

## Retos de la enfermería para la cobertura universal de salud: una revisión sistemática<sup>1</sup>

Mariana Cabral Schweitzer<sup>2</sup>

Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli<sup>3</sup>

Margarida Maria da Silva Vieira<sup>4</sup>

**Objetivos:** Identificar los retos de la enfermería para la cobertura universal de salud basado en los resultados de una revisión sistemática centrado en la comprensión de los profesionales de salud sobre el papel de las prácticas de humanización en la atención primaria. **Método:** revisión sistemática y meta-síntesis, a partir de las siguientes fuentes: PubMed, CINAHL, SciELO, Web of Science, PsycInfo, SCOPUS, DEDALUS y Proquest, usando la palabra clave primary health care (atenção básica), asociada por separado con las siguientes palabras clave: humanization of assistance (humanização), holistic care/health (cuidado/saúde holístico), patient centred care, user embracement (acolhimento), personal autonomy, holism, attitude of health personnel (atitude dos profissionais). **Resultados:** Treinta estudios entre 1999 y 2011. Los procesos de trabajo en la atención primaria son complejas y presentan dificultades para la práctica de atención integral, especialmente para la enfermería. Sin embargo, las prácticas de humanización han demostrado su papel importante hacia el desarrollo de entornos de trabajo positivos, la calidad del cuidado y la atención centrada en personas a través de la promoción de la accesibilidad y la cobertura universal de salud. **Conclusiones:** los retos de la enfermería para la cobertura universal de salud son relacionados con la educación y la capacitación, mejores condiciones de trabajo y una definición clara del papel de la enfermería en la atención primaria. Hay dificultades que hay que superar, como los conceptos fragmentados de salud y de cuidado, así como las inversiones en el trabajo en equipo multidisciplinario, potenciación de la comunidad, la relación profesional-paciente, la aceptación del usuario, las tecnologías blandas, con el fin de promover la calidad de vida, atención integral y la cobertura universal de salud.

**Descriptores:** Enfermería; Acceso Universal a Servicios de Salud; Humanización de la Atención; Atención Primaria de Salud; Revisión.

<sup>1</sup> Artículo parte de la tesis de doctorado "Conceptions of health and care of integrative / complementary and humanizing practices in primary health care: a systematic review", presentada en la Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil y Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 249381/2013-3.

<sup>2</sup> Estudiante de postdoctorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Becado de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Asociado, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Schweitzer MC, Zoboli ELCP, Vieira MMS. Nursing challenges for universal health coverage: a systematic review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2676. [Access \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_]; Available in: \_\_\_\_\_. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0933.2676>

## Introducción

El camino hacia la Cobertura Universal de Salud (CUS) y la agenda de desarrollo post-2015 involucra al trabajador de la salud<sup>(1)</sup>. Esa agenda abarca la reducción de la mortalidad materna, la eliminación de las muertes evitables de recién-nacidos y niños con edad inferior a 5 años, la eliminación de las epidemias del SIDA, tuberculosis, malaria y Enfermedades Tropicales Desatendidas (ETDs), y la garantía del acceso universal a los servicios de salud<sup>(2)</sup>. Todos esos objetivos pueden ser logrados a través de los enfermeros y obstetras, que trabajan estratégicamente en el nivel comunitario centrado en las personas.

Los enfermeros y obstetras representan la mayor categoría en la fuerza de trabajo en salud, relacionada al 80% de los servicios de salud, y también actúan como la línea de frente. Utilizándose un modelo de carrera de *mix* de habilidades, los enfermeros y obstetras podrían ser utilizados para prestar atención de salud y mejorar los resultados. Sin embargo, existe una urgente necesidad de aproximaciones accesibles. El camino hacia la CUS demanda el afrontamiento de las faltas de competencias, calidad, motivación, productividad y desempeño de la fuerza de trabajo en salud<sup>(3)</sup>.

La OMS propone las siguientes medidas prácticas esenciales para la Enfermería y Obstetricia: aumento de los equipos interdisciplinarios, multiprofesionales liderados por enfermeros y habilidades de liderazgo; potenciación de la fuerza de trabajo en enfermería y obstetricia a través de la clarificación transparente de los papeles, descripción funcional válida y reconocimiento profesional; implementación de ambientes de trabajo positivos para mejorar la motivación y retención<sup>(4)</sup>.

Un camino hacia esas medidas fue la inclusión de la Política Nacional de Humanización de la Atención y de la Gestión en Salud, también conocida como la Política Nacional de Humanización (PNH) y/o HumanizaSUS en diferentes contextos de trabajo de los enfermeros y obstetras<sup>(5)</sup>. Esa política singular es dirigida por valores como la autonomía y la potenciación de los usuarios de la salud, responsabilidad entre los pacientes y los profesionales de salud, establecimiento de la solidaridad, construcción de redes colaborativas y participación colectiva en el proceso de gestión. La PNH pone en práctica los siguientes dispositivos: acogimiento del usuario, proyecto terapéutico singular o atención centrada en el paciente, proyectos de salud pública; escucha cualificada de los usuarios y trabajadores de la salud; entre otros.

La Atención Primaria de Salud (APS) representa la porta de entrada del sistema de salud y organiza la red de servicios. La humanización permea los procesos

de trabajo y los agentes de la atención primaria<sup>(6)</sup>. Ante este relacionamiento, la finalidad de este estudio fue identificar los retos de la enfermería para la CUS, con base en los resultados de una revisión sistemática, cuyo foco fue la comprensión de la fuerza de trabajo sobre el papel de las prácticas de humanización en la APS.

## Método

La finalidad de una revisión sistemática es permitir la traducción de las mejores evidencias científicas en las políticas, prácticas y decisiones en el contexto de la salud<sup>(7)</sup>. En este estudio fue utilizada una síntesis de investigaciones mixtas a través de un diseño integrado. Este diseño permite agrupar los resultados de ambos tipos de estudios primarios en categorías temáticas para alcanzar una meta-síntesis<sup>(8)</sup>. El presente diseño integrado utiliza PICO para guiar la recolecta de datos, un guía específico para extraer informaciones y clasificar la calidad de los resultados.

En noviembre del 2013, la búsqueda fue llevada a cabo en los siguientes bancos de datos: PubMed, CINAHL, Scielo, Web of Science, PsycInfo, SCOPUS, DEDALUS y Proquest. Las referencias de los artículos seleccionados para esta revisión sirvieron como fuente para nuevas inclusiones en el proceso de revisión, a través de la llamada referencia de la referencia<sup>(9)</sup>.

La estrategia PICO fue aplicada para orientar la pregunta de la revisión sistemática. Esa mnemónica identifica los aspectos-clave Población, Fenómeno de Interés y Contexto<sup>(10)</sup>. En esta revisión, la Población abarcó los Profesionales de la APS, el Fenómeno de Interés fueron las Experiencias de las prácticas de humanización y el Contexto se refirió a los servicios de la APS. Tras ajustar los objetivos del estudio al PICO, la pregunta orientadora de la revisión sistemática fue "¿Cuál es la comprensión de los profesionales de salud sobre el papel de las prácticas de humanización en la APS?"

