

Prácticas del enfermero en el contexto de la atención básica: *scoping review*¹

Rosangela Barbiani²
Carlise Rigon Dalla Nora³
Rafaela Schaefer³

Objetivo: identificar y categorizar las prácticas ejercidas por los enfermeros en las Unidades Básicas y los Equipos de Salud de la Familia, desde el punto de vista de las atribuciones previstas por los marcos legales y programáticos de la profesión y del Sistema Único de la Salud. Método: se realizó una revisión de la literatura con el método *scoping review*, en las bases LILACS, IBECs, BDNF, CINAHL y MEDLINE, y en las bibliotecas Cochrane y SciELO. Se incluyeron artículos de investigación original, producidos con enfermeros, sobre las prácticas de enfermería en el contexto de los cuidados de salud primarios. Resultados: la revisión abarcó treinta estudios publicados entre 2005 y 2014. Del análisis, resultaron tres categorías: prácticas en el servicio; prácticas en la comunidad; y, prácticas de administración y formación. Conclusión: los desafíos de los enfermeros son complejos, ya que el cuidado debe estar centrado en las necesidades de salud de la población, lo que conduce a la acción para otros niveles de responsabilidad clínica y sanitaria. La enfermería brasileña muestra importantes avances a partir de la implantación de las políticas de reorganización del trabajo. Necesita, entre tanto, avanzar en lo que se refiere al desplazamiento de los procesos de trabajo, enfocados en procedimientos individuales, para un proceso más dirigido a los usuarios, en donde la clínica ampliada sea el imperativo ético político de la organización de los servicios y de la intervención profesional.

Descriptores: Enfermería; Atención Primaria de Salud; Rol de la Enfermera; Atención de Enfermería.

¹ Apoyo financiero de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

² PhD, Profesor Adjunto, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Estudiante de Doctorado, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Introducción

El Sistema Único de la Salud (SUS) es una política pública, delineada en la VIII Conferencia Nacional de la Salud que se construyó y se institucionalizó a partir de amplio debate en la sociedad brasileña, estimulado por el movimiento sanitario, siendo acogido parcialmente en la Constitución Federal de 1988. Se trata de un experimento social, cuyos avances son incuestionables, pero que todavía enfrenta enormes desafíos⁽¹⁾. Por consiguiente, el Brasil representa el único país del mundo con más de cien millones de habitantes que mantienen un sistema de salud público, universal, integral y gratuito, características que - aliadas a sus dimensiones continentales, a las transiciones demográficas y epidemiológicas y, además, sus desigualdades regionales - provocan numerosos desafíos a su consolidación.

Uno de esos desafíos proviene de la situación de la salud brasileña, que viene cambiando y hoy se caracteriza por una transición demográfica acelerada y es expresada por una situación de triple carga de enfermedades, que son la agenda no superada de enfermedades infecciosas y carenciales, la carga importante de causas externas y la presencia hegemónica de condiciones crónicas, lo que sintetiza una situación de salud que no podrá ser respondida adecuadamente por un sistema de atención a la salud que es todavía demasiado fragmentado, reactivo, episódico y dirigido prioritariamente para el enfrentamiento de las condiciones agudas y de las agudizaciones de las condiciones crónicas, en que el hospital es el lugar privilegiado del modelo asistencial⁽¹⁾.

Como estrategia de enfrentamiento de esa realidad y de sustentación del SUS, la atención básica viene adquiriendo reconocimiento y responsabilidades crecientes, para ser considerada como la puerta de entrada del sistema y la estación articuladora y coordinadora de las redes de atención a la salud. La Política Nacional de Atención Básica (PNAB), instituida en 2006, fue recientemente actualizada⁽²⁾ con la finalidad de ampliar la cobertura de servicios, de programas, de territorios y de públicos, delante de las necesidades de salud y de las demandas sanitarias emergentes. La política se orienta por los principios de la universalidad, de la accesibilidad, del vínculo, de la continuidad del cuidado, de la integralidad de la atención, de la responsabilidad, de la humanización, de la equidad y de la participación social, o sea, los orientadores del nuevo modelo de atención a la salud implantado por el SUS.

Las acciones de promoción de prevención y de acceso al sistema deben suceder de forma privilegiada en el ámbito del nivel de la atención básica, sobre todo por medio de la Estrategia de la Salud de la Familia (ESF), por medio de la cual se torna posible abarcar territorios

y regiones de mayor cobertura poblacional. En el ámbito asistencial, el crecimiento de las enfermedades crónicas y complejas y el envejecimiento de la población, también aumentaron significativamente el número de atenciones en los servicios de atención básica. Vale mencionar que, en 2010, ya había en Brasil cerca de treinta mil equipos de salud de la familia atendiendo, aproximadamente, noventa y ocho millones de personas⁽³⁾. En ese escenario, sistemas del mundo entero han invertido en la remodelación de sus acciones, considerando el alto costo de los servicios de mediana y de alta complejidad y la poca resolutivez de esas intervenciones⁽⁴⁻⁵⁾.

En la administración y/o en la ejecución de las prácticas asistenciales, educativas y preventivas, en el nivel de la atención básica, el trabajo del enfermero es estratégico e indispensable, siendo asegurada su inserción en los equipos y en los territorios por medio de los marcos programáticos y legales del SUS⁽²⁾. No obstante, los aspectos positivos (provenientes de la reorientación del modelo asistencial) y las requisiciones socio ocupacionales, en ese espacio de intervención, son complejos y provocan dilemas y cuestiones éticas, teórico metodológicas y técnico operativas en el interior de la propia profesión, una vez que la demanda cotidiana todavía refleja la predominancia del modelo biomédico, en el cual el cuidado sucede más por medio de medidas y de procedimientos técnicos, de diagnósticos terapéuticos, generalmente en el ambiente hospitalario⁽⁶⁾. En contramano a las prácticas ejecutadas, bajo el modelo mencionado, el escuchar, el acogimiento, el vínculo y la responsabilidad, en la lógica de la clínica ampliada, así como la planificación matricial y la intervención interdisciplinaria e intersectorial, sobre los determinantes sociales de la salud, engloban ejemplos que requieren innovaciones en los procesos de trabajo.

Con eso, el cambio paradigmático está en curso y para su consolidación, la producción científica puede contribuir con la divulgación de experiencias, provenientes de la investigación y sistematización de lo que está siendo producido nacionalmente sobre las pautas interventoras de los enfermeros y sus instrumentalidades. Así siendo - y considerándose la complejidad de las requisiciones demandadas a los enfermeros, en el nivel de la atención básica - en este estudio el objetivo fue identificar y categorizar las prácticas ejercidas por los enfermeros en las Unidades Básicas y en las ESFs, bajo el punto de vista de las atribuciones previstas por los marcos legales y programáticos de la profesión y del SUS.

