foi realizada discussão em grupo, metade dos grupos ficaram com alternativa A e a outra metade, com a alternativa B. Considerando que a alternativa correta era a alternativa B, percebe-se que houve um aumento de escolha pela alternativa correta.

Na quinta questão, quando respondida individualmente, poucos participantes escolheram a alternativa A ou a alternativa D; e a maioria optou pela alternativa B. Após discussão em grupos, todos os grupos escolheram a alternativa correta B.

Durante a aula dialogada sobre metodologias ativas, os participantes da oficina mostraram-se receptivos às informações e interagiram por meio de perguntas; no entanto os mesmos também afirmaram que a situação-problema e o ABP os envolveram mais ativamente no processo ensino-aprendizagem do que a aula expositiva.

A exibição do vídeo “*The wall*” de Pink e Floyd foi considerado como um disparador para as discussões coletivas, havendo ampla participação dos alunos nas discussões sobre as metodologias ativas em momento proposto após o término do vídeo.

Como dito anteriormente, foi aplicado questionário avaliativo da oficina aos participantes da oficina, sendo que a análise dos dados coletados pelo referido questionário permitiu a elaboração da seguinte tabela.

Tabela 2: Questionário avaliativo da oficina e respectivas respostas em porcentagem de estudantes de Mestrado em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié/BA, Brasil, 2017.

Questões	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
1. Você possuía conhecimento prévio sobre as metodologias ativas?	47,6	52,4	0
2. O conteúdo apresentado acrescentou novos conceitos sobre sua percepção de metodologias no processo ensino-aprendizagem?	95,2	4,8	0
3. Você considera que existe superioridade das metodologias ativas sobre as metodologias tradicionais no processo ensino-aprendizagem?	57,2	42,9	0
4. Você utilizaria as metodologias ativas em sua vida profissional e acadêmica?	100	0	0
5. Você acredita que as instituições estão preparadas com recursos físicos, materiais e organizacionais para a aplicabilidade das metodologias ativas?	4,8	95,2	0
6. Você acredita que o corpo docente das diversas instituições tem sido preparado para utilizar as metodologias ativas?	0	100	0
7. Você acredita serem imprescindíveis estas mudanças para a melhoria e evolução do processo ensino-aprendizagem?	90,48	4,8	4,8

Discussão

Compreende-se, assim, que a maioria dos participantes não possuía conhecimento prévio sobre metodologias ativas, considera que o conteúdo apresentado acrescentou novos conceitos sobre sua percepção de metodologias no processo ensino-aprendizagem, e que existe superioridade das metodologias ativas sobre as metodologias tradicionais. Todos os participantes afirmaram que utilizariam as metodologias ativas em sua vida profissional/acadêmica, e a maioria afirmou que acreditam ser imprescindível essas mudanças em prol das metodologias ativas para a melhoria e evolução do processo ensino-aprendizagem.

Por outro lado, a maioria dos participantes acredita que as instituições não estariam preparadas com recursos físicos, materiais e organizacionais para a aplicabilidade das metodologias ativas; e todos acreditam que o corpo docente das diversas instituições não está preparado para utilizar as metodologias ativas.

A atividade da Situação-problema permitiu o desenvolvimento da Espiral Construtivista (EC) em sua abordagem, esta trata-se de uma metodologia problematizadora, concebida a partir de seis etapas, ou movimentos, sendo eles: “identificando problemas”; “formulando explicações”; “elaborando questões”; “buscando novas informações”; “construindo novos significados”; “avaliando processo e produtos”. Dos seis movimentos, somente a busca é realizada individualmente. Os demais são desenvolvidos em encontros de pequenos grupos com oito a dez educandos e um facilitador de aprendizagem, que devem estabelecer um conjunto de pactos para o trabalho coletivo⁽³⁾.

A combinação entre os elementos experiência, ambiente e capacidades individuais permite contemplar as diferentes maneiras de aprender e ampliar capacidades a partir das interações do sujeito que aprende com o mundo. Dessa forma, os movimentos da EC são desencadeados por disparadores que simulam ou retratam problemas da realidade⁽⁴⁾.

A ABP trata-se de uma ação educacional que promove a construção do conhecimento, especialmente focalizada na resolução de problemas, além de favorecer o desenvolvimento da aprendizagem colaborativa, uma vez que utiliza atividades de discussão, que considera distintos saberes e experiências dos participantes⁽⁴⁾.

Acrescenta-se que a ABP valoriza, além do conteúdo a ser aprendido, a forma como ocorre o aprendizado, reforçando o papel ativo do aluno neste processo, permitindo que ele aprenda como aprender. Ocorre, assim, a substituição de conhecimento fragmentado, oferecido em disciplinas, por situações reais, que envolvam vários aspectos do conhecimento e favoreçam a uma aprendizagem significativa e contextual⁽⁵⁾.

Dessa forma, após analisar as respostas às questões da atividade ABP, foi possível perceber a maior eficácia da resolução de questões em grupo para a construção do conhecimento. Em grupo tem-se mais chance de evoluir para o acerto, demonstrando de forma prática a importância dos trabalhos em equipe para a formação do conhecimento coletivo.

Pode-se, assim, considerar que o uso das metodologias ativas pode contribuir para a construção de uma lógica de cuidado mais ampliado e integral, o que pode representar em um avanço requerido para a formação de profissionais de saúde. O uso dessas metodologias prepara para o trabalho em grupo, pois graças a elas é possível desenvolver a capacidade de respeitar o outro, de expor opiniões, de fazer e receber críticas, além de favorecer a aproximação das pessoas envolvidas no processo, a exemplo, professor e estudante.

Com relação à aula dialogada, os participantes da oficina afirmaram que a situação-problema e o ABP os envolveram mais ativamente no pro-

cesso ensino-aprendizagem do que a aula expositiva. Tal fato demonstra a necessidade de tornar as aulas expositivas mais atrativas para os discentes, favorecendo a interação entre discente e facilitador, por meio do diálogo.

A aula expositiva dialogada como forma de exposição de conteúdos com a participação ativa dos alunos⁽⁶⁾. No entanto, o professor no papel de facilitador deve ser capaz de estimular a participação dos alunos para que a aula não se limite à transmissão de conteúdo, de forma a tornar a aprendizagem significativa.

A exibição de vídeos também pode ser compreendida como cineviagem, que se trata de ação educacional social e artística, integrante da metodologia ativa, que se permeia em um contexto pedagógico que contribui para a aprendizagem, por meio do acesso às emoções e sentimentos⁽⁴⁾.