Los conceptos de humanización de la PNH<sup>(5)</sup> brasileña enfocan principios-clave como el acceso, la empatía, la humanización de la atención, la autonomía personal, salud integral y acogimiento del usuario. En la recolecta de datos fueron utilizados descriptores controlados basados en esos conceptos. Las siguientes palabras-clave fueron utilizadas: *Primary Health Care (Atenção Básica)*, en combinación por separado con otros descriptores: *humanization of assistance (humanização)*, *holistic care/health (cuidado/saúde holístico)*, *patient centred care*, *user embracement (acolhimento)*, *personal autonomy*, *holism*, y *health personnel attitude (atitude dos profissionais)*.

Fueron encontradas artículos de investigación en inglés y portugués, entre 1999 y 2011. Los siguientes criterios de inclusión fueron adoptados: artículos relacionados a las actitudes/creencias de los profesionales de la atención primaria de salud sobre el uso/la aplicación de las prácticas de humanización. Artículos discutiendo pacientes o alumnos y/o estudios desarrollados en contextos hospitalarios fueron excluidos. Para la organización de los artículos fue utilizado el *software* EndNote, un gestor electrónico de referencias. A cada artículo fue atribuido un número de identificación. Artículos refiriéndose al mismo estudio fueron tratados como un único y recibieron un único número de identificación.

Dos revisores independientes evaluaron los artículos y la selección final fue basada en consenso, partiendo de la comparación de las evaluaciones de los dos revisores. Los resultados del análisis fueron organizados mediante una versión modificada del Data Extraction Guide for Quantitative and Qualitative Studies<sup>(11)</sup>. La herramienta de Knafl & Sandelowski<sup>(11)</sup> provee orientaciones sobre como transformar datos crudos en datos para combinación y análisis sistemática.

Informaciones fueron extraídas de cada estudio en las siguientes áreas: objetivos y problemas de la investigación, referencial teórico, método y diseño, muestreo, composición de la muestra, técnicas de recolecta y análisis de los datos, técnicas de optimización de la validez o minimización del sesgo, técnicas de protección a los sujetos humanos, resultados y

discusión<sup>(12)</sup>. Partiendo de esas áreas, cada estudio fue analizado y clasificado como Fuerte, Bueno, Débil y Con Ruidos (en caso de falta de informaciones).

Adoptando las recomendaciones para revisiones sistemáticas con objeto de proveer una meta-síntesis a través de la integración de los resultados de estudios cualitativos y cuantitativos (síntesis de investigaciones mixtas)<sup>(9,13)</sup>, los resultados cuantitativos fueron cualificados. Los resultados fueron convertidos en un formato cualitativo para combinarlos por temas. Los datos fueron organizados en categorías empíricas que emergieron del análisis. Dos revisores independientes evaluaron las categorías en términos de su respectivo escopo y definición. Cualquiera discordancia fue solucionada por consenso.

El análisis de los resultados de la revisión sistemática consideró la calidad y los resultados de los estudios. El *checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) fue aplicado para mejorar la calidad de las recomendaciones presentadas en esta revisión<sup>(14)</sup>.

## Resultados

Del potencial de 90 referencias, reducidas para 53 estudios no duplicados, 30 estudios fueron incluidos y revisados sistemáticamente: 29 cualitativos y 1 cuantitativo, según la Figura 1. Estudios recuperados fueron encontrados entre 1999 y 2011. Un estudio fue publicado en inglés y 29 en portugués.

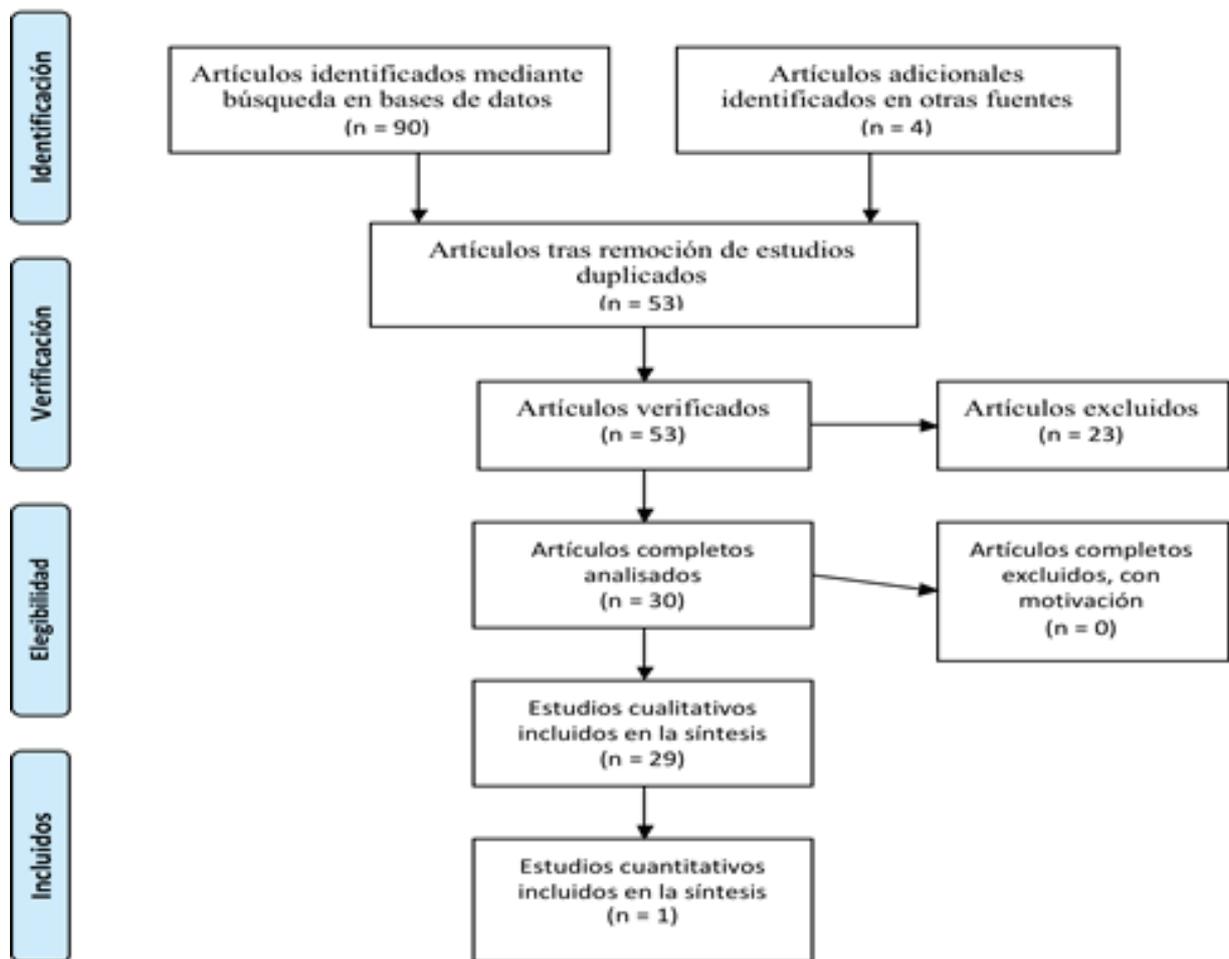


Figura 1 – Diagrama del proceso de inclusión y exclusión para todos los estudios en la revisión sistemática<sup>(15)</sup>

Al total, los estudios abarcaron 1.179 profesionales de APS de Estados Unidos (A1) y Brasil (A2-30), según la Figura 2. Casi el 50% de esos profesionales fueron médicos de EEUU; otros 50% fueron profesionales

de Brasil, principalmente enfermeros, auxiliares de enfermería, técnicos de enfermería, médicos, agentes comunitarios de salud, dentistas y auxiliares de odontología y algunos profesionales administrativos.

