

Indicadores de Buenas Prácticas de Enfermería para grupos vulnerables en la Atención Primaria de la Salud: Revisión de Alcance*

Emiko Yoshikawa Egry^{1,2,3}

 <https://orcid.org/0000-0003-0974-0315>

Lucimara Fabiana Fornari^{1,4}

 <https://orcid.org/0000-0002-8655-6549>

Monica Taminato²

 <https://orcid.org/0000-0003-4075-2496>

Sônia Maria Garcia Vigeta²

 <https://orcid.org/0000-0003-4566-7549>

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca^{1,3}

 <https://orcid.org/0000-0001-9440-0870>

Objetivo: mapear los indicadores de Buenas Prácticas de Enfermería en la Atención Primaria de la Salud, desde la perspectiva de la Salud Colectiva, en los grupos sociales vulnerables. **Método:** revisión de alcance de acuerdo con PRISMA *Extension for Scoping Reviews*. En 2020 se realizaron búsquedas en seis bases de datos y una biblioteca virtual. Revisores independientes realizaron la lectura de los textos completos, el tratamiento, el análisis y la síntesis del contenido. **Resultados:** se encontraron 13 artículos, el primero de 2007 y el último de 2020. Los datos se clasificaron según las categorías empíricas: evaluación y control de las condiciones de salud (3 indicadores); evaluación del conocimiento sobre la salud (3 indicadores); uso de características sociodemográficas para estimar riesgos o vulnerabilidades (3 indicadores); evaluación y seguimiento de las necesidades de salud (5 indicadores); promoción de la seguridad y la confianza en los servicios de salud (6 indicadores); evaluación del proceso de atención (4 indicadores). **Conclusión:** los artículos mostraron una variedad de indicadores que evalúan las intervenciones realizadas en el contexto de la Enfermería en la Atención Primaria con grupos sociales vulnerables. Estos indicadores están relacionados con las condiciones de salud, especialmente del cuerpo biopsíquico, de las poblaciones vulnerables, especialmente mujeres, niños, adolescentes y adultos mayores.

Descriptor: Indicadores de Salud Comunitaria; Poblaciones Vulnerables; Atención Primaria de Salud; Enfermería; Revisión; Investigación Cualitativa.

* Apoyo Financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Proceso 408589/2018-3, Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

³ Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

⁴ Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Cómo citar este artículo

Egry EY, Fornari LF, Taminato M, Vigeta SMG, Fonseca RMGS. Indicators of Good Nursing Practices for Vulnerable Groups in Primary Health Care: A Scoping Review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3488.

[Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5203.3488>

Introducción

El concepto de Buenas Prácticas en el área de la salud es amplio y diversificado. Un estudio lo define como la mejor forma de identificar, evaluar e implementar información a través del seguimiento de los resultados de la atención de la salud⁽¹⁾. Otro estudio lo considera como una técnica o metodología de probada confiabilidad para orientar un determinado resultado⁽²⁾. Para otros autores, corresponde a la tríada formada por los mejores resultados de la investigación científica, el conocimiento clínico y las necesidades de los usuarios⁽³⁾.

Con respecto a la Enfermería, el concepto de Buenas Prácticas se entiende como el proceso crítico de reflexión sobre las acciones realizadas en la búsqueda de la efectividad de una práctica. Conocer el significado de la práctica es fundamental porque, a partir de este conocimiento, el enfermero puede destinar el intelecto necesario a la organización del cuidado. Además, entender cuáles son las mejores prácticas se basa en el supuesto de que, en un contexto dado, algunas soluciones son mejores que otras para resolver problemas⁽⁴⁾.

Desde la perspectiva de la Enfermería en Salud Colectiva, se considera que las Buenas Prácticas de Enfermería (BPE) en la Atención Primaria de la Salud (APS) deben tener principios como: observar que este campo de práctica se desarrolla en el territorio geopolítico de producción y reproducción social y que el trabajo en salud tiene como objetivo transformar los perfiles epidemiológicos de la población⁽⁵⁾. Es en el territorio donde los fenómenos sociales que se expresan en los perfiles de salud de la población se manifiestan de manera explícita y demandan conocimientos y habilidades de los enfermeros para reconocer las necesidades de salud y enfrentar las vulnerabilidades a las que están expuestos los diferentes grupos poblacionales⁽⁶⁾.