Las prácticas que se esperan del enfermero, en el contexto de la atención básica, están claramente descritas en los documentos legales que rigen la profesión y el sistema de salud; sin embargo, en este estudio se pretendió aproximar lo que está previsto

en los documentos legales con el ejercicio del trabajo profesional del enfermero, o sea, entre la investigación, el cuidado y las políticas públicas de salud. Por tanto, esto conduce a la problematización de las prácticas y de sus presupuestos teóricos y éticos en el alcance de los resultados deseados por la enfermería, propiciando el debate crítico y propositivo acerca de sus contribuciones y de sus límites. Es importante destacar que uno de los puntos positivos de ese tipo de investigación es la amplitud del análisis de estudios realizados en contextos diversificados y únicos del país, lo que puede auxiliar a las decisiones políticas, a los líderes de salud y a los propios profesionales, a usar el conocimiento adquirido para el fortalecimiento de la enfermería y de la atención básica⁽⁷⁾.

Método

La metodología de scoping review, descrita por Arksey y O'Malley⁽⁸⁾ y, posteriormente, sistematizada⁽⁹⁾, fue adoptada para realización este trabajo. Diferentemente de la revisión sistemática, los estudios que emplean la scoping review objetivan obtener resultados amplios y con menor profundidad, a pesar de compartir diversas características como la revisión sistemática, por ejemplo, ser un metódico, transparente y replicable⁽¹⁰⁾.

En esta scoping review, se pretende evaluar y esclarecer el estado del conocimiento sobre las prácticas del enfermero en los servicios de atención básica, a partir de los resultados de estudios empíricos en comparación a la realidad descrita con la teoría subyacente. Para eso, fueron seguidos los seis pasos metodológicos de la scoping review: 1) identificación de la pregunta de investigación; 2) identificación de estudios relevantes (búsqueda de estudios relevantes); 3) selección de los estudios; 4) extracción de datos; 5) separación del resumen y del informe de resultados; y 6) divulgación de los resultados⁽⁸⁻⁹⁾. El formulario utilizado para esa revisión está descrito en el estudio de Levac, Colquhoun y O'Brien⁽⁹⁾.

La pregunta de investigación debe ser adecuadamente abierta, con la finalidad de alcanzar la amplitud de respuestas que se desea. Un propósito claro, aliado a una pregunta de investigación bien definida, viabiliza el alcance de conclusiones más precisas y facilita la selección de los estudios y la extracción de los datos⁽⁸⁾. Para esto, la pregunta elaborada para este estudio fue: ¿Qué se sabe sobre las prácticas de los enfermeros en los diferentes servicios de atención básica en Brasil?

Para asegurar la identificación de la mayoría de los estudios relevantes en la temática, la estrategia de la

búsqueda debe considerar los términos a ser utilizados, las fuentes a ser investigadas, el intervalo de tiempo y el idioma de los estudios encontrados⁽¹⁰⁾. Para responder adecuadamente a la pregunta de investigación, se optó por localizar estudios primarios que describiesen realidades sobre la práctica del enfermero, publicados en fuentes indexadas o en la literatura gris, en portugués.

La investigación fue ejecutada considerando el espacio temporal del año de 1988, cuando fue promulgada la Constitución Federal, incluyendo estudios publicados hasta diciembre de 2014. Para ser amplia, varias fuentes de bases de datos fueron consultadas: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS), Base de Datos de Enfermería (BDENF), Cumulative Index to Nursing and Allied (CINAHL) y Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), las bibliotecas Cochrane y Scientific Electronic Library Online (SciELO) y la herramienta Google Scholar, además de las listas de referencias de la literatura relevante. Los términos de búsqueda estaban relacionados con los componentes de la práctica del enfermero y de los contextos de trabajo, incluyendo: enfermería, enfermero, prácticas del enfermero, atención básica en salud, atención primaria a la salud, estrategia de salud de la familia, equipo de la salud de la familia, salud comunitaria y salud pública.

Para seleccionar los estudios, es fundamental disponer de criterios de selección y de exclusión previamente definidos⁽¹⁰⁾. En este caso, fueron excluidos aquellos: realizados con otros sujetos de investigación que no fuesen enfermeros, como estudiantes, usuarios u otros profesionales; los promovidos en otro contexto que no fuese la atención básica, como hospitales o instituciones de enseñanza; y, finalmente, los hechos en otros países que no hubiesen sido Brasil. Para ser considerado elegible, el estudio debería haber sido aplicado en enfermeros dentro del contexto de la atención básica y abordar temas referentes a las diferentes prácticas de los profesionales. Las búsquedas fueron ejecutadas entre los meses de septiembre y diciembre de 2014 por dos investigadores, separadamente, con las discordancias discutidas con un tercer investigador y resueltas por consenso, o sea, se confrontaron los resultados de las búsquedas realizadas independientemente en las bases de datos, verificando las diferencias de los hallazgos, con la finalidad de englobar el mayor número de hallazgos pertinentes al tema.

El mapeo de los datos con la utilización de un instrumento estructurado propició la identificación de los elementos esenciales de los estudios, lo que permitió sintetizar e interpretar los datos y generar el análisis numérico básico de la extensión, de la naturaleza y

de la distribución de los estudios incorporados en la revisión. Por último, se realizó la etapa de compilación y de comunicación de los resultados, con la intención de presentar la visión general de todo el material, por

medio de una construcción temática organizada, de acuerdo con la naturaleza de las prácticas del enfermero en contextos de atención básica.