ID	Artículos de los estudios incluidos
A1	Audet AM; Davis K; Schoenbaum SC. Adoption of patient-centered care practices by physicians: results from a national survey. Arch Intern Med 2006; 166(7): 754-9.
A2	Bastos LS, Assis MMA, Nascimento MAA, Oliveira LCF. Construção da integralidade no cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). Ciênc. saúde coletiva 2011; 16(supl.1): 1417-1426. Rodrigues AAAO, Fonsêca GS; Siqueira DVS, Assis MMA, Nascimento MAA. Práticas da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família e a construção (des)construção da integralidade em Feira de Santana-BA. Rev. APS 2010; 13(4):478-485.
A3	Beck CL, Lisbôa RL, Tavares JP, da Silva RM, Prestes FC. Humanização da Assistência de Enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços Rev Gaucha Enferm 2009;30(1):54-61.
A4	Brehmer LC, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. Cien Saude Colet 2010 Nov;15 (Suppl 3):3569-78.
A5	Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM, Mishima SM. Acolhimento à clientela: estudo em unidade básica de saúde no município de Ribeirão Preto. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto 2000; 8(4): 30-37.
A6	Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Costa VZ, Soares JFS. Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitative. CuidArte, Enferm. 2009; 3(2):149-155.

(continua...)

## continuação

A7	Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciênc. saúde coletiva 2009; 14(supl.1): 1523-1531.
A8	Falk MLR, Falk JW, Arsego de Oliveira F, Silvana da Motta M. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. Revista de Atenção Primária a Saúde (REV APS) 2010; 13(1):4-9.
A9	Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2004; 38(2):143-51.
A10	Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública 1999, 15(2):345-353.
A11	Freire LAM, Storino LPH, Cássia N; Magalhães RP, Lima T. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. REME rev. min. enferm. 2008; 12(2): 271-277.
A12	Freiria A, Santos ZV, Silva SS, Oliveira CT. O acolhimento na perspectiva da equipe de enfermagem de uma unidade de saúde da família. Nursing (São Paulo)2010; 13(146): 348-353.
A13	Junges JR, Schaefer R, Prudente J, Mello REF, Silocchi C, Souza M, Wingert G. A visão de moral dos profissionais de uma unidade básica de saúde e a humanização Interface comun. saúde educ. 2011; 15(38): 755-764.
A14	Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM. A integralidade no cotidiano de trabalho na estratégia saúde da família. Rev Gaucha Enferm. 2009; 30(4):594-601.
A15	Leite JCA, Maia CCA, Sena RR. Acolhimento: reconstrução da prática de enfermagem em unidade básica de saúde. Rev. Min. Enf. 1999; 3(1/2):2-6 Leite JCA, Maia CCA, Sena RR. Acolhimento: Perspectiva de reorganização da assistência de ENFERMAGEM. Rev Bras Enf. 1999;52(2):161-68.
A16	Linard AG, de Castro MM, da Cruz AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Revista Gaucha de Enferm. 2011; 32 (3): 546-53.
A17	Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik, MY. A humanização do cuidado na ótica das equipes da estratégia de saúde da família de um município do interior paulista, Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2010, 18(4):763-769.
A18	Matumoto S1, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJ, de Almeida MC. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. Rev Latino-am Enfermagem (online) 2009; 17(6), 8p.
A19	Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado Mde F. Formação do vínculo na implantação do PSF numa UBS. Rev Esc Enferm USP 2009;43(2):358-64.
A20	Nery SR, Nunes EFOA, Carvalho BG, Melchior R, Baduy RS, Lima JVC. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). Ciênc. saúde coletiva 2009; 14(supl.1): 1411-1419. Pinafo E, Lima JVC, Baduy RS. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. Espaço para a saúde (Online) 2008; 9(2): 17-25.
A21	Pereira AD, Freitas HMB, Ferreira CLL, Marchiori MRCT, Souza MHT, Martha Backes DS. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento Rev Gaucha Enferm. 2010; 31(1): 55-61.
A22	Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no programa saúde da família. Interface comun. saúde educ. 2011; 15(36): 185-198.
A23	Queiroz ES, Penna CMM. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas-MG. Revista Mineira de Enfermagem 2011;15 (1): 62-9.
A24	Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ciênc. saúde coletiva 2006; 11(1):53-61. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública 2007; 23(1): 75-85.
A25	Santos EV, Soares NV. O acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para a enfermagem Nursing (São Paulo) 2010; 13(145): 236-240.
A26	Schimith MD, Lima, MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saude Publica 2004; 20(6): 1487-1494.
A27	Scholze AS, Ávila LH, Silva MM, Dacoreggio ST. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. Espaço para a saúde (Online) 2006; 8(1):7-12.
A28	Silveira MFA, Felix LGA, Araújo DV, Silva LC. Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da atenção à saúde. Cogitare enferm. 2004; 9(1): 71-78.
A29	Takemoto ML, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica 2007; 23(2):331-40.
A30	Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. Ciênc. saúde coletiva 2011; 16(3):1969-1980.

Figura 2 – Estudos incluídos en la revisión sistemática sobre las prácticas de humanización

Cada estudio fue analizado en términos de calidad y clasificado: 18 como Fuerte (A3, A5, A6, A8, A10, A11, A14, A17, A19, A20, A22, A24, A25, A26, A27, A28, A29, A30), 5 como Bueno (A2, A15, A16, A21, A23), 2 como Débil (A1, A12) y 5 como con Ruido (A4, A7, A9, A13, A18).

Los resultados fueron combinados en ocho categorías empíricas: actitudes y creencias; conceptos de salud y cuidado; barreras; facilitadores; educación y capacitación; relación profesional-paciente; trabajo en equipo y provisión de prácticas de humanización. En este artículo, describimos las categorías: conceptos de salud y cuidado; barreras; facilitadores; educación y capacitación sobre prácticas de humanización y provisión. En otro artículo describimos otras tres categorías identificadas en la revisión<sup>(16)</sup>.

### **Categoría 1: Conceptos de salud y cuidado en las prácticas de humanización**

Esta categoría abarcó las percepciones de los profesionales de salud sobre conceptos de salud y cuidado relacionados a las prácticas de humanización. Fue encontrada en 17/30 estudios.

Respecto al concepto de salud, más de 30 profesionales indicaron la necesidad de considerarse el paciente dentro de una perspectiva física, psicológica y espiritual y su contexto social y cultural, además de la dimensión biológica (A3, A4, A7, A9, A16, A17, A20, A21, A23).

Con relación al concepto de cuidado, más de 60 trabajadores mencionaron la importancia de la personalización de la atención, recuperación de las tecnologías blandas, responsabilidad compartida, acogimiento del usuario, necesidad de confrontar problemas sociales y promover cambios de comportamiento (A14, A20, A22, A24, A28, A29).

Algunos profesionales mencionaron y fue observado que el escape del modelo curativo tradicional ocurre cuando los profesionales buscan establecer un concepto amplio de la salud, mediante la recuperación de la esencia del cuidado, responsabilidad, sensibilidad a la escucha, perspectiva integradora, uso de tecnologías blandas, rescate de la relación profesional-paciente, práctica sanitaria que promueve los cambios de comportamiento y mejore la calidad de vida (A14, A20, A22, A24, A28, A29).