Dessa forma, a exibição do vídeo "The wall" de Pink e Floyd permitiu entender a necessidade de incluir as metodologias ativas para a formação de sujeitos ativos na sociedade, que sejam mais do que tijolos nos muros, conforme analogia contida no vídeo.

Com relação aos benefícios da metodologia ativa, explica-se que quando o aprendizado ocorre por meio de metodologias ativas, o conhecimento dos estudantes é comparável ao do método tradicional, porém, seu desempenho em relação às suas habilidades e atitudes é superior, reflexo da visão crítico-reflexiva proporcionada pelo método⁽²⁾.

A análise do questionário aplicado, por sua vez, mostrou que a maioria dos profissionais desconhecem as metodologias ativas, evidenciando-se a necessidade de difundir esse conhecimento nos cursos de graduação e também, em especial, na formação de docentes.

Conclusão

A maioria dos participantes considera que a oficina acrescentou novos conceitos sobre sua percepção de metodologias ativas, consideraram também em sua maioria que existe superioridade das metodologias ativas sobre as metodologias tradicionais, todos afirmam que utilizariam as metodologias ativas em sua vida profissional/acadêmica e a maioria acredita na importância das metodologias ativas para a melhoria e evolução do processo ensino-aprendizagem.

Por outro lado, a maioria dos participantes, acredita que o corpo docente e as instituições não estariam preparados para a aplicabilidade das metodologias ativas. Tais questões representam um desafio a ser superado para a difusão das metodologias ativas nas diversas instituições de ensino.

Sobre este assunto, também se tem como dificuldade para implementação ou transição para um método de ensino como a ABP o fato de requerer investimentos tanto em recursos humanos quanto materiais, além de um programa bem estruturado de capacitação de professores e alunos⁽⁵⁾.

O desenvolvimento da oficina como estratégia do fazer pedagógico viabilizou aos seus organizadores a experiência de exercer a docência, contribuindo de forma valiosa no processo de formação dos mestrandos.

E ao ter como tema central as metodologias ativas nos processos ensino-aprendizagem, a oficina permitiu discutir as metodologias ativas, levando a um melhor entendimento sobre as mesmas, mostrando o quanto é valiosa a produção coletiva de conhecimento e o quanto cada integrante de um grupo tem a contribuir nas discussões.

Dessa forma, conclui-se que as metodologias ativas refletem em melhorias no processo ensino-aprendizagem nas ciências da saúde e as Instituições de Ensino Superior devem se preparar para a utilização dessa metodologia e usufruir de seus benefícios, permitindo melhor adequação à realidade local e preparando os atores para intervir positivamente na solução de problemas reais, favorecendo as relações em grupo na construção do conhecimento, podendo também ser ampliada para melhores relações no ambiente de trabalho.

Referências

1. Mitre SM, Siqueira Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde; debates atuais. *Ciência Saúde Coletiva* 2008; 13(supl.2):2133-44.
2. Limberger JB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem para educação farmacêutica: um relato de experiência. *Interface (Botucatu)* [Internet] 2013; 17(47):969-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/20.pdf> [consulta: 25 jan 2016].
3. Lima VV. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface (Botucatu)* [Internet] 2017; 21(61):421-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi-
4. Schiesari L, Soeiro E, Petrolino HMBS, Santos L, Siqueira ILCP, Silva SC, et al. Qualidade e segurança no cuidado ao paciente. São Paulo: Instituto Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2015.
5. Borges MC, Chachá SGE, Quintana SM, Freitas LCC, Rodrigues MLV. Aprendizado baseado em problemas. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2014; 47(3):301-7.
6. Paim AS, Iappe NT, Rocha DLB. Metodologias de ensino utilizadas por docentes do curso de enfermagem: enfoque na metodologia problematizadora. *Enfermería Global* [Internet] 2015; 14(37):153-69. Disponível em: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/42452/2/186291-762351-1-PB.pdf> [consulta: 11 out 2018].

Recibido 20190428

Aceptado 20191030

Resumen de tesis de Maestría en Salud Mental

Calidad del sueño en estudiantes universitarios de primer ciclo de Enfermería de una universidad estatal

Sleep quality in nursing students of a state university

Qualidade do sono em estudantes de enfermagem de uma universidade estadual

Lorena Vega¹

Resumen:

El propósito de este estudio es determinar cuál es la Calidad Subjetiva Global de Sueño (CS) en una población de estudiantes universitarios de Primer Ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería de una universidad estatal, de la ciudad de Montevideo, Uruguay.

El diseño del estudio es descriptivo, de corte transversal.

Se considera como población a los estudiantes matriculados para cursar la carrera de Licenciatura en Enfermería, Plan de Estudios 1993, generación 2016. Se realizó un muestreo por conveniencia, de 230 estudiantes.

Se utilizó la técnica de encuesta: se administró la versión castellana del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh validación colombiana (ICSP-VC). Asimismo, se administró un cuestionario diseñado para el estudio, orientado a recabar datos sociodemográficos, de trabajo (remunerado o no) y sobre actividades académicas y un cuestionario sobre consumo de sustancias estimulantes.

La administración de los cuestionarios se realizó durante el mes de julio de 2016.

Se realizó la construcción de una base de datos y el análisis de los mismos mediante el programa Excel 2010.

Se cumplió con los preceptos éticos sobre investigación en seres humanos enunciados en la Declaración de Helsinki y con lo dispuesto por el Decreto 379/008. La participación en el estudio fue voluntaria y confidencial. Se solicitó a cada encuestado la firma de un formulario de consentimiento informado.

El 66,1 % (152) de los estudiantes encuestados presenta mala calidad subjetiva global de sueño (CS), de acuerdo con el ICSP-VC, tomando punto de corte una puntuación de 6. Esta cifra se desglosa en un 35,7 % (82) que presentó una alteración leve; un 24,3 % (56), moderada y un 6,1 % (14), una alteración severa del sueño.

¹ Magíster: Diplomada en Medicina del Sueño; Diplomada en Psicología de las Organizaciones y el Trabajo; Licenciada en Psicología; Asistente del Área de Psicología de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica; Universidad de la República Oriental del Uruguay.

Orcid: 0000-0001-7198-6506

Contacto: 79.lorena@gmail.com

Los resultados obtenidos justifican la necesidad y pertinencia de implementar acciones preventivas y correctivas sobre la higiene de sueño, y de darle continuidad a esta línea de investigación.