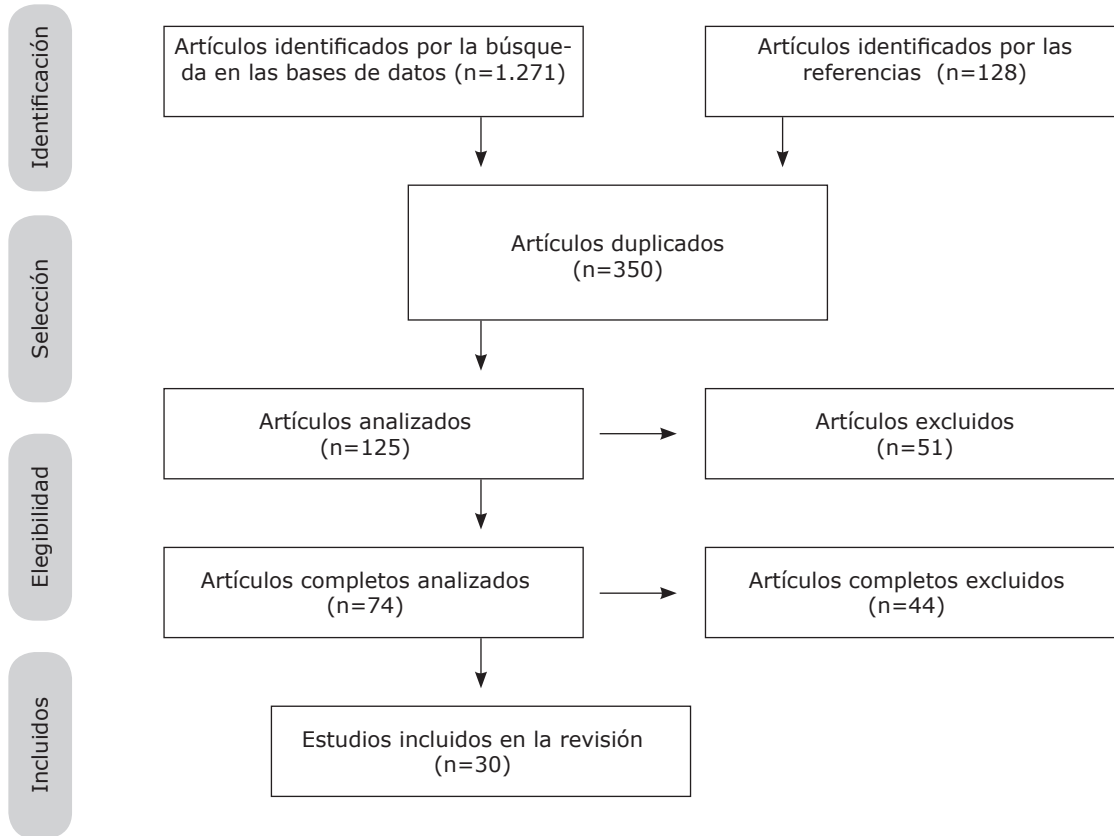


Figura 1 – Selección de los estudios en las bases de datos

Resultados

Los estudios encontrados totalizaron treinta unidades para análisis y fueron publicados entre los años 2005 y 2014, observándose mayor número de publicaciones en el año 2011⁽¹¹⁻¹⁹⁾. Los artículos fueron publicados en revistas brasileñas con clasificación Qualis Capes, variando entre A1 y B3. La mayoría de los estudios fue realizada en las Regiones Sur (n=10) y Sureste (n=13), lo que representó 76,6% de la muestra; seguida de la Región Noreste, con cuatro hallazgos (13,3%), de la Región Centro Oeste, con dos (6,6%) y, finalmente, de la Región Norte, con un estudio (3,3%).

Por ser un criterio de inclusión, todos los estudios analizados tuvieron como sujetos participantes enfermeros, actuantes en servicios de atención básica. Diecinueve estudios fueron realizados con enfermeros que trabajaban exclusivamente en ESF, cuatro con

enfermeros actuantes en Unidades Básicas de la Salud, dos con enfermeros de la Red Básica de la Salud y un estudio con enfermeros de cada uno de los siguientes servicios: Servicios Extra Hospitalarios, Unidad de la Salud de la Familia y Centro Municipal de la Salud. Existen además dos estudios que entrevistaron enfermeros de diferentes servicios al mismo tiempo, que son, una ESF y una Unidad Básica de la Salud y enfermeros del Centro Municipal de la Salud y Unidad Básica de la Salud. En total, integraron el análisis los datos de cuatrocientos setenta y nueve enfermeros.

Además, de los treinta estudios examinados, apenas uno adoptó metodología cuantitativa y se reveló como el único a entrevistar enfermeros administradores⁽²⁰⁾. Sus datos fueron recolectados mediante entrevistas y analizados con auxilio del programa estadístico EpiData. Todos los demás estudios utilizaron métodos cualitativos para la recolección de datos, alterando entre entrevistas

(n=24; 80%), cuestionarios (n=2; 6,6%), observación (n=1; 3,3%) y grupos de reflexión (n=1; 3,3%). Otros dos estudios aplicaron métodos combinados con entrevista y observación (n=1; 3,3%) y entrevista, observación y análisis documental (n=1; 3,3%). De las formas de análisis cualitativa, la más practicada fue el análisis de contenido (n=14; 46,6%), seguida del análisis temático (n=6; 20%) y del análisis de discurso (n=5; 16,6%). El análisis hermenéutico, cartográfica, categorial y teoría fundamentada aparecen una vez cada uno (3,3%).

A partir de la lectura y del análisis de los estudios fue posible identificar las prácticas de los enfermeros. Los hallazgos fueron organizados temáticamente, de

acuerdo con la naturaleza de las prácticas, las cuales fueron clasificadas en prácticas en el servicio, en la comunidad y en la administración y formación.

Prácticas en el servicio

La categoría de prácticas en el servicio comprende las acciones del enfermero que son realizadas preferencialmente, o en su mayoría, dentro de los servicios de salud (Figura 2), sin embargo, eso no impide que éstas también puedan ser efectuadas en el ámbito de la comunidad, como sería el caso de las consultas de enfermería, de los procedimientos y de la promoción de la salud.