Los profesionales relataron dificultades para cumplir con los conceptos de salud y cuidado relacionados a la unicidad, autonomía y corresponsabilidad debido a una actividad sanitaria marcada por individualismo, comportamiento que responde a quejas y fraccionamiento

de las actividades terapéuticas (A2, A4, A7, A9, A13, A20, A21, A24, A29).

La búsqueda por la productividad, falta de condiciones de trabajo, conceptos inadecuados de salud-enfermedad, condiciones sociales injustas de la comunidad y los conceptos predeterminados de los trabajadores sobre los usuarios de la salud fueron citados como barreras al alcance del cuidado universal (A2, A7, A9, A26, A28).

### **Categoría 2: Barreras a las prácticas de humanización**

Esta categoría abarcó las percepciones de los profesionales de salud sobre dificultades, barreras y limitaciones relacionadas a las prácticas de humanización. Esta categoría fue encontrada en 23/30 estudios.

Más de 700 trabajadores relataron factores relacionados a: 1) Falta de *feedback* (A1); 2) Falta de referencia y contra-referencia (A1, A4, A2, A14, A15, A17, A30); 3) Exceso de demanda, espacio físico inadecuado, falta de materiales y profesionales (A2, A3, A4, A11, A13, A15, A17, A14, A18, A20, A22, A24, A25, A26, A27, A28, A29, A30); 4) Falta de apoyo, colaboración y atención del Departamento Municipal de Salud y de participación comunitaria en las reuniones promovidas por los servicios de salud (A3, A24, A26, A30); 5) Exceso de trabajo burocrático y falta de tiempo (A3, A17, A20); 6) Horarios de trabajo inflexibles (A3, A14, A15, A18, A24); 7) Gestión vertical (A4, A13, A20); 8) Insatisfacción de los profesionales con las condiciones de trabajo (A2, A4, A20, A26, A28, A30); 9) Falta de grupos educacionales, profesionales de salud mental y otras áreas para encaminamiento (A9, A20); 10) Postura inapropiada de los profesionales y usuarios sobre prácticas de acogimiento y humanización (A9, A10, A11, A13, A15, A17, A20, A22, A23, A24, A26, A27); 11) Falta de trabajo en equipo y definición de los papeles profesionales (A10, A13, A15, A20, A26); 12) Falta de acogimiento y equipos del Programa de Salud de la Familia (A14, A19); 13) Problemas relacionados a las condiciones sociales insatisfactorias en la comunidad (A9, A28, A29); 14) Falta de conocimientos y capacitación específica sobre el Sistema Único de Salud y el Programa de Salud de la Familia para trabajar en la Atención Primaria de Salud (A25, A30).

### **Categoría 3: Facilitadores de las prácticas de humanización**

Esta categoría abarcó las percepciones de los profesionales sobre facilitadores y factores que promueven las prácticas de humanización. Esta categoría estaba presente en 18/30 estudios.

Más de 300 trabajadores mencionaron factores relacionados a: 1) Comprometimiento de los equipos y responsabilidad ante la comunidad (A3, A14, A19, A30); 2) Gestión participativa, incluyendo la red del Sistema Único de Salud, los coordinadores del Programa de Salud de la Familia, Consejo Municipal de Salud, asociaciones profesionales y el tercer sector (A3, A10, A17, A24, A30); 3) Práctica de acogimiento dentro de 5 minutos (A5); 4) Discusiones continuas entre el equipo del servicio de salud para evaluar y reprocesar el acogimiento (A10, A27); 5) Condiciones de trabajo favorables, tales como más tiempo, menos personas para atender, mejor espacio físico, más recursos (A9, A12, A17, A18, A25, A30); 6) Comprometimiento de la comunidad y reconocimiento positivo expresos por pacientes (A11, A20, A28); 7) Diálogo, relación profesional-paciente y mejor conocimiento de las necesidades de la comunidad a través de un proceso de trabajo llamado de asignación de la comunidad (A14, A19, A20); 8) Comprensión y aceptación del acogimiento por los profesionales y usuarios, disponibilidad del paciente para "dar su lugar a otro paciente en condiciones más severas" (A15); 9) Presencia de trabajo en equipo, evaluación de desempeño y división apropiada de las actividades entre los profesionales (A10, A14, A15, A17, A19, A20, A27); 10) Continuación de la educación y capacitación de los profesionales de salud (A10, A17, A19, A25); 11) Uso de protocolos y registros de datos de acogimiento (A9, A10); 12) Flexibilidad para citas de consultas y práctica menos burocrática (A18); 13) Organización de grupos programáticos, grupos de apoyo y prestación de otros servicios profesionales (A3, A10); 14) Implementación de contratos públicos que contribuyen a la retención de los profesionales en sus áreas de trabajo, previniendo la rotación (A19).

#### **Categoría 4: Influencia de la educación y capacitación en las prácticas de humanización**

Esta categoría abarcó las percepciones de los profesionales de salud sobre la influencia de la educación y capacitación en el contexto de las prácticas de humanización, con consideraciones sobre los cursos de postgrado y educación continuada. Esta categoría fue encontrada en 7/30 estudios.

Más de 60 profesionales, incluyendo gestores, relataron la necesidad de mayor capacitación y mayor concientización sobre las prácticas de humanización (A15, A17, A25). Entre esos, nueve enfermeros subrayaron la necesidad de capacitación sobre la conformación y operación de los equipos multidisciplinarios para aplicar el acogimiento (A15).

Estudios relataron dificultades en la capacitación de los recursos humanos para trabajar en la Atención Primaria y con prácticas de humanización (A2, A15, A17, A25, A30). Los profesionales de seis servicios de salud relataron la no-operación de la capacitación orientadora, o que solamente algunos profesionales pueden participar, destacando la falta de capacitación para dentistas y auxiliares de enfermería (A30).

Los profesionales relataron experiencias de capacitación/oficinas sobre el acogimiento en el trabajo y la humanización del cuidado (A22, A30); auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud mencionaron participación frecuente en capacitaciones y actividades de salud (A30). Un equipo del Programa de Salud de la Familia mantiene un proyecto de Educación Continuada para capacitar y cualificar profesionales según los principios de la política de humanización (A17).

#### **Categoría 5: Prestación de las prácticas de humanización**

Esta categoría abarcó las percepciones de los profesionales de salud sobre la prestación de prácticas de humanización, su organización, práctica y sus consecuencias. Esta categoría estaba presente en 26/30 estudios.

Los profesionales relataron la implementación de las prácticas de humanización en la APS, tales como el acogimiento, integralidad, acceso, vínculo, universalidad, práctica centrada en el paciente y clínica ampliada (A1, A5, A6, A9, A10, A11, A14, A15, A23, A24, A27, A29, A30).

Respecto al acogimiento, a partir de su implementación y consecuente reorganización del proceso de trabajo en un servicio de salud, fueron observados cambios en el acceso a los servicios, demostrados por el aumento extraordinario en la prestación de cuidados generales por el servicio a lo largo de un año; los datos referentes al servicio muestra que la eficiencia aumentó en el 600% [productividad/horas trabajadas] con relación al aumento extraordinario en la producción de los enfermeros, asistentes sociales y auxiliares de enfermería a través de la implementación del acogimiento y del proceso de reorganización del trabajo (A10).