Dada la diversidad de conceptos de Buenas Prácticas, se considera que, además de implementarlos, es necesario establecer criterios que puedan contribuir a la construcción de indicadores con el fin de parametrizar el cuidado y las acciones que de él se derivan. Los indicadores son parámetros cuantitativos o cualitativos que detallan los objetivos de una propuesta según su conducción (evaluación del proceso) o el alcance (evaluación de los resultados). Además, señalan tendencias y actúan como instrumentos que no operan por sí mismos⁽⁷⁾.

Aunque en el ámbito de la APS haya BPE, no se conocen bien los estudios sobre indicadores que garanticen estas prácticas. Por consiguiente, la pregunta científica de este estudio es: ¿Qué indicadores se utilizan para garantizar las BPE en los grupos sociales vulnerables en la APS? En base a esto, el objetivo de este estudio fue mapear los indicadores de BPE en la APS, desde la

perspectiva de la Salud Colectiva, en los grupos sociales vulnerables.

Método

Revisión del alcance que sigue las recomendaciones de los *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). Este tipo de revisión se utiliza para mapear la evidencia, explorar la amplitud o la extensión de la literatura e informar investigaciones futuras. También es útil para identificar y analizar las lagunas de conocimiento sobre un tema o campo de investigación en particular⁽⁸⁾.

El protocolo para esta revisión de alcance está registrado en *Open Science*. La pregunta de revisión se elaboró a través de la estrategia PCC, que propone como elementos fundamentales las siglas mnemotécnicas: P - Población, C - Concepto y C - Contexto. Para la búsqueda de evidencia se definieron los siguientes elementos: P - grupos sociales vulnerables, C - indicadores de Buenas Prácticas de Enfermería y C - Atención Primaria de la Salud. Por ende, la pregunta de revisión adoptada fue: ¿Qué indicadores se utilizan para garantizar las Buenas Prácticas de Enfermería en los grupos sociales vulnerables en la Atención Primaria de la Salud?

Los criterios de elegibilidad fueron estudios publicados en inglés, español y portugués, sin fecha límite de publicación. Se incluyeron estudios primarios, empíricos, cuantitativos y cualitativos con cualquier diseño o metodología; estudios que señalaron indicadores o medios de evaluación de una BPE en la APS en los grupos sociales vulnerables; estudios sobre evaluación de la salud de la población vulnerable como resultado de alguna intervención (política o práctica); estudios de práctica o evaluación desde el punto de vista del cambio de perfil de salud o condición preexistente. Se excluyeron los estudios relacionados con la perspectiva de los profesionales sobre la práctica o efectividad de la práctica en la APS con respecto a los grupos sociales vulnerables, ya que esta perspectiva se expresa como una opinión y no como un indicador.

La recolección de datos se realizó en bases de datos que tenían una interfaz multidisciplinaria sobre el fenómeno de las BPE en la APS. Las bases de datos consultadas fueron: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* a través de PubMed (MEDLINE/PubMed), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), PsycINFO, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Scopus y *Excerpta Medica Database* (EMBASE). También se accedió a la biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) como fuente adicional. Se realizó una búsqueda manual de las referencias de los estudios primarios y secundarios identificados en la búsqueda electrónica.

Las estrategias de búsqueda desarrolladas y utilizadas para cada base de datos electrónica se muestran en la Figura 1 y se llevaron a cabo en agosto de 2020, sin restricción de idiomas o formas de publicación.

Base	Estrategia
PubMed	((("vulnerable populations"[MeSH Terms] OR ("vulnerable"[All Fields] AND "populations"[All Fields]) OR "vulnerable populations"[All Fields] OR "disadvantaged"[All Fields]) OR social vulnerability[tw])) AND ("Health Status Indicators"[Mesh] OR health status indicators [tw])) AND (("primary health care"[MeSH Terms] OR ("primary"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary health care"[All Fields]) OR ("ambulatory care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "ambulatory care"[All Fields]))
LILACS	("vulnerable populations" OR "disadvantaged" OR "social vulnerability") AND nursing
PsycINFO	("vulnerable populations" OR "disadvantaged" OR "social vulnerability