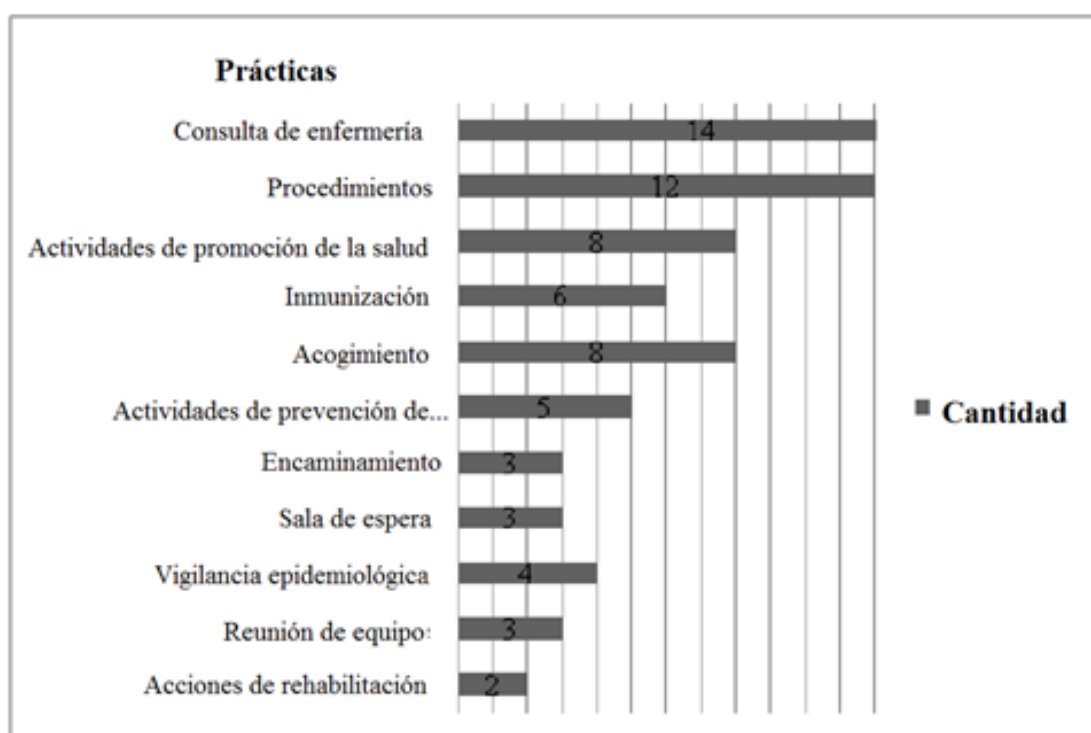


Figura 2 – Prácticas en el servicio

La consulta de enfermería fue la práctica que más se destacó en los estudios^(11,14-15,19-29), consulta esta en que los enfermeros basan su actividad en la identificación de las necesidades del usuario, (re) definiendo las prioridades de las acciones en salud⁽²⁴⁾. Otras actividades desarrolladas por los enfermeros fueron las prácticas técnicas y las prácticas educativas. Las acciones técnicas referidas en los estudios abarcan la realización de curativos^(14,20,23-24,28,30-31), la verificación de presión arterial^(14-15,20,23-24,28,30-31), la verificación de glucemia capilar^(13,23,31), la realización del test del piecito^(13,23), las recolecciones para examen citopatológico⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, la solicitud de exámenes^(23,32), la realización de exámenes

para prevención del cáncer de mama, la instalación de sondas vesicales y de nebulización⁽²³⁾, las actividades de prevención de enfermedades⁽³³⁾, la verificación de las medidas antropométricas y del estado nutricional⁽²⁶⁾, la aplicación de inyecciones^(24,28), la entrega de medicamentos⁽³¹⁾, la administración de medicamentos⁽²¹⁾ y la evaluación de exámenes de laboratorio solicitados por los médicos⁽²³⁾.

Las acciones educativas son dirigidas a grupos poblacionales específicos, como niños, adolescentes, adultos, mujeres, salud mental, diabéticos, hipertensos, tuberculosos entre otros^(11,15-16,20,23-24,34-35). Otras prácticas realizadas por los enfermeros en la atención

básica incluyen las atenciones clínicas⁽³⁶⁾, la atención a las urgencias y emergencias⁽³⁵⁾, el apoyo a la atención del médico⁽¹¹⁾, la asistencia prenatal⁽¹⁵⁾ y la evaluación con clasificación de riesgo⁽²⁷⁾.

Prácticas en la comunidad

En esa categoría, se verifican las prácticas de los enfermeros fuera del recinto, o sea, las acciones ejecutadas por los enfermeros fuera de la unidad de salud, lo que no impide que esas actividades sean desarrolladas dentro de los servicios de salud.

Los grupos de promoción de la salud agregaron las prácticas que más se destacaron en los

estudios^(11,13,15-16,18,23-28,30,34,37) (Figura 3). Un estudio describe que las actividades en grupo permiten proporcionar soporte a los clientes en períodos de cambios, de tratamiento o de crisis, a través de auxilio a la adaptación a comportamientos más saludables⁽³¹⁾. Sin embargo, algunos estudios relatan el abordaje tradicional de transmisión del conocimiento, en forma de diálogo vertical^(23,30-31). Las actividades de grupo están orientadas para patologías o para condiciones específicas, como hipertensión, diabetes, asma, salud mental y tabaco^(23,31), o para poblaciones específicas, como gestantes, mujeres, niños, tercera edad y miembros de la Beca Familia, a ejemplo de las observadas en los servicios^(15,23,31).

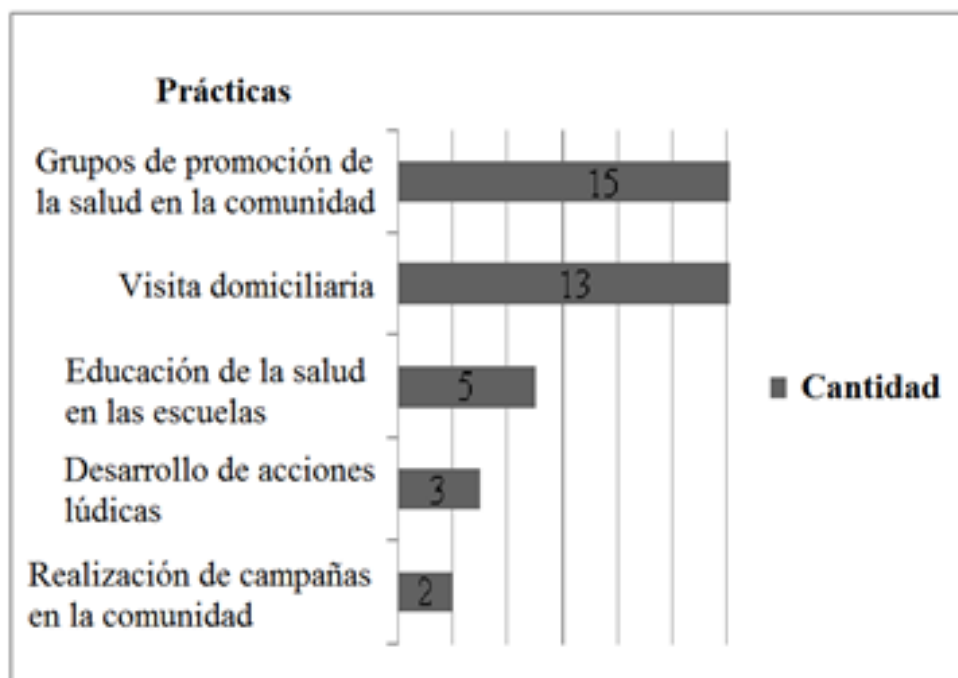


Figura 3 – Prácticas en la comunidad

La visita domiciliaria también se mostró como una de las prácticas más retratadas en los estudios^(11,12,14,17,19,23,27-30,38-39), al confirmarse como una estrategia de proximidad del equipo de salud con la familia y la comunidad⁽¹³⁾ y posibilitar a los enfermeros el conocimiento acerca de su contexto de actuación, para su inserción en determinada comunidad. Al crear una relación horizontal con el establecimiento de vínculos, se puede desarrollar la asistencia de enfermería integral⁽¹²⁾. Luego, la visita domiciliaria aparece como instrumento esencial para la práctica de asistencia a la salud por los enfermeros que actúan en la atención básica.