En diez servicios de salud, fue observado que las acciones relacionadas al proceso de acogimiento fueron la identificación del problema del paciente y la propuesta de una respuesta; el encaminamiento de los pacientes hacia otros servicios, tales como emergencia, consulta médica, etc.; anamnesis del paciente respecto a la queja; relevamiento para encaminamiento inmediato o mediato; según un número pre-establecido de consultas

y la severidad de la queja; práctica de examen físico y verificación de los signos vitales, con foco en la queja; supervisión del asistente de enfermería durante el acogimiento; supervisión de la puerta de entrada del servicio; distribución de contraseñas de atención; ejecución de consultas médicas o de enfermería; alteración de prescripciones de medicamentos; prestación de orientaciones de salud; prestación de cuidados de heridas; administración de medicamentos; ejecución de escucha cualificada para atender a las necesidades de los pacientes; prestación de apoyo a personas que buscan el servicio (A9).

La prestación de prácticas de humanización alteró la organización y la división del trabajo entre los equipos de APS, especialmente debido a la implementación del acogimiento (A5, A9, A13, A18, A26, A27, A30).

El acogimiento resultó en el aumento de la carga de trabajo y del desempeño de los equipos con la reorganización del proceso de trabajo (A10, A22, A29). En algunos servicios, todos los miembros del equipo ofrecieron el acogimiento (A6, A10). En otros, fue la responsabilidad del equipo de enfermería (A9, A15, A29) y, en varios otros, médicos estaban en los bastidores del acogimiento (A10, A11, A15). El acogimiento causó cambios en el proceso de trabajo del equipo de enfermería, resignificando el cuidado para los auxiliares de enfermería (A10, A29).

En algunas consultas y algunos servicios, se observó que el acogimiento fue llevado a cabo por el auxiliar de enfermería cuidadosamente, demostrando disponibilidad, interés, involucramiento y respuesta a las necesidades de los usuarios (A5). Diecisiete enfermeros relataron que todos los profesionales desempeñaban el acogimiento de forma dinámica y continuada a todo momento y en todo lugar (A6).

En diez servicios de salud, se observó que, respecto a los profesionales que practican el acogimiento, en general, los enfermeros y los auxiliares de enfermería son responsables por esa actividad, con el médico en los bastidores; en algunos servicios, el agente comunitario de salud era responsable por el acogimiento, observándose en promedio 40 casos de acogimiento por día, con duración de tres a 15 minutos cada (A9). Entre 15 trabajadores de enfermería, la mayoría confirmó la práctica del acogimiento, con solamente dos médicos que afirmaron no hacerlo (A11). En nueve servicios de salud existe grande diversidad en la composición de los equipos de trabajo que ejecutaron el acogimiento: los auxiliares de enfermería estaban en la línea de frente de esa práctica, con la participación de los enfermeros para referencia técnica, y de los médicos como apoyo en casos no solucionados, limitados a 12 plazas para

consulta por médico, sin vínculo y responsabilidad por esa práctica (A15).

Los equipos de atención primaria tenían dudas en la implementación de las prácticas de humanización, especialmente en la organización de los servicios y de los equipos de trabajo relacionadas al acogimiento (A9, A12, A20, A21, A22, A24, A26); esta práctica solía llevar a consultas médicas, sin alterar las prácticas del equipo o la gestión del servicio (A9, A26, A27, A29).

Los trabajadores y gestores relataron y también fue observado que algunos servicios no ofrecían prácticas de humanización, resultando en el acceso restringido y limitado para los pacientes, el foco del trabajo en las consultas y medicaciones, siendo exclusivo a las especialidades médicas de media y alta complejidad, baja capacidad de solucionar problemas, falta de tecnologías blandas, siendo el acogimiento aplicado principalmente como técnica de recepción, tamizaje y encaminamiento, sinónimos de la sala de emergencia o de espera; procesos de trabajo con foco en procedimientos y técnicas, además de la división del proceso de trabajo por cada especialidad; apego a los procedimientos y protocolos; práctica burocrática (A2, A4, A5, A7, A13, A15, A18, A28, A24, A26, A28, A29, A30).

## Discusión

Los conceptos de los profesionales sobre la salud respecto a las prácticas de humanización abarcaron las perspectivas física, social, psicológica y espiritual en búsqueda del bienestar y de la calidad de vida a través de la atención integradora. El concepto del cuidado incluyó el uso de tecnologías blandas, personalización del cuidado, potenciación del paciente, corresponsabilidad, acceso a los servicios, acogimiento, referencia y contra-referencia, trabajo en equipo, comportamiento profesional adecuado, cambios en el proceso de trabajo, demanda de atención para los procesos sociales y de creación de oportunidades para que los pacientes cambien sus vidas.

Desde el final del siglo 20, en el contexto brasileño, diferentes propuestas, tales como el cuidado integrador, la promoción de salud y las prácticas de humanización buscaron superar impases técnicos, políticos y éticos en la atención de salud<sup>(17)</sup>. Como la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión se refería a prácticas brasileñas, no fue una sorpresa encontrar conceptos de salud y cuidado que abarcan estas propuestas y prácticas.

La promoción de salud se basa en un concepto ampliado de salud y enfermedad y sus determinantes. En este concepto, los profesionales de salud y la población

son considerados como sujetos del proceso y el foco de la atención tiene relación con el modo de vida y las condiciones de trabajo de los individuos y grupos sociales y su impacto en el proceso de salud-enfermedad<sup>(18)</sup>.

Las teorías de enfermería también presentan conceptos ampliados de salud y cuidado, relacionados al contexto bio-psico-socio-espiritual, relacionamientos interpersonales, cuidado holístico, potenciación y necesidades de atención de salud. Algunos ejemplos son: Florence Nightingale demostró la relación entre la persona y el ambiente con la salud, Martha Rogers mantuvo esa relación e incluyó el concepto del cuidado holístico, Rosemarie Parse amplió la percepción de una persona a través de la inclusión del dominio espiritual, Madeleine Leininger incluyó los aspectos culturales, Virginia Henderson las necesidades básicas y el autocuidado, Hildegard Peplau la importancia de los relacionamientos interpersonales, Afaf Meleis el concepto de las transiciones, Jean Watson el concepto de un evento crítico y Wanda Horta el concepto de las necesidades básicas humanas<sup>(19-21)</sup>.

Por lo tanto, en la discusión de la promoción de salud, las teorías de enfermería y los profesionales de la APS presentan conceptos de salud y cuidado relacionados a las prácticas de humanización que no son idealizados ni fragmentados. Así, los enfermeros son estimulados a reconocer y reafirmar el papel de la enfermería en la promoción de la calidad de vida para aquellos no más logran cuidarse solos.

Sin embargo, los profesionales también mencionaron barreras al trabajo según esos conceptos de salud y cuidado para la prestación de las prácticas de humanización. Ni todas las barreras estaban presentes en la misma práctica, pero eran comunes en muchos servicios. Representa un verdadero reto a los equipos, gestores y usuarios modificar esas barreras hacia la atención integral y universal.

Uno de los principales retos éticos actuales en el Sistema Único de Salud es la producción de vínculos terapéuticos para garantizar a los usuarios, familias y comunidades la posibilidad de atención en el momento adecuado<sup>(22)</sup>. Las dificultades de acceso y encaminamiento ponen la cobertura universal en peligro y también influyen en las relaciones de los profesionales con los usuarios y la comunidad, especialmente con relación a la confianza en los servicios de APS.