Palabras clave:

Calidad de sueño, estudiantes universitarios , Enfermería , ICSP-VC

Abstract:

This study's purpose is to determinate what's the Global Subjective Quality of Sleep (CS) in a university students population of the First Cycle in a stately university course Bachelor of Nursing, from the city of Montevideo in Uruguay.

The study design is descriptive and in a transverse cut.

It is considerate as a population the enrolled students to do the course of Bachelor of Nursing, 1993 Study programme, generation of 2016. Sampling was applied for a convenience with 230 students.

It was used the survey technic: it was applied the castellan version of Sleep Quality Index of Pittsburgh Colombian validation (ICSP-VC). In addition, it was applied a designed questionnaire for the study, focused to gather social-demography dates of work (paid or not) and about academic activities, and a questionnaire about stimulant substances consume.

The questionnaires apply was done during July 2016.

It took place the data base construction and the analyse of them by Excel 2010.

It complied with the ethic precepts about investigation of enunciated human beings by the Helsinki Declaration and under the provisions of Decree 379/008. The participation in the study was volunteer and confidential. It was solicited the signature of an informed agreement form to each respondent.

66,1 % (152) of the respondent students have a bad global subjective quality of sleep (CS), according to the ICSP-VC, taking a cut point a punctuation of 6. This number is disaggregated in 35,7 % (82), which presented a level alteration; 24,3 % (56) moderated and 61,1 % (14) a severe alteration of the sleep.

The obtained results justified the need and pertinent of implementing preventive and corrective actions about the sleep hygiene and giving continuity to this investigation way.

Keywords:

Sleep quality, university students, Nursing, ICSP-VC

Resumo:

O objetivo desta pesquisa é determinar qual é a Qualidade Subjetiva Global do Sono (CS) em uma população de estudantes universitários do Primeiro Ciclo do curso de Licenciatura em Enfermagem de uma universidade estatal da cidade de Montevideú, Uruguai.

O desenho da pesquisa é descritivo e de corte transversal.

Consideram-se como população os estudantes matriculados para fazerem o curso de Licenciatura em Enfermagem, Plano de Estudos de 1993, geração de 2016. Realizou-se uma amostra por conveniência de 230 estudantes.

Utilizou-se a técnica do enquete: administrou-se a versão castelhana do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh validação colombiana (ICSP-VC). Assim, administrou-se um questionário desenhado para a pesquisa, orientado para arrecadar dados sociodemográficos de trabalho (remunerado ou não) e sobre atividades acadêmicas, além de um questionário sobre o consumo de substâncias estimulantes.

A administração dos questionários realizou-se durante o mês de julho de 2016.

Realizou-se a construção de uma base de dados e a sua análise mediante o programa Excel 2010.

Cumpriu-se com os preceitos éticos sobre levantamento em seres humanos enunciados na Declaração de Helsinki e com o disposto pelo Decreto 379/008. A participação na pesquisa foi voluntária e confidencial. Solicitou-se a cada entrevistado a assinatura de um formulário de consentimento informado.

66,1 % (152) dos estudantes entrevistados apresentam má qualidade subjetiva global de sonho (CS), de acordo com o ICSP-VC, tomando como ponto de corte uma pontuação de 6. Este número decompõe-se em 35,7 % (82), que apresentou uma alteração leve; 24,3 % (56), moderada e 6,1 % (14) uma alteração severa do sono.

Os resultados obtidos justificam a necessidade e pertinência de implementar ações preventivas e corretivas sobre a higiene do sono e dar continuidade a essa via de pesquisa.

Palavras-chave:

Qualidade do sono, estudantes universitários, Enfermagem, ICSP-VC.

Introducción

El tema seleccionado es la Calidad de Sueño de los estudiantes universitarios de primer ciclo de la Licenciatura en Enfermería (Lic. Enf.), Plan de Estudios 93, de la Facultad de Enfermería (FENF), que cursan sus estudios en la universidad estatal (UdelaR), en Montevideo, Uruguay, durante el año 2016.

El sueño es considerado por varios autores como una función biológica fundamental y como uno de los factores que más contribuye al bienestar físico y psicológico. Una mala calidad de sueño no solamente repercute a nivel orgánico, sino que afecta el desarrollo y funcionamiento social,

las relaciones interpersonales, la seguridad y el nivel del rendimiento laboral, el desempeño académico y la seguridad vial. La calidad de sueño refiere al hecho de dormir bien durante la noche así como a mantener un adecuado nivel de atención para realizar diferentes actividades durante el día. La buena calidad de sueño constituye un factor determinante de la salud y un elemento propiciador de una buena calidad de vida.¹

De acuerdo a Buysee et al², la Calidad Global de Sueño es un constructo al que se puede acceder mediante la evaluación de siete componentes:

calidad subjetiva de sueño, latencia de sueño, duración del sueño, eficiencia habitual de sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Para evaluar este constructo, estos investigadores construyeron y validaron un instrumento en 1989: el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), el cual se tradujo y validó en diferentes contextos, contándose con dos versiones en castellano: la versión española³ (ICSP) y la validación colombiana (ICSP-VC)⁴.

El ingreso a la universidad conlleva modificaciones en el estilo de vida de los estudiantes, que pueden tener repercusiones en distintas áreas. En algunas situaciones, implica el abandono del lugar de procedencia, el traslado a Montevideo para cursar los estudios, ya sea desde distintos departamentos del país, como desde el exterior.⁵

Se han recuperado antecedentes de estudios realizados en otros países como Brasil^{6,7}, China⁸, España⁹, Estados Unidos¹⁰, Etiopía¹¹, Irán¹², Perú¹³ y Taiwán¹⁴, entre otros, sobre el sueño y su calidad en estudiantes, algunos de ellos específicos sobre población universitaria del área salud. Varios de ellos atribuyen una mala calidad de sueño a los estudiantes universitarios de enfermería, pero no se ha encontrado ningún estudio sobre población universitaria de Uruguay.

Como antecedente en Uruguay se encontró un estudio desarrollado en el marco de la Maestría en Epidemiología de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, sobre el tema "Calidad del Sueño en el personal de Enfermería de una Institución de Salud", en el cual se determinó que el 54 % de las enfermeras encuestadas presenta una mala calidad de sueño, de acuerdo al Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh.¹⁵

Considerando las exigencias académicas y laborales de los estudiantes universitarios de enfermería, se fundamentó la necesidad de conocer si un aspecto tan relevante de la salud y de la salud mental como es la calidad del sueño, se encuentra afectado al inicio de la formación universitaria.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, sobre una población de Estudiantes de la Licenciatura en Enfermería Plan de Estudio 1993, sede Montevideo. Constituye la unidad de análisis una muestra por conveniencia de 230 estudiantes.