Las actividades de educación en salud, promovidas en las escuelas, abarcan, como objetivo principal,

la realización de medidas de prevención, con temas como orientación de higiene bucal, drogas, sexualidad y embarazo precoz^(15,18), por medio de actividades lúdicas⁽⁴⁰⁾.

Prácticas de administración y formación

La categoría de prácticas de administración y formación presenta y caracteriza las acciones de coordinación y de administración desarrolladas por los enfermeros, en el ámbito de los cuidados de salud primarios (Figura 4). Entre las prácticas de administración, la planificación es descrita como fundamental para la elaboración del plan de acción de las actividades a ser desarrolladas por los enfermeros, en lo

cotidiano de los servicios de salud⁽³⁶⁾, con énfasis en la idea de que el enfermero debe ser capaz de desempeñar actividades de asistencia y de administración, de forma simultánea⁽³⁵⁾. La opciones de rutinas que se desdobra de esas atribuciones está asociadas a la noción de competencias éticas, y el enfermero, en su formación

académica, construye un conocimiento técnico y científico para asegurar la visión amplia acerca del proceso salud/enfermedad, usufructuando de eso en su actuación diaria, con autonomía, competencia para la ejecución de sus actividades y comprensión para mantener postura de respeto con los miembros del equipo⁽¹³⁾.

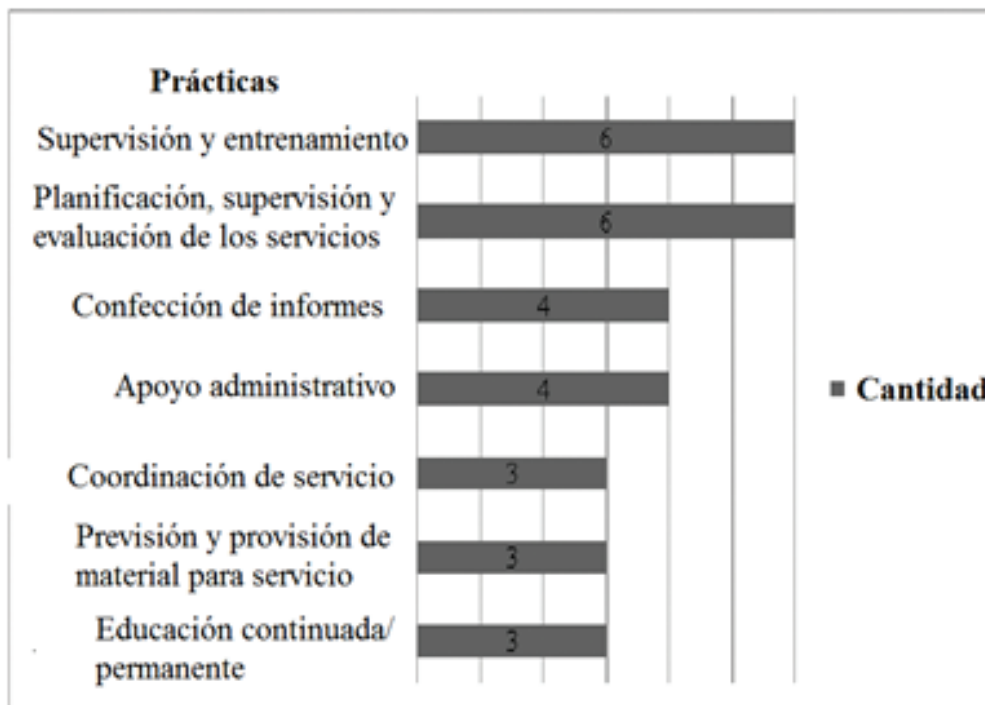


Figura 4 – Prácticas de administración y formación

Los enfermeros de la atención básica son responsables por supervisar y por entrenar los técnicos y/o los auxiliares de enfermería^(11,23-24,36) y los agentes comunitarios de salud^(11,19-20, 29,36,40), además de cumplir actividades de educación continuada/permanente con los referidos profesionales^(14,40). Los estudios también abarcan las prácticas en que participan los Consejos Locales y Municipales de la Salud⁽³⁶⁾, la responsabilidad técnica delante del respectivo Consejo Regional de Enfermería⁽⁴⁰⁾, la captación de recursos financieros, la promoción de la integración y del buen relacionamiento con el equipo de salud, los registros en el sistema de información⁽³⁵⁾, la contratación y la capacitación de recursos humanos⁽¹⁵⁾, la organización de escalas de descansos y de escalas de vacaciones⁽²³⁾, las programaciones de consultas con especialistas⁽²³⁾, la notificación de enfermedades⁽²³⁾ y el registro de la producción del equipo⁽¹³⁾.

Discusión

A partir de los resultados, es posible observar una diferencia en el número de publicaciones por región, en

donde la región norte es representada por apenas uno de los treinta estudios analizados. Las diferentes regiones geográficas del territorio nacional señalan condiciones demográficas, económicas, sociales, culturales y de salud distintas, con amplia desigualdad interna⁽³⁾. La Región Norte es considerada como una de las más pobres del país, en cuanto que la Sureste individualmente es responsable por 56% del producto interno bruto⁽³⁾, lo que puede indicar la necesidad de mayor atención a los asuntos de la salud en esa área, en cuanto que el menor número de estudios en aquella localidad puede ser un representativo de esa desigualdad. Otra justificativa por la diferencia del número de publicaciones por región puede estar relacionada al número de postgraduaciones existentes. Según el estudio de Erdmann, Fernandes y Teixeira⁽⁴¹⁾, la Región Norte cuenta apenas con un curso de postgraduación en enfermería, al paso que la Región Sureste, sola, suma más de 19 cursos de postgraduación.

La creación del SUS simbolizó un importante avance en lo que se refiere a la oferta y, principalmente, al acceso a los servicios de salud en el país. La creación del Programa Salud de la Familia a su posterior

transformación en estrategia y la actualización de la PNAB⁽²⁾ sirvió para consolidar ese avance y para ampliar la concepción de la salud, objetivando la integralidad⁽³⁾. En ese sentido, la mayor incidencia de estudios con enfoque en servicios de atención básica, aplicados en ESF, demuestra que su objetivo - funcionar como referencia de cuidado descentralizado y contacto preferencial de los usuarios - viene siendo alcanzado.