Por otro lado, los profesionales citaron muchos facilitadores de las prácticas de humanización. Los facilitadores fueron más comunes en los servicios que habían ejecutado el acogimiento desde hacía más tiempo, en aquellos con acceso ampliado y que llevaban

a cabo reuniones con todos los profesionales para evaluar los servicios de atención de salud.

La complejidad de los problemas y la organización de los servicios en la APS demandan cambios en las actitudes y valores de los profesionales y usuarios<sup>(23)</sup>. Esos cambios también incluyen el ofrecimiento de condiciones de trabajo adecuadas para permitir el comprometimiento de los equipos y la responsabilidad ante la comunidad. Son necesarias la capacitación específica de los trabajadores y la gestión participativa, abarcando los servicios de salud, el Consejo Municipal de Salud, organización de clase y el tercer sector para estimular la comprensión y promover la coparticipación de los profesionales y usuarios.

La complejidad de la Atención Primaria de Salud también demanda nuevos perfiles profesionales para responder a las necesidades de la comunidad. El reto creciente de las instituciones educacionales es preparar los profesionales para trabajar en diferentes niveles del sistema de salud, especialmente en la APS, alineados con el sistema, el trabajo en equipo, la atención integral, horizontal y más dirigida al proceso de trabajo<sup>(18)</sup>.

Los profesionales, incluso los gestores, relataron la necesidad de mayor capacitación para el equipo. Los profesionales informaron que no vienen preparados para trabajar en la Estrategia de Salud de la Familia, ni para prácticas de humanización. Según los profesionales, esa falta de preparación estaba relacionada a la falta de esos contenidos en la educación de pregrado y continuada. Para trabajar con conceptos ampliados de salud y cuidado en la APS, es necesario reconsiderar los conceptos de salud y cuidado divulgados en los cursos de postgrado y capacitación.

Se debe observar la influencia flexneriana en la formación de los profesionales de salud, basada en los aspectos mecánico, biológico y técnico, y en la práctica orientada por la queja<sup>(24)</sup>. La enseñanza de las prácticas de humanización también sufre la influencia de la biomedicina científica. El modelo racionalista, mecanicista y dualista de la racionalidad científica, dominante en la salud, previene el reconocimiento de otras "verdades" sobre la atención de salud, opuestas al reduccionismo de la patología clínica y fisiología mecánica<sup>(25)</sup>.

Respecto a la educación continuada, una intervención pedagógica en dos servicios de salud tratando de temas relacionadas al sistema de salud y prácticas de humanización mostró que, tras un año, fue observado impacto en los procesos de gestión y de trabajo de algunas prácticas, con mejor acceso y un mejor relacionamiento entre los profesionales y la comunidad<sup>(26)</sup>.

Un equipo de salud necesita de competencias técnicas, asistenciales y gerenciales; demanda además de la capacitación básica otras habilidades, incluidos la escucha ampliada, la comunicación y el trabajo en equipo<sup>(26)</sup>. Es el caso de las habilidades relacionadas a la enfermería para la cobertura universal de salud. Además, son necesarias capacitación y educación continuada que vinculan la teoría y la práctica, para fines de preparar enfermeros y obstetras cualificadas para ser liderazgos y gestores eficaces, según la propuesta de las directivas estratégicas para la educación, capacitación y desarrollo de carrera de la enfermería y obstetricia<sup>(27)</sup>.

Respecto a la prestación de las prácticas de humanización, en algunos servicios, el equipo completo, o solamente algunos profesionales, participó en el acogimiento para aumentar el acceso, el vínculo y la responsabilidad ante la comunidad. En otros servicios, el acogimiento no fue aplicado para reorganizar el proceso de trabajo, pero los profesionales estaban buscando mejorar el proceso de la atención y el relacionamiento con los pacientes a través de la atención integral y universal y la escucha ampliada.

Los profesionales informaron problemas en la prestación de las prácticas de humanización. Los resultados indicaron que, muchas veces, el resultado del acogimiento cuando equivocadamente confundido con la atención de emergencia fue la consulta médica o la medicación, aislándose por lo tanto del objetivo de las prácticas de humanización, que es el aumento de la relación profesional-paciente y la atención a las necesidades de la comunidad a través de la prestación de cuidados centrados en las personas. El acogimiento demanda el diálogo y la escucha cualificada para resultar en un ambiente de trabajo positivo, en la potenciación y en el trabajo en equipo.

Los profesionales relataron que la prestación de prácticas de humanización, especialmente la implementación del acogimiento, llevó a cambios en el trabajo en equipo. Los resultados indicaron que el equipo de enfermería muchas veces lidera el acogimiento con la presencia de los técnicos y auxiliares de enfermería. El equipo de acogimiento también abarca los agentes comunitarios de salud, asistentes sociales y auxiliares odontológicos. Los enfermeros participan en el equipo de acogimiento y muchas veces actúan en los bastidores del equipo de enfermería y de los agentes comunitarios. También en los bastidores están los médicos y dentistas, que apoyan y aconsejan el equipo de acogimiento, pero sin mostrar mayores alteraciones en sus prácticas de trabajo.

Los trabajadores de un equipo multidisciplinario generalmente consideran que el trabajo de salud es llevado a cabo por diferentes profesionales de manera

compartida, pero muchas veces no se dan cuenta que la autonomía absoluta de un profesional con relación a otros trabajadores y usuarios interrumpe la construcción de un trabajo compartido<sup>(28)</sup>.

Ese fue el caso relatado por algunos profesionales respecto a aquellos médicos que sentían dificultades para participar en el acogimiento y aislaban sus actividades en la APS. Pero difería de lo que fue descrito sobre algunos miembros del equipo de enfermería y otros profesionales que lograron trabajar en equipo y aumentar su parte en el servicio a través del acogimiento.

Los profesionales relataron que la implementación del acogimiento llevó a cambios importantes en la práctica de los profesionales no-médicos en la APS, especialmente para los asistentes sociales y profesionales de enfermería que amplifican sus acciones de cuidado de salud. Eso cumple con una premisa del acogimiento, que es retirar el papel del médico como único protagonista del cuidado y la ampliación de la práctica clínica conducida por otros profesionales<sup>(29)</sup>.

El contexto de la Atención Primaria de Salud demanda la responsabilidad mutua y la atención integrada, además de la comprensión de que el acogimiento no corresponde al tamizaje y que la conducta basada en quejas no debe ser la meta de los equipos de salud. Los profesionales que tienen contacto con las prácticas de humanización tenían conceptos ampliados de la salud y del cuidado. Pero esa expansión ni siempre ha sido suficiente para alterar la lógica de trabajo en los servicios y alcanzar la cobertura universal de salud.

La cobertura universal de salud es un concepto ambicioso. Establece lo que debe ser alcanzado pero poco sobre como alcanzarlo. El primero paso es la construcción de una fuerza de trabajo en la salud que es adecuado al objetivo y adecuado a la práctica<sup>(30)</sup>.