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Estudiantes de primer ciclo de la Lic. Enf., Plan de Estudios 93 (Gen. 2016) que se encuentren registrados en el Sistema de Gestión de Bedelías.
- De los cuales se cuente con información de contacto (teléfono, correo electrónico).
- Que hayan mantenido alguna actividad académica en el mes anterior a su participación en el estudio.
- Que den su consentimiento libre y voluntario para participar en el estudio.

Como criterio de exclusión se determinó aquellos que no respondan a un ítem o más del cuestionario entregado para el estudio.

El trabajo de campo se realizó en julio de 2016, en el marco de una actividad de asistencia obligatoria para los estudiantes de primer año (Generación 2016 y anteriores), en la ciudad de Montevideo.

Al momento de realizar el trabajo de campo se contaba con el Protocolo de Tesis aprobado y autorización institucional para la realización de la actividad.

Resultados

De los 230 encuestados, el 76,5 % (176) corresponden al sexo femenino y el 23,5 % (54), al masculino. Ningún estudiante encuestado seleccionó la opción "otro".

En cuanto a la distribución de los estudiantes de acuerdo a su edad, para el total de encuestados el rango de edad es de 28 años (siendo sus límites los 18 y los 46 años). La edad más frecuente es 19 años (52 estudiantes) y la media de edad es de 22 años \pm 5,4 años de desviación estándar. El valor de la mediana es de 20 años, con un recorrido intercuartílico de 4 años.

Si se desglosa la variable edad por sexo, para las estudiantes de sexo femenino la media es de 22,3 años, con una desviación típica de \pm 5,46 años. La moda es 19 años, siendo del rango de 28 años y la mediana es de 20 años, con un recorrido intercuartílico de 3 años. En el caso de los estudiantes de sexo masculino, la media para la variable edad es de 21,4 años con una desviación típica de \pm 4,95 años, la moda es de 19 años con un recorrido de 22 años y la mediana es de 19,5 años, con un recorrido intercuartílico de 2 años.

En cuanto al estado civil 86,1 % (198) declara ser soltero/a, 12,2 % encontrarse casado/a o en unión estable (28), un 1,7 % (4) divorciado/a, no registrándose ningún caso de viudez.

Casi dos tercios de los estudiantes encuestados (64,8 %) proceden de departamentos del interior del país, mientras que un 3 % lo hace desde el exterior del mismo. El resto, un 32,2 %, procede de Montevideo.

De los estudiantes encuestados, 11,3 % expresa que tiene uno ó más hijos.

En cuanto al trabajo remunerado, un 38,3 % (88 estudiantes) del total responde que tiene un empleo remunerado. De éstos, el 31,8 % (28)

trabaja hasta 20 horas semanales, el 48,9 % (43) entre 21 y 40 horas semanales, y un 19,3 % (17) más de 40 horas semanales.

Asimismo, existe un porcentaje de estudiantes que dedican parte de su tiempo a la realización de trabajo no remunerado. El 82,3 % (189) de los estudiantes encuestados realiza algún tipo de trabajo, remunerado o no. De éstos, el 47 % (108) le dedica hasta 20 horas semanales, el 15,3 % (35) entre 21 y 40 horas semanales, el 14,3 % (33) entre 41 y 60 horas semanales y el 5,7 % (13) más de 60 horas semanales.

Por otra parte, un 24,4 % (56) de los estudiantes encuestados declara que le insume más de 10 horas semanales el traslado relacionado con la concurrencia a clases, un 36,1 % (83) entre 6 y 10 horas semanales, un 36,5 % (84) menos de 6 horas semanales, y un 3 % (7), no responde.

En cuanto a la procedencia de recursos económicos, del total de estudiantes encuestados, 165 (71,7 %) cuentan con recursos económicos procedentes del aporte familiar. De éstos, 97 (42,2 %) presentan el aporte económico familiar como único recurso, mientras que 32 (13,9 %) complementan este aporte con beca, 35 (15,2 %) con empleo y 1 (0,4 %) con rentas.

20 % (46) de los estudiantes encuestados se sustenta mediante su trabajo como única fuente de ingresos, mientras que un 2,6 % (6) percibe un ingreso mixto que combina trabajo con beca, y un 0,4 % (1), trabajo con renta.

Por último, 3,9 % (9 estudiantes) declara que sus ingresos proceden únicamente de becas, mientras que el 1,3 % (3) restante no especifica la fuente de sus ingresos (otros).

Al encuestarse sobre el consumo habitual de alcohol un 95,7 % (220) de los estudiantes encuestados declara que no lo consume. Del 4,3

% (10) restante, 7 estudiantes declaran consumir una copa al día; 2 estudiantes, dos copas al día y 1, tres copas al día.

Sobre el consumo de tabaco 86,5 % (199) responde que no consume habitualmente esta sustancia, mientras el restante 13,5 % (31), sí. De estos últimos, 7 % (16) consume hasta 5 cigarrillos por día, 3,9 % (9) entre 6 y 10, mientras que el restante 2,6 % (6) declara consumir habitualmente entre 11 y 20 cigarrillos al día.

En cuanto al consumo de café, el 72,6 % (167) de los estudiantes encuestados declara consumirlo habitualmente. De ellos, 140 (60,9 %) consumen 1 ó 2 tazas al día, 24 (10,4 %) consumen 3 ó 4 tazas al día y 3 estudiantes (1,3 %) consumen más de 4 tazas al día.

El 60 % (138) de los estudiantes encuestados expresa que consume yerba mate diariamente, de los cuales 48 (20,9 %) consumen 1 cebadura al día; 53 (23 %), 2 cebaduras al día; 20 (8,7 %), 3 cebaduras al día y 17 (7,4 %) más de 3 cebaduras al día. El restante 40 % (92 estudiantes) no consume yerba mate habitualmente.

De los 138 estudiantes que declaran tomar mate, a continuación se detallan sus preferencias horarias. Cada estudiante pudo optar por uno o más horarios, de acuerdo a su consumo habitual. 73 estudiantes (31,7 %) consumen mate de mañana, 45 estudiantes (19,6 %) en las primeras horas de la tarde, 79 estudiantes (34,3 %) sobre el final de la tarde, 34 (14,8 %) estudiantes en la noche y 7 estudiantes (3 %), de madrugada. El porcentaje se calculó en función de $n=230$.