En lo que se refiere a los programas de intervención de los enfermeros relatadas en los estudios, objetivando las atribuciones previstas por la PNAB⁽²⁾, están contempladas parcialmente en la medida en que predominaron aquellas específicas de asistencia, entre las cuales la puesta en práctica de las consultas de enfermería, de procedimientos y de actividades de grupo, la solicitud de exámenes complementares, la prescripción de medicaciones, el encaminamiento de usuarios para otros servicios, la realización de actividades programadas y de atención a la demanda espontánea.

En ese contexto, el hecho de que la composición de las ESF está restringida y la demanda, que es creciente, puede indicar el desplazamiento de las acciones profesionales a funciones necesarias, pero de rutina y de nivel de complejidad inferior a las potenciales competencias del enfermero. En esa perspectiva, la clínica ampliada se presenta como herramienta para que los procesos de trabajo en salud se destinen a la producción del cuidado centrado en los usuarios, con la finalidad de abordar, además de la enfermedad, el sujeto en su contexto y en el ámbito colectivo⁽²⁾.

Por otro lado, las prácticas de los enfermeros pertinentes a la atención a la salud en los demás espacios comunitarios - a saber, planificar, administrar y evaluar las acciones desarrolladas por los agentes comunitarios de salud, contribuir, participar e implementar actividades de educación permanente y participar en la administración de los insumos necesarios al adecuado funcionamiento de la unidad de salud - fueron menos enunciadas en los programas de intervención, si comparadas al predominio de las tradicionales.

Las prácticas compartidas con los demás profesionales del equipo - entre otras actividades garantizar atención a la salud en la perspectiva de la integralidad y realizar acciones programáticas y colectivas y de vigilancia a la salud - también aparecieron puntualmente en los procesos de trabajo de los enfermeros. En otro estudio⁽⁴²⁾ se discute esa perspectiva y se percibe el trabajo del enfermero vinculado al quehacer técnico y enfocado en la atención directa curativa con sobrecarga de trabajo, en cuanto lo que se esperaría en el contexto de los cuidados primarios sería un proceso de trabajo orientado para el cuidado

integral. Por otro lado, la visita domiciliaria, una de las principales actividades que permite a los enfermeros establecer y fortalecer el vínculo con la comunidad, en la perspectiva de la integralidad, sintetiza, entre las prácticas en la comunidad, una de las más citadas. Se destaca que esa actividad es considerada compleja y que, cuando es bien ejecutada, puede impactar factores determinantes del proceso salud/enfermedad e impulsar a la familia a adquirir mayor autonomía en el proceso de producción de salud⁽⁴³⁾.

Los resultados de esta revisión comparten de las mismas dificultades experimentadas en el escenario internacional, específicamente en Portugal, en donde, también, se presentan dificultades relacionadas al proceso de trabajo de los profesionales, específicamente en cuestiones relacionadas al no cumplimiento de horarios, fallas en el sistema de información, falta de autonomía administrativa para compras, incertidumbres e indefiniciones político institucionales⁽⁴⁴⁾. Además de eso, el mismo estudio refiere que la visita domiciliaria presenta fragilidades en su realización, con el predominio del enfoque clínico curativo y de la atención a los pacientes imposibilitados de locomoción.

Las acciones educativas promovidas por los enfermeros ocuparon lugar tanto en la categoría de prácticas en el servicio como en la categoría de prácticas en la comunidad. En los dos contextos, la educación en salud se procesa a través de acciones programáticas para grupos específicos, de acuerdo con el daño, el intervalo etario o el género, lo que poco colabora para el reconocimiento de las necesidades singulares de cada usuario y de la comunidad en general, además de no auxiliar a la realización de prácticas integrales⁽⁴²⁾.

El abordaje del profesional en los procesos educativos debería incluir actitudes participativas, evitando la reducción de la asistencia a la lógica curativa y construyendo modelos de integralidad y de humanización⁽⁴²⁾. Otro indicador de esa tendencia se destacó en la inexpresiva participación del enfermero en las acciones en escuelas, a pesar de las políticas inductoras del SUS. El Programa Salud en la Escuela, articulado con los Ministerios de Educación y de la Salud es un ejemplo; éste está presente en 87% de los municipios brasileños, y es operacionalizado mediante los ajustes de acciones que integran equipos de atención básica y/o de la estrategia de salud de la familia con escuelas públicas⁽⁴⁵⁾.

La categoría de las prácticas de administración produjo resultados que colocan el enfermero en la posición administrativa del cuidado. El profesional desarrolla acciones de asistencia y de administración de forma simultánea y, muchas veces, es entendido como un hace de todo en el equipo. De acuerdo con un estudio⁽⁴⁶⁾,

las acciones de administración deberían ser ejecutadas en conjunto por toda el equipo de la salud, entretanto, los resultados demuestran que el enfermero relata diversas actividades relacionadas a la administración en su cotidiano, lo que sugiere fragilidad en ese nivel de atención y ruptura con el cuidado. En abordaje similar, otro estudio⁽⁴³⁾ constata que los enfermeros se sienten insatisfechos en relación a la sobrecarga de trabajo, al realizar actividades que también son de competencia de los demás profesionales, perjudicando el abordaje al cuidado integral. El escenario, así, demuestra una realidad desafiadora en el sentido de superación de la lógica del cuidado fragmentado y centrado en el individuo/paciente. A pesar de los avances conquistados persisten, entre los enfermeros que trabajan en la atención básica, las prácticas tradicionales sobre el proceso salud/enfermedad y, por consiguiente, sus lógicas subyacentes. En otras palabras, se convive con la reproducción de instrumentos de interpretación y de intervención en el proceso salud/enfermedad enfocados^(5,46).

Esa realidad no es exclusiva de los enfermeros. Algunos estudios apuntan que los administradores, profesionales y usuarios, sea por el desconocimiento del sistema, sea por la visión dirigida a las demandas individuales de salud, imponen restricciones a las experiencias de cuño educativo y preventivo, exacerbando la contradicción entre los principios del SUS y sus formas de administración de la red y de los procesos de trabajo^(5,47). Así, a pesar de que muchas prácticas sean citadas como humanizantes no consiguen producir cambios en los servicios de salud por falta de un análisis más profundo de los procesos de trabajo y de la educación permanente en el servicio.

Delante de la coexistencia de contradicciones entre la realidad de las necesidades de salud de la población brasileña y la persistencia de prácticas y de posturas resistentes al cambio de modelo, el SUS viene implementando políticas y programas que afectan desde la formación profesional hasta la organización de los servicios. En ese contexto, hubo crecimiento substancial de las atribuciones del enfermero en la red de atención básica⁽⁴⁷⁾, especialmente aquellas orientadas a la promoción de la salud y educación permanente.