Algunas de las Directivas Estratégicas para el Fortalecimiento de los Servicios de Enfermería y Obstetricia<sup>(4)</sup> pueden ayudar a alcanzar la cobertura universal de salud. Esas son: estrategias desarrolladas para estimular los individuos, familias y comunidades a ejercer un papel más proactivo en la evaluación de las necesidades de salud y de la eficacia de la prestación de servicios; incorporación de normas de práctica para el cuidado centrado en las personas en la prestación de los servicios de salud con calidad; desarrollo e implementación de modelos de APS liderados por enfermeros y obstetras; herramientas y modelos para mejorar la calidad de la práctica, especialmente dentro de la APS; cambios basados en investigaciones sobre las prácticas de enfermería y obstetricia para mejorar los servicios y los resultados de salud; fortalecimiento de la colaboración interprofesional y multisectorial

para maximizar la contribución de los enfermeros y obstetras a las metas de salud y desarrollo<sup>(4)</sup>.

Resultados relacionados a las obstetras no fueron identificados en esta revisión sistemática. La práctica obstétrica también es discutida en la política brasileña de humanización; ese alcance es conocido como humanización del parto y nacimiento y aboga por el respecto a los derechos (sexuales y reproductivos, al acceso universal, a la tecnología disponible) de las mujeres; tratamiento respetuoso de los profesionales; alivio del dolor y prevención del dolor iatrogénico<sup>(31)</sup>.

En un estudio controlado aleatorizado<sup>(32)</sup> sobre el impacto de la atención de prenatal suplementaria ofertada por enfermeros en una comunidad, relaciona esta práctica a resultados positivos para la salud de las embarazadas. Con base en ese estudio<sup>(32)</sup>, se pudo identificar las habilidades generales, exigencias de capacitación y educación para la cobertura universal de salud. Las habilidades generales fueron: una aproximación holística y universal que reconoce los elementos físicos, emocionales y espirituales de la gravidez; el ofrecimiento de apoyo y la discusión

de temas relacionados a la nutrición, estilo de vida, seguridad alimentaria, salud psicosocial y abuso, posibles complicaciones médicas y ejercicios, atención multilingüe y culturalmente apropiada. Las demandas de capacitación y educación fueron relacionadas a la salud comunitaria, capacitación en la atención prenatal y seguimiento postnatal, aproximación a la persona total, perspectiva humanista del aprendizaje, atención integral al parto y nacimiento, aproximación de asesoramiento con foco en la solución, tratamiento de la comunidad como colaboradora, rastreo para abusos y encaminamiento.

Una amplia variedad de servicios de enfermería fue presentada en los resultados de esta revisión sistemática, tales como consultas de enfermería, gestión de los servicios, orientación de los técnicos y auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud, responsabilidades relacionadas a la vacunación, visitas domésticas, organización de grupos terapéuticos, participación en consejos de salud comunitaria. Para prestar esos servicios y alcanzar la cobertura universal de salud, se muestra un rol de demandas en la Figura 3.

Demandas	Descripción
Habilidades generales	Escucha cualificada, diálogo, respeto, responsabilidad, empatía, vínculo, afección, atención, aproximación centrada en el paciente, promoción de la potenciación y autonomía, comprensión de la organización del sistema de salud y de los servicios de la APS, trabajo en equipo, adscripción de la comunidad, liderazgo y gestión, comprensión del acogimiento, uso de tecnologías blandas, valorización de los pacientes y colegas, confianza, solidaridad, dignidad y respeto por los principios éticos.
Aproximación interdisciplinaria y interprofesional	Promoción de ambientes de trabajo positivos, calidad de la atención, comunicación, comprometimiento del equipo y responsabilidad ante la comunidad, gestión participativa, discusión continuada sobre el proceso de trabajo, trabajo en equipo, evaluación de desempeño y división adecuada de las actividades entre los profesionales, uso de protocolos y registro de datos del acogimiento, flexibilidad para las consultas, citas y práctica menos burocrática
Educación y capacitación	Tecnologías leves y organización del sistema de salud con foco en la APS, como temas específicos a ser aprendidos en los cursos de pregrado, postgrado, educación continuada, para nuevos trabajadores y para profesionales con mayor experiencia
Reclutamiento, distribución y retención	Condiciones de trabajo adecuadas, tales como más tiempo, menos personas a ser atendidas, mejor espacio físico, más recursos, participación comunitaria y reconocimiento verbalizado por los usuarios, vínculo profesional-comunidad, condiciones sociales apropiadas de la comunidad (acceso al agua, saneamiento básico, recolección de basuras, ejecución de contratos públicos (largo plazo) contribuyendo a la retención de los profesionales en las áreas cubiertas

Figura 3 – Demandas de enfermería para la cobertura universal de salud

Los retos de la enfermería para la cobertura universal de salud, con base en las demandas presentadas, se refieren a la educación y capacitación, condiciones de trabajo adecuadas en la APS y definición clara de papeles. Esos retos son intrínsecamente relacionados, considerando que la combinación de la educación y capacitación con las condiciones de trabajo ayuda a definir el papel de la enfermería en la APS.

La educación y la capacitación considerando los conceptos ampliados de salud y cuidado, condiciones de trabajo adecuadas en la APS, con trabajo en equipo y un ambiente positivo, son fundamentales para reconocer y reafirmar el papel de la enfermería en la promoción de la calidad de vida y del cuidado centrado en las personas. El papel de la enfermería en la APS va más allá del tratamiento de personas enfermas. La demanda

de cuidado puede estar relacionada a la orientación, autonomía personal y potenciación, al autocuidado de los pacientes y al cuidado de los familiares.

Entre los estudios incluidos en la revisión sistemática, una enfermera en un servicio de salud sin prácticas de humanización relató que no había nada más a hacer para un paciente terminal (A26). Eso demuestra la incompatibilidad de una enfermera con su papel profesional. La enfermería va más allá del diagnóstico, ser un enfermero significa cuidar de alguien sin capacidad para hacerlo en cualquiera fase del proceso de vida y muerte.

Sin embargo, se comprende que el concepto ampliado de salud y cuidado está opuesto al concepto fragmentado con foco médico actualmente presente en muchos locales de trabajo, presentado en la media y enseñado en varios cursos de salud. Por lo tanto, son necesarias inversiones en el trabajo en equipo multidisciplinario, en la oferta del acogimiento por los servicios, tanto para los pacientes como para los profesionales, privilegiando áreas terapéuticas y el uso de tecnologías blandas, para promover momentos de encuentro que crean vínculos y mejoran el reconocimiento de la enfermería por los pacientes, por la comunidad y por otros profesionales.

En general, los resultados de esta revisión sistemática están de acuerdo con algunas de las estrategias para la Cobertura Universal de Salud propuestas por el 6º Fórum Global de Enfermería y Obstetricia. Esas son: políticas que abarcan la visión de la CUS para garantizar los servicios integrados centrados en las personas; aproximación educacional a la calidad y relevancia de la fuerza de trabajo de enfermería y obstetricia para atender a las demandas de salud locales y nacionales en evolución; intervenciones que mejoren el acceso a los servicios y estrategias de apoyo a colaboraciones para minimizar las barreras a los servicios de salud<sup>(33)</sup>.

Una limitación en este estudio es que la mayoría de los estudios incluidos en la revisión son brasileños. Aunque así, los resultados pueden ser aplicados a diferentes realidades, especialmente a los países de renta baja y media y a los sistemas de salud en el enfrentamiento con retos críticos sanitarios y sociales, una vez que estos son los desafíos de la APS brasileña. Las prácticas de humanización pueden optimizar la atención de enfermería y su capacidad de respuesta a la implementación de la cobertura universal de salud.