En cuanto a la Calidad Global de Sueño un 33,9 % (78) de los estudiantes encuestados presenta una buena calidad (sin alteración) de acuerdo al ICSP-VC. El 66,1 % (152) restante presenta mala calidad de sueño: un 35,7 % (82) presenta alteración leve; un 24,3 % (56), moderada y

un 6,1 % (14) presenta alteración severa de la calidad global del sueño.

Al visualizar en detalle las variables que componen el constructo Calidad Global de Sueño, se encuentra que:

- En cuanto a la duración del dormir: 39,6 % (91) de los estudiantes duerme más de 7 horas, 29,6 % (68) entre 6 y 7 horas y el restante 30,8 % (71), menos de 6 horas diarias. De éstos últimos, el 8,2 % (19) duerme menos de 5 horas diarias.
- Sobre la Latencia de Sueño: 15,7 % (36) de los estudiantes tarda en quedarse dormido más de una hora, 36,9 % (85) entre media hora y una hora, 31,7 % (73) entre dieciséis minutos y media hora, mientras que solo un 15,7 % (36) expresa que logra conciliar el sueño en los primeros 15 minutos.
- Un 7 % (16) de los estudiantes encuestados declara presentar disfunción diurna severa, un 33,9 % (78) moderada, y un 41,7 % (96), leve. El restante 17,4 % (40) responde que no presenta disfunción diurna.
- La eficiencia habitual del sueño es inferior al 85 % en el 28,3 % de los encuestados, es decir, para 65 estudiantes. Por su parte, el restante 71,7 % (165) presenta una eficiencia habitual del sueño normal.
- Uso de medicación para dormir: del total de encuestados, el 11,7 % (27) declara haber utilizado medicación para dormir, indicada por un médico o por cuenta propia, en el último mes. De ellos, 8 estudiantes (3,5 %) lo hicieron menos de una vez a la semana, 12 estudiantes (5,2 %) una o dos veces a la semana y 7 estudiantes (3 %) tres o más veces a la semana.

- En cuanto a las alteraciones o perturbaciones del sueño: la perturbación referida con mayor frecuencia por los estudiantes encuestados es el despertar (55,2 %), seguida por la interrupción del sueño causada por la necesidad de levantarse para ir al baño (41,7 %), tener frío (28,3 %), pesadillas (26,1 %), calor (23,9 %), sufrir dolores (19,6 %), tos y/o ronquidos (11,3 %), y dificultades respiratorias (11,3 %). Estas perturbaciones o alteraciones del sueño no son mutuamente excluyentes, por lo que cada encuestado podía seleccionar más de un ítem.
- Sobre la calidad subjetiva de sueño: 63 % (145) de los encuestados declara presentar una buena calidad de sueño, mientras que el restante 37 % (85) percibe que su calidad de sueño es mala.

Se presenta una alteración severa del sueño en 14 estudiantes, de sexo femenino, con un rango del ICSP-VC comprendido entre los 12 y los 17 puntos. La media de edad es de 22,4 años, con una desviación típica de $\pm 6,8$ años. La moda es de 20 años, con un rango de 27 años y la mediana es de 20 años, con un recorrido intercuartílico de 2 años. Dentro de este grupo, 11 estudiantes declaran realizar un consumo habitual de yerba mate (9 de ellas lo realizan hacia finales de la tarde, 3 de las cuales continúan el consumo durante la noche y 2 aún durante la madrugada). Asimismo, 10 estudiantes consumen café, y 3, tabaco. Ninguna declara consumir alcohol. 5 estudiantes definen su calidad de sueño como muy mala, 8 como bastante mala, mientras que en 1 caso la estudiante percibe su calidad de sueño como bastante buena.

Por otra parte, 56 estudiantes presentan alteración moderada del sueño, de los cuales 82,1 % (46) es de sexo femenino y 17,9 % (10), masculino.

Por último, 82 estudiantes presentan una alteración leve del sueño, 80,5 % de sexo femenino (66) y 19,5 % (16), de sexo masculino.

Discusión

Si se comparan algunas características del grupo de estudiantes que conformó la muestra del presente estudio (pertenecientes a la Generación 2016), con la información presentada en el Diagnóstico de Ingreso de la Generación 2014¹, se encuentra que:

- En el Diagnóstico 2014, un 81,4 % de los estudiantes corresponde al sexo femenino, mientras que la muestra del presente estudio se compone en un 76,5 % de personas de este sexo.
- En el Diagnóstico 2014, el 10,5 % de los estudiantes tiene hijos, mientras que en el presente estudio la cifra asciende a un 11,3 %.
- En el Diagnóstico 2014, el 37,57 % de los estudiantes trabaja, mientras que en el presente estudio un 38,3 % presenta un empleo remunerado.
- En cuanto a la distribución de la carga horaria semanal de los estudiantes que trabajan:
 - En el Diagnóstico 2014 un 20 % trabaja hasta 20 horas semanales, mientras que en el presente estudio lo realiza un 31,8 % de la muestra, en forma remunerada.

- En el Diagnóstico 2014 un 61,66 % trabaja entre 21 y 40 horas, mientras que en el presente estudio, lo realiza un 48,9 %.
- En el Diagnóstico 2014, un 18,33 % trabaja más de 40 horas semanales, mientras que en el presente estudio lo realiza un 19,3 %.
- En el Diagnóstico 2014, el 52 % procede del interior del país, mientras que la muestra del presente estudio se compone de un 64,8 % de estudiantes procedentes del interior del país, un 3 % procedente del exterior, y el restante 32,2 % procede de Montevideo.

En cuanto a la Calidad Global de Sueño, 33,9 % (78) presentó una buena calidad (sin alteración) de acuerdo al ICSP-VC, tomando como punto de corte una puntuación de 6.

El 66,1 % (152) restante evidenció padecer una mala calidad de sueño. Esta cifra se desglosa en un 35,7 % (82) de estudiantes con alteración leve; un 24,3 % (56) con alteración moderada y un 6,1 % (14) con alteración severa del sueño.