En esa dirección, el enfermero de la ESF, además de las atribuciones de atención a la salud y de administración, comunes a cualquier enfermero de la atención básica, debe contribuir para la organización de la atención a la salud en la calificación del acceso, el acogimiento, el vínculo, la longitudinalidad del cuidado y la orientación de la actuación del equipo de la UBS en función de las prioridades definidas ecuanímente, conforme criterios de necesidad de salud, de vulnerabilidad, de riesgo,

entre otros aspectos⁽²⁾. Para la consolidación de ese modelo, el SUS emprende proyectos y normativas, sea en la organización de los servicios, sea en la formación profesional, sea en la educación en servicio, atribuyendo nuevos papeles y responsabilidades a los profesionales de la salud, como es el caso de la implementación de las Directrices Curriculares Nacionales (DCN)⁽⁴⁸⁾, en 2001, las cuales prescriben orientaciones para la elaboración de los currículos de las profesiones del área de la salud (enfermería, medicina y nutrición), de todas las Instituciones de Enseñanza Superior (IES) de Brasil.

Para la enfermería, las DCN preconizan, en su art. 5º, que la formación del enfermero debe atender las necesidades sociales de la salud, con énfasis en el SUS y asegurar la integralidad de la atención y la calidad y humanización de la atención⁽⁴⁸⁾. En ese panorama, la enfermería es desafiada a buscar caminos que respondan, de forma crítica y efectiva, a las cuestiones de salud que son puestas en la vida en sociedad. La postura ética política y técnico operativa, subyacentes a esa convocación por prácticas alineadas a los principios del SUS es comprobada por el Código de Ética Profesional⁽⁴⁹⁾, al prescribir que el profesional de enfermería debe participar de actividades que objetivan satisfacer las necesidades de salud de la población y de defensa de los principios contenidos en las políticas públicas de salud y ambientales, estimulando la universalidad de acceso a los servicios de salud, la integralidad de la asistencia, la resolutivez, la preservación de la autonomía de los usuarios, la participación de la comunidad en las decisiones relativas a la salud, la jerarquización y la descentralización político administrativa de los servicios de salud.

Los vacíos identificados se refieren, por tanto, a dos niveles interconectados que impactan el ejercicio profesional del enfermero. El primero de ellos, relativo al dominio de nuevas tecnologías de administración del cuidado, se refiere a los conceptos subyacentes que orientan la organización del proceso de trabajo en la atención básica de la salud⁽²⁾. Ese vacío operativo en el ámbito de los procesos de trabajo del enfermero revela el segundo nudo crítico identificado en las producciones analizadas, referente a la formación que precisa problematizar el conocimiento/quehacer profesional bajo el punto de vista de esas nuevas referencias conceptuales y metodológicas.

En el ámbito de la graduación, iniciativas de discusión sobre las DCN para la enfermería, movilizan la categoría, lo que ratifica el vigor y la pertinencia de ese debate, que precisa ganar eco en el ámbito de la postgraduación, en el nivel académico y profesional, con la finalidad de producir cambios de corto plazo en las

prácticas en servicio, teniendo como énfasis los procesos de trabajo.

En esa dirección, varias iniciativas están siendo propuestas, como la institución del Programa de Residencia en Enfermería con enfoque en la Atención Básica y el incremento de la formación de enfermeros para la práctica avanzada en enfermería, especialmente en el ámbito de la maestría profesional⁽⁵⁰⁾. Esas iniciativas objetivan la ampliación del campo de aplicación de prácticas de los enfermeros, desarrollando y profundizando el trabajo interprofesional en la atención básica con alta resolutivez⁽⁵¹⁾.

Conclusión

Los resultados de esta revisión demostraron que, a pesar de que la atención básica está en fase de expansión, los desafíos de implementación de los principios que la rigen son complejos, ya que señalan hacia otro modelo asistencial, centrado en las necesidades de salud de la población, lo que lleva la acción para otros niveles de responsabilidad clínica y sanitaria, en el cuidado a la salud. Al finalizarla, cabe entonces puntuar algunas de sus limitaciones. Inicialmente, el estudio procuró evaluar la mayor parte de la literatura existente, sin embargo, algunas limitaciones en ese proceso pudieron ocurrir, ya que probablemente existen investigaciones publicadas en otros idiomas y bases de indexación no incluidas en este estudio.

No obstante, se concluye que los resultados de esta revisión son útiles para futuras investigaciones en el área, para la práctica y para la formación de los enfermeros. Por medio de la síntesis de los resultados de investigaciones realizadas en Brasil, es posible facilitar la incorporación de relevancia científica en la práctica, o sea, permitir la transferencia de conocimiento a los enfermeros, al identificar sus prácticas en las Unidades Básicas y las ESFs. Así, para hacer la diferencia en la asistencia a la salud, es imprescindible vincular el conocimiento proveniente de las investigaciones y de la práctica.

De los resultados demostrados, se puede afirmar que los programas de intervención del enfermero están en proceso de transformación en la dialéctica de rupturas y de continuidades, sea actualizando antiguas polarizaciones (asistencia y administración, atenciones eventuales y programáticas), sea requiriendo y protagonizando innovaciones, comenzando por la clínica del cuidado, extendiéndose las acciones de calificación del acceso, de la promoción de la salud, de la educación en salud y de la educación permanente, conforme señalan las directrices de la PNAB.

Los desafíos surgen para la contribución de la enfermería en la consolidación del modelo asistencial del SUS, lo que presupone el desplazamiento del proceso de trabajo centrado en procedimientos y en profesionales para un proceso centrado en el usuario, en que la clínica ampliada sea el imperativo ético político de la organización de los servicios y de la intervención profesional. Para finalizar, cambiar ese escenario, en el ámbito de la formación y de los procesos de trabajo, indica un desafío en curso para todos los trabajadores de la salud y, en especial, para los enfermeros, teniendo en vista su expresiva y estratégica inserción en el sistema de salud, inclusive en el nivel de la atención básica.