La enfermería como práctica social demanda reflexiones sobre la complejidad de las cuestiones sociales y de salud, según la pluralidad de la sociedad contemporánea. En su trabajo diario, los enfermeros

deben conjugar principios y valores con competencias, en un ambiente de corresponsabilidad y atención<sup>(34)</sup>.

## Conclusiones

Los retos de la enfermería para la cobertura universal de salud se refieren a la educación y capacitación, condiciones de trabajo adecuados en la APS y una definición clara de los papeles en la APS. Dificultades deben ser superadas, tales como conceptos fragmentados de salud y cuidado, e invertir en equipos de trabajo multidisciplinarios, potenciación de la comunidad, relación entre profesional y usuario, acogimiento, uso de tecnologías blandas, con vistas a promover la calidad de vida, el cuidado holístico y mejorar el reconocimiento de la enfermería por los pacientes y otros profesionales.

La calidad de los resultados en esta revisión sistemática puede ser clasificada como bajo nivel de evidencia, ya que la mayoría de los estudios utilizaron entrevistas y grupos focales como principal método de recolecta de resultados. Aunque así, con base en los beneficios percibidos presentados por los profesionales con relación a las prácticas de humanización en la Atención Primaria, esa práctica puede ser fuertemente recomendada. Las evidencias sugieren que el papel de la enfermería en la línea de frente de la APS para fines de la CUS puede beneficiarse de las prácticas de humanización y de un concepto más integrador de salud y cuidado.

## Agradecimientos

Al Departamento de Profesionales de Salud, particularmente Sra. Annette Mwansa Nkowane, Oficial Técnica de Enfermería y Obstetricia de la Organización Mundial de Salud en Ginebra, Suiza, por la lectura de la versión preliminar de este artículo y por las sugerencias que mejoraron la calidad de la discusión, realizadas durante una pasantía de doctorado.

## Referencias

1. Campbell J. The route to effective coverage is through the health worker: there are no shortcuts. *Lancet*. 2013;381:725.
2. UN. United Nations. Health in the post-2015 UN development agenda. Thematic Think Piece. Geneva: UNAIDS, UNICEF, UNFPA, WHO; 2012.
3. Cometto G, Witter S. Tackling health workforce challenges to universal health coverage: setting targets

- and measuring progress. *Bull World Health Organ.* 2013;91:881-85.
4. World Health Organization. *Strategic directions for Strengthening Nursing and midwifery services 2011–2015.* Geneva: WHO; 2010.
  5. Ministério da Saúde (BR). *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
  6. Della Nora C, Junges JR. Humanization policy in primary health care: a systematic review. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(6):1-15.
  7. Lopes ALM, Fraccolli LA. Systematic Review of Literature and Qualitative metasynthesis: considerations about their application in nursing research. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):771-8.
  8. Sandelowski M, Voils CI, Barroso J. Defining and Designing Mixed Research Synthesis Studies. *Res Sch.* 2006;13(1):29.
  9. Sandelowski M, Barroso J. *Handbook for synthesizing qualitative research.* New York: Springer; 2007.
  10. The Joanna Briggs Institute. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual: 2011 edition.* Adelaide: Institute Joanna Briggs; 2011.
  11. Knaf K, Sandelowski M, [Jamie Crandell](#), [Jennifer Leeman](#), Julia S-K. Mixed-methods synthesis of research on childhood chronic conditions and family [Internet]. Chapel Hill (NC): School of Nursing at University of North Caroline, National Institute of Nursing Research, National Institutes of Health, R01NR012445; 2015. [Acesso 30 jun 2016]. Disponível em: <http://nursing.unc.edu/research/developing-innovative-approaches-to-enhance-science-its-translation-to-practice/mixed-method-synthesis-of-research-on-childhood-chronic-conditions-and-family/>
  12. Sandelowski M, Barroso J, Voils CI. Using Qualitative Metasummary to Synthesize Qualitative and Quantitative. *Res Nurs Health.* 2007;30:99-111.
  13. Voils CI, Sandelowski M, Barroso J, Hasselblad V. Making Sense of Qualitative and Quantitative Findings in Mixed Research Synthesis Studies. *Field Method.* 2008;20(1):3-25.
  14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated Criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57.
  15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009;6(6):e1000097.
  16. Schweitzer MC, Zoboli ELCP, Vieira MMS. Health workforce and universal health coverage: a systematic review about humanization practices. *Hum Resources Health.* In press 2015.
  17. Ayres JRCM. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva.* 2007;17(1):43-62.
  18. Chiesa AM, Nascimento DDG, Bracciali LAD, Oliveir MAC, Ciampone MHT. A Formação de Profissionais da Saúde: Aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm.* 2007;12(2):236-40.
  19. Mckenna H. *Nursing theories and models.* New York: Routledge; 2005.
  20. Meleis AI. *Theoretical nursing: Development and progress.* 5.ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
  21. Oliveira MAC. Re(thinking) Nursing carative projects through the light of population health needs. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(3):401-5.
  22. Pasche DF. Desafios éticos para a consolidação do SUS. In: Caponi S, Verdi M, Brzozowski FS, Hellmann F. *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria.* Palhoça: Ed Unisul; 2010. p. 381-9.
  23. Zoboli ELCP. Desafios éticos para a consolidação do SUS. In: Caponi S, Verdi M, Brzozowski FS, Hellmann F. *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria.* Palhoça: Ed Unisul; 2010. p. 373-80.
  24. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. The odontological practice in the Basic Health Units in Feira de Santana, Bahia, in the health municipalization process: individual, autonomous, curative and technical activities. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003;8(2):599-609.
  25. Luz MT. *Natural, Racional, Social. Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna.* São Paulo: HUCITEC; 2012.
  26. Rimoli J. Análise de uma intervenção pedagógica em Centros e Saúde e seu impacto na Assitência e na gestão. In: Merhy EE, Junior HMM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Hucitec; 2003. p. 199-296.
  27. World Health Organization. *Nursing and midwifery progress report 2008–2012.* Geneva: WHO; 2013.
  28. Lopes TC, Henriques RLM, Pinheiro R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potencia do espaço público. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2007. p. 29-40.
  29. Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. User embracement and social (de)medicalization: a challenge for the family health teams. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(Supl.3):3615-24.
  30. Campbell J. Towards universal health coverage: a health workforce fit for purpose and practice. *Bull World Health Organ.* 2013;91:881-5.
  31. Diniz CSG. Humanization of childbirth care in Brazil: the numerous meanings of a movement. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(3):627-37.

32. Tough SC, Johnston DW, Siever JE, Jorgenson G, Slocombe L, Lane C, et al. Does Supplementary Prenatal Nursing and Home Visitation Support Improve Resource Use in a Universal Health Care System? A Randomized Controlled Trial in Canada. *Birth*. 2006;33:3.
33. World Health Organization. 6th Global Forum for Government and Midwifery Officers. Geneva: WHO; 2014.
34. Zoboli ELCP, Schweitzer MC. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(3):695-703.

Recibido: 20.5.2015

Aceptado: 4.7.2015

---

Correspondencia:

Mariana Cabral Schweitzer  
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem  
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419  
Bairro: Cerqueira César  
CEP: 05403-000, São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: marycabral101@gmail.com

**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.