De los componentes del constructo Calidad Global de Sueño (CS), se destacan los siguientes aspectos: una duración del dormir insuficiente en más de un 30 % de los estudiantes encuestados; 81,9 % del total presentó algún tipo de disfunción diurna (7 % severa, 33,9 % moderada y 41,7 %, leve); 12,6 % evidenció una eficiencia habitual de sueño menor al 75 %; 11,7 % (27) declaró haber utilizado medicación para dormir en el último mes. En cuanto a las alteraciones y perturbaciones del sueño, la perturbación que referida con mayor frecuencia (al menos una vez a la semana) es el despertar

(55,2 %), seguida por la interrupción del sueño causada por la necesidad de levantarse para ir al baño (41,7 %), tener frío (28,3 %), pesadillas (26,1 %), sentir calor (23,9 %), sufrir dolores (19,6 %), y en igual porcentaje la presencia de tos y/o ronquidos (11,3 %), y dificultades respiratorias (11,3 %). Estas perturbaciones o alteraciones del sueño no son mutuamente excluyentes. Su importancia reside en su incidencia en la fragmentación del sueño. Por último un 37 % (85) de los encuestados percibió su calidad de sueño como mala.

De acuerdo al ICSP-VC el 66,1 % de los estudiantes que conforman la muestra presentó mala calidad de sueño (CS). No obstante, la percepción de los estudiantes en cuanto a su Calidad Subjetiva de Sueño (CSS), evaluada por un ítem específico del ICSP-VC (pregunta 9) es disímil a la planteada en los resultados anteriormente presentados. Solamente un 37 % (85) de los encuestados calificó CSS como mala.

La pregunta 9 a la que se hace referencia es la siguiente:

Durante el último mes, ¿Cómo calificaría en conjunto la calidad de su sueño?

Muy buena (0), Bastante buena (1), Bastante mala (2), Muy mala (3).

Esto coincide con las apreciaciones realizadas por Albín (2009) en el mencionado estudio sobre la Calidad del Sueño en el Personal de Enfermería de una Institución de Salud de Montevideo, en el cual también se detectó una percepción menor de la CSS, respecto a la Calidad Global de Sueño (CS). Se visualiza una percepción menor de las dificultades o privaciones de sueño que padecen los estudiantes, por parte de los mismos.

Información aportada por la Unidad Pedagógica, Departamento de Educación, FENF, UdelaR.

La alta prevalencia de las alteraciones del sueño hallada en el presente estudio (66,1 %) se encuentra en consonancia con los resultados obtenidos en diferentes investigaciones mencionadas como antecedentes, realizadas en Brasil, España, Etiopía, Perú y Taiwán, cuyos resultados se encuentran en un rango que va del 30 % al 100 % de mala calidad de sueño. No obstante, es importante destacar que entre los diferentes estudios tomados como antecedentes, si bien se utiliza el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, existen diferencias en las versiones utilizadas, debido los procesos de traducción y validación realizados en diferentes contextos, y variaciones en el punto de corte entre buena y mala calidad de sueño, que oscila entre 5 puntos y 6 puntos (en el presente estudio se tomó como punto de corte un puntuación de 6).

Asimismo, los distintos antecedentes recabados se realizaron en estudiantes universitarios en general en dos casos, en estudiantes de ingreso a la universidad en uno de los casos, en estudiantes universitarios de Enfermería en otro de los casos, en estudiantes de Medicina cursando diferentes grados académicos en varios estudios y en estudiantes de Fisioterapia en una investigación.

Un estudio descriptivo, de corte transversal, con abordaje cuantitativo realizado en Brasil, en la Universidad de Mato Grosso do Sul, en una muestra de 42 estudiantes de enfermería de una universidad pública mediante el test de PSQI mostró que 100 % de los estudiantes tenían mala calidad de sueño o sueño poco reparador.¹

Por otra parte, en un estudio realizado por Sierra et al en España, en la Universidad de Granada, en una muestra de 716 estudiantes universitarios (584 mujeres, 132 varones) los resultados señalan que 30 % de la muestra

presenta una mala calidad de sueño, una excesiva latencia y una pobre eficiencia del sueño.²

Martini et al (2012) en un estudio transversal mediante la administración del ICSP en estudiantes de Fisioterapia de la Universidad Guairacá, Brasil, encontraron que el 51,75 % de los estudiantes presentó mala calidad de sueño.³

Lemma et al (2012), en un estudio realizado en estudiantes universitarios de Etiopía utilizando el PSQI, encontraron una prevalencia de mala calidad de sueño de 55,8 % (1424 estudiantes).

Específicamente en estudiantes de ingreso, Cheng et al (2009) en un estudio realizado en Taiwán en 4318, encontraron que el 54,7 % presentó mala calidad de sueño.

Un estudio realizado por Barrenechea et al (2010) en estudiantes de Medicina de tercer y cuarto año de una universidad peruana encontró mala calidad de sueño en 64,5 % del estudiantado. Asimismo, Rosales (2007) en un estudio realizado en estudiantes de Medicina de sexto y séptimo en una universidad peruana encontraron que 58 % de los encuestados mediante el ICSP presentó mala calidad de sueño.⁴ Por su parte, Del Pielago et al (2013) hallaron una frecuencia de mala calidad de sueño de 79,9 % en estudiantes de Medicina de una universidad peruana⁵.

Se destaca que en el presente estudio el 100 % (14) de los estudiantes que presentan alteración severa del sueño son de sexo femenino, así como el 82,1 % (46) de los que presentan alteración moderada, y el 80,5 % (66) de los que presentan una alteración leve. No obstante, la composición femenina de la muestra es de un el 76,5 %.

En otras palabras, de los 152 estudiantes que presentan mala calidad de sueño, 126 (82,9 %) corresponden al sexo femenino.

De acuerdo al último Censo de Estudiantes de Grado de la Universidad de la República (2012), el 76,5 % de los estudiantes universitarios se declaran como económicamente activos. Como se estableció previamente, en el Diagnóstico de estudiantes de ingreso de la Generación 2014 un 37,57 % de los estudiantes trabajaba, mientras que en el presente estudio, el 38,3 % de la muestra es económicamente activa (88 estudiantes). De los estudiantes que trabajan de forma remunerada, un 31,8 % lo hace con una carga horaria de hasta 20 horas semanales, un 48,9 % entre 21 y 40 horas semanales, y el restante 19,3 % trabaja más de 40 horas semanales. El 20 % de los estudiantes encuestados (46) se sustenta mediante su trabajo como única fuente de ingreso, mientras que un 3 % (7) de encuestados percibe un ingreso mixto que combina trabajo con beca (2,6 % del total de estudiantes) y en un caso (0,4 %), trabajo y renta.

En cuanto al tiempo dedicado al trabajo no remunerado, que comprende, entre otros, las tareas domésticas y el cuidado de personas, el 53,9 % de la muestra (124 estudiantes) declara que realiza algún tipo de tarea que le insume hasta 10 horas semanales, un 10 % (23) entre 11 y 20 horas y un 9,5 % (22) más de 20 horas semanales.

Si tenemos en cuenta un concepto de trabajo que comprenda tanto a los que perciben remuneración como los que realizan actividad no remunerada, es posible afirmar que un 82,3 % de la muestra realiza algún tipo de trabajo.

Si tomamos en consideración el tiempo total dedicado al trabajo (remunerado más no remunerado), por los estudiantes encuestados, un 37,4 % (86) de los mismos trabaja hasta 10 horas semanales, un 9,6 % (22) entre 11 y 20

horas semanales, un 7 % (16) de 21 a 30 horas semanales, mientras que un 28,3 % (65) lo hacen más de 30 horas semanales.

A estas exigencias de trabajo se le adicionan las exigencias académicas.

De las 14 estudiantes que presentan alteración severa del sueño, 11 declaran realizar un consumo habitual de yerba mate. En cuanto al horario de consumo, 9 lo realiza hacia finales de la tarde, 3 lo continúan durante la noche y 2 aún en la madrugada. Este consumo puede ser visualizado como una forma de auxiliarse para permanecer alerta y evitar quedarse dormidas. Asimismo, 10 de estas estudiantes consumen café y 3, tabaco en forma habitual.

Algunos estudiantes declaran consumir bebidas estimulantes para auxiliarse y poder cumplir con su rutina diaria. Está demostrado el efecto del consumo de estas sustancias estimulantes sobre la calidad del sueño, sobre todo si el consumo se realiza en horas de la tarde, noche o madrugada.

Algunos autores han identificado el denominado Síndrome de Sueño Insuficiente, que se caracteriza porque un individuo no duerme la cantidad de horas necesarias, causando privación crónica de sueño y excesiva somnolencia diurna. Este síndrome conlleva el uso de sustancias estimulantes como, por ejemplo, cafeína.

Está claramente demostrado que el uso excesivo de alcohol, cafeína y nicotina provoca alteraciones del sueño: aumento de la latencia, despertares nocturnos, reducción del sueño de ondas lentas, reducción del tiempo total de sueño y pobre calidad subjetiva de sueño.

Los resultados obtenidos en el presente estudio así como los obtenidos por Albín en personal de Enfermería justifican la necesidad de tomar

acciones preventivas y correctivas sobre la higiene de sueño, y de darle continuidad a esta línea de investigación, ya que la mala calidad de sueño es una problemática que está presente desde una etapa inicial de la formación profesional de enfermería, la misma no es percibida o es minimizada en un sector de quienes la padecen, y ya han sido ampliamente establecidas sus consecuencias para la salud, el desempeño profesional y la seguridad del usuario.

Limitaciones del estudio

Los datos utilizados se obtuvieron mediante un muestreo por conveniencia.

La administración de los cuestionarios se realizó por medio de auto informe, lo cual podría no representar con precisión los hábitos de sueño de los estudiantes.

Conclusiones y recomendaciones

La no satisfacción de las necesidades de sueño contribuye a generar un déficit de sueño, el que presenta un costo para la salud. Asimismo, en ocasiones tiende a subestimarse la importancia de mantener hábitos adecuados de sueño, por considerarse esta actividad como una pérdida de tiempo.

Los resultados obtenidos en el presente estudio justifican la necesidad y pertinencia de implementar acciones preventivas y correctivas sobre la higiene de sueño de los estudiantes universitarios de Enfermería desde el inicio de su formación, así como de dar continuidad a esta línea de investigación, en otros niveles de la formación profesional en Enfermería.

Ha quedado claramente demostrado que la mala calidad de sueño es una problemática

que está presente desde una etapa inicial de la formación profesional de Enfermería, que la misma no es percibida o es minimizada en un sector de quienes la padecen, y se han fundamentado ampliamente sus consecuencias para la salud, el desempeño académico, profesional y la seguridad del usuario.

En cuanto a la desvinculación del estudiante de ingreso, uno de los mayores motivos de abandono está relacionado a factores institucionales, incompatibilidad laboral/carga horaria de estudios, por lo que se considera conveniente considerar los resultados del presente estudio como insumo, para adaptar los factores institucionales a las características y demandas de los estudiantes de ingreso.

Asimismo, es necesario contar con otros estudios que identifiquen los distintos factores que inciden en la calidad del sueño, así como diseñar e implementar intervenciones apropiadas para mejorar la calidad de sueño, así como el desempeño académico.

De esta forma se podrá incidir sobre el rendimiento académico, disminuyendo la desvinculación que se sitúa en 30 % en el primer año, mejorando como resultado la retención de estudiantes y la eficiencia terminal.

Por último, se recomienda la ejecución de una serie de acciones:

- Difundir los resultados de este estudio, tanto entre los estudiantes encuestados como a nivel del colectivo universitario en general.
- Implementar talleres sobre higiene de sueño, informando tanto sobre los beneficios de una buena calidad de sueño, como de las repercusiones de un descanso de mala calidad o poco reparador, junto con la promoción de otros hábitos saludables,

destacando la importancia del sueño y de la salud mental.

- Realizar estudios de seguimiento de esta cohorte, así como sobre la calidad de sueño en diferentes Ciclos de la Licenciatura.
- Estudiar otras variables que puedan incidir en la salud mental de los estudiantes de ingreso a la Licenciatura, como ser el alejamiento de sus familias de origen o el uso de medios digitales.
- Se sugiere que para dar continuidad a esta línea de investigación, buscando mayor profundidad en la comprensión del fenómeno, recurrir a enfoques de investigación cualitativos y/o mixtos.

Referencias bibliográficas

1. Sierra J, Giménez C, Martín J. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*. 2002; 25:35-43.
2. Buysse D, Reynolds C, Timothy H, Susan R, David J. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psych Res* 1988, 28:193-213.
3. Royuela A. Propiedades clinimétricas de la versión castellana del Cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*. 1997;9:81-94.
4. Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Revista de Neurología*. 2005; 40(3):150-155.
5. Universidad de la República. VII Censo de Estudiantes Universitarios de Grado Universidad de la República. Principales características de los estudiantes de grado de la Universidad de la República en 2012. Montevideo: Departamento de Publicaciones. Unidad de Comunicación de la Universidad de la República; 2013.
6. Cardoso H, Bueno F, Mata J, Alves A, Jochims I, Filho I, et al. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(3):349-55.
7. Coelho A, Lorenzini L, Suda E, Rossini S, Reimão R. Qualidade de sono, depressão e ansiedade em universitários dos últimos semestres de cursos da área da saúde. *Neurobiologia*. 2010; 73(1): 35-9.
8. Suen L, Tam W, Hon K. Association of sleep hygiene - related factors and sleep quality among university students in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2010; 16:180-185.
9. Sierra J, Giménez C, Martín J. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*. 2002; 25:35-43
10. Kloss J, Nash C, Horsey S, Taylor D. The delivery of behavioral sleep medicine to college students. *J Adolesc Health*. 2011; 48: 553-561.
11. Lemma S, Gelaye B, Berhane Y, Worku A, Williams M. Sleep quality and its psychological correlates among university students in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2012; 12:237.
12. Nojomi M, Bandi M, Kaffashi S: Sleep pattern in medical students and residents. *Arch Iran Med* 2009, 12(6):542-549.
13. Barrenechea M, Gómez C, Huaira A, Pregúntegui I, Aguirre M, Rey de Castro J. Calidad de sueño y excesiva somnolencia diurna en estudiantes del tercer y cuarto año de Medicina. *CIMEL*. 2010; 15(2):54-8.

14. Cheng S, Shih C, Lee I, Hou Y, Chen K, Yang Y, et al. A study on the sleep quality of incoming university students. *Psychiatry Res.* 2012.
15. Albín A. Calidad del Sueño en el personal de Enfermería de una Institución de Salud. [Tesis de Maestría]. Montevideo. Universidad de la República, Facultad de Medicina; 2009.
16. Nunes de Araújo MA, Fabi FW, Bortolon R, Lunardi Filho WD, Ilha S, Martins Alvarenga MR. Patrones de sueño en estudiantes de enfermería de la Universidad Estatal Pública. *Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]*. 2016 [citado 2017 Mar 1];32(2). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/810>.
17. Sierra J, Giménez C, Martín J. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental.* 2002; 25: 35-43.
18. Martini M, et al. Factores asociados a la calidad del sueño en estudiantes de Fisioterapia. En *Fisioter Pesqu.* 2012; 19(3):261-267.
19. Rosales E, Egoavil M, La Cruz C, Rey de Castro J. Somnolencia y calidad de sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *An Fac Med Lima.* 2007; 68:150-158.
20. Del Pielago A, Failoc V, Plasencia E, Díaz C. Calidad de sueño y estilo de aprendizaje en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. *Acta Med Per [online]*. 2013; 30(4).

Recibido 20191002

Aceptado 20191029

Segundo Semestre de 2019

Facultad de Enfermería (Fenf) - Universidad República - Uruguay

Robot terapéutico

Se presentó Paro, el robot terapéutico. Su creador, el profesor Dr. Takanori Shibata del Tokyo Institute Of Technology visitó la Facultad de Enfermería y brindó experiencias en el uso de este robot en terapias con personas con demencia, autismo, ansiedad etc. Asistieron estudiantes, docentes y público en general.

XV Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería

La Decana de la Facultad de Enfermería participó en la conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería, organizada por ALADEFE y realizada en Panamá. Esta edición se denominó “Transformar la Educación en Enfermería: compromiso ante la complejidad y diversidad para el cuidado sostenible a la vida y a la salud”.

Unidad de planificación, evaluación estratégica y desarrollo institucional

La Facultad de Enfermería ha iniciado los cursos el proceso de evaluación final del plan estratégico 2015 – 2019 y el establecimiento del nuevo plan 2020 - 2014

La Facultad de Enfermería conmemoró su 15 ° aniversario Transición, presente y desafíos

El Paraninfo de la Udelar, estuvo colmado de estudiantes, docentes, egresados, funcionarios no docentes, gremios (CEFE – ADUR – AFFUR) de la Facultad de Enfermería (Fenf). Nos acompañaron, organizaciones del ámbito de la salud, las autoridades presentes, decanos, representantes de la carrera en Salto, Rivera y Rocha. La mesa de apertura estuvo integrada por la Decana de la Facultad de Enfermería – Lic. Mercedes Pérez, Rector de la Universidad de la República – Rodrigo Arim, Ministra de Educación y Cultura – Dra. María Julia Muñoz, Sub Director general de salud del MSP – Dr. Gilbero Ríos, Representante de OPS Uruguay, el Dr. Giovanni Escalante. Participaron de la oratoria ex decanas, Lic. Raquel Mazza (2004-2008), Dra. Alicia Cabrera (2008-2012), delegado estudiantil Fabrizio Martínez (2005), por el centro de estudiantes Daniela De Polsi, la consejera y egresada Cristina Barrenechea, por ADUR Mariana Mugico y la funcionaria Graciela Castro. En el acto se realizó la entrega de reconocimientos a funcionarios que han acompañado a la Fenf en estos 15 años. Agradecemos a todos los presentes y medios que nos acompañaron.

Lanzamiento de la Campaña Global Nursing Now en el Uruguay

La Comisión Nacional Asesora de Enfermería (CONAE) del Ministerio de Salud Pública (MSP) presentó el lanzamiento de la campaña global Nursing Now en el Uruguay. La mesa de apertura estuvo integrada por Contó con la participación de autoridades de: MSP, Facultad de Enfermería (Fenf), Universidad Católica del Uruguay (UCUDAL), ASSE, Comisión Nacional Asesora de Enfermería (CONAE), Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y OPS.



La Facultad de Enfermería (Fenf) de la Universidad de la República y el Centro de Posgrado conmemoraron el primer año del Doctorado en Ciencias de la Salud.

Se organizó la actividad en conmemoración al convenio DINTER (Doctorado Interinstitucional), entre la Universidad de Pelotas (Brasil) y la Facultad de Enfermería (Uruguay). La actividad contó con la presencia de la Pro Rectora de Investigación, Dra. Cecilia Fernández, autoridades de Fenf, docentes, estudiantes y egresados.

Taller de Gestión y Liderazgo El pasado 29 de julio se realizó el taller de gestión y liderazgo a cargo de la Decana Mercedes Pérez de la Facultad de Enfermería (Udelar) y el Decano Augusto Ferreira de la Facultad de Ciencias de la salud (UCUDAL). El encuentro contó con integrantes de la CONAE y participantes de distintas organizaciones del ámbito de la salud.

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.

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, Riberao Preto. Noticias destacadas del segundo semestre de 2019 Facultad de Enfermería (Fenf) – Universida