Referencias

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.
3. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet Saúde no Brasil. [Internet]. 2011 [Acesso 24 jan 2014];377(9779):11-31. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60054-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60054-8.pdf)
4. Kuschner R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc Saúde Coletiva. [Internet]. 2010 [Acesso 20 jan 2015];15(5):2307-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso.
5. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, DC: OPS. [Internet]. 2008 [Acesso 20 fev 2015]. Disponível em: http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250
6. Matumoto S, Vieira K, Pereira M, Santos C, Fortuna C, Mishima S. Production of nursing care in primary health care services. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012;20(4):710-7.
7. Almost J, Wolff A, Mildon B, Price S, Godfrey C, Robinson S, et al. Positive and negative behaviours in workplace relationships: a scoping review protocol. BMJ Open. [Internet]. 2015; [Acesso 10 out 2014]; 5: 1-7. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/5/2/e007685.full.pdf+html>

8. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32.
9. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010;5:69.
10. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*. 2009;26(2):91-108.
11. Matumoto S, Fortuna CMK, Lauren S, Mishima SM, Pereira MJB. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2011 [Acesso 10 out 2014];19(1):123-130. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100017&lng=en&nrm=iso.
12. Santos EM, Moraes SHG. A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família- Percepção de Enfermeiros. *Cogitare Enferm*. 2011;16(3):492-7.
13. Silva AS, Oliveira F, Spinola CM, Poletto VC. Atividades desenvolvidas por enfermeiros no psf e dificuldades em romper o modelo flexneriano. *Rev Enferm Centro Oeste Min*. 2011;1(1):30-9.
14. Brondani DA Junior, Heck RM, Ceolin T, Viegas CRS. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. *Rev Enferm UFSM*. 2011;1(1):41-50.
15. Roecker S, Marcon SS. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. *Esc Anna Nery*. 2011;15(14):701-9.
16. Roecker S, Marcon SS. Educação em saúde. Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. *Invest Educ Enferm*. 2011;29(3):381-90.
17. Rocha FCV, Carvalho CMRG, Figueiredo MLF, Caldas CP. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(2):186-91.
18. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, Mishima SM, Kawata LS, Camargo-Borges C. Nurses and the collective care practices within the family health strategy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(3):581-8.
19. Oliveira FB, Silva JCC, Silva VHF, Cartaxo CKA. O trabalho de enfermagem em saúde mental na estratégia de saúde da família. *Rev Rene*. 2011;12(2):229-37.
20. Gonçalves SSPM, Tavares CMM. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2007;11(4):586-92.
21. Gomes AMT, Oliveira DC. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2005 [Acesso 24 out 2014];58(4):393-398. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000400003&lng=en&nrm=iso. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000400003>.
22. Santos SMR, Jesus MCP, Amaral AMM, Costa DMN, Arcanjo RA. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):124-30.
23. Nauderer TM, Lima MADS. Nurses' practices at health basic units in a city in the south of Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2008 [Acesso 10 nov 2014]; 16(5):889-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500015&lng=en&nrm=iso.
24. Ferreira VA, Acioli S. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na atenção primária em saúde: uma abordagem hermenêutico-dialética. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(4):530-5.
25. Waidman MAP, Marcon SS, Pandini A, Bessa JB, Paiano M. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2012 [Acesso 5 de nov 2014];25(3):346-351. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300005&lng=en&nrm=iso.
26. Vieira VCL, Fernandes CF, Demitto MO, Bercini LO, Scochi MJ, Marcon SS. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enferm*. 2012;17(1):119-25.
27. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB, Matumoto S, Fortuna CM. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família: construindo competência para o cuidado. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(4):961-70.
28. Acioli S, Kebian LVA, Faria MGA, Ferraccioli P, Correa VAF. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(5):637-42.
29. Campos CMS, Silva BRB, Forlin DC, Trapé CA, Lopes IO. Práticas emancipatórias de enfermeiros na Atenção Básica à Saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(spe):119-25.
30. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):65-72.
31. Rocha LP, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Almeida MCV. Processos grupais na estratégia saúde da família: um estudo a partir da percepção das enfermeiras. *Rev Enferm UERJ*, 2010;18(2):210-5.
32. Dias GAR, Lopes MMB. Artigo original educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária. *Rev Enferm UFSM*. 2013;3(3):449-60.
33. Duarte SJH, Ferreira SF, Santos NC. Desafios de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na implantação do Programa Saúde do Adolescente. *Rev Eletr Enferm*. [Internet]. 2013 [Acesso 16 mar

- 2015];15(2):479-86. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a22.pdf
34. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):533-9.
35. Weirich CF, Munari DB, Mishima SM, Bezerra ALQ. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2):249-57.
36. Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2005 [Acesso 20 nov 2014];10(2):333-45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200011&lng=en&nrm=iso.
37. Moutinho CB, Almeida ER, Leite MTS, Vieira MA. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. *Trab Educ Saúde*. 2014;12(2):253-72.
38. Lionello CDL, Duro CLM, Silva AM, Witt RR. O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(4):103-10.
39. Rosenstock KIV, Neves MJ. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(4):581-6.
40. Roecker S, Nunes EFPA, Marcon SS. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(1):157-65.
41. Erdmann AL, Fernandes JD, Teixeira GA. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. *Enferm Foco*. 2011; 2(supl):89-93.
42. Santana FR, Santana FR, Anjos GV. Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. *Rev Eletr Enferm*. [Internet]. 2013 [Acesso 14 fev 2015];15(2):422-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16936>.
43. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enferm*. [Internet]. 2014 [Acesso 12 jan 2015];16(1):161-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>.
44. Souza MB, Rocha PM, Sá AB, Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3)190-5.
45. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2014 [Acesso 3 mar 2015]; 19(11):4301-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104301&lng=en&nrm=iso.
46. Silva LMS, Fernandes MC, Mendes EP, Evangelista NC, Torres RAM. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(esp.2):784-8.
47. Backes DS, Souza MHT, Marchiori MTC, Colomé JS, Backes MTS, Lunardi WO Filho. The Idealized Brazilian Health System versus the real one: contributions from the nursing field. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2014 [Acesso 19 mar 2015];22(6):1026-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000601026&lng=en&nrm=iso.
48. Ministério da Educação (BR). Parecer CNE/CES 1133/2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da União* [Internet]. 07 ago 2001 [Acesso 6 set 2014]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>
49. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. 08 fev 2007. [Acesso 19 jan 2015]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html
50. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Câmara técnica de educação e pesquisa. Relatório consubstanciado da audiência pública sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN de enfermagem e o exercício profissional do enfermeiro. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. 29 set 2015. [Acesso 9 nov 2015]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/11/relatorio_audiencia_publica.pdf
51. Zanetti ML. Advanced nursing practice: strategies for training and knowledge building. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(5):779-80.

Recibido: 20.04.2015

Aceptado: 13.12.2015

Correspondencia:

Rosângela Barbiani
Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS
Programa de Pós- Graduação em enfermagem
Av. Unisinos, 950
Cristo Rei
CEP: 93.022-000, São Leopoldo, RS
E-mail: barbiani@unisinos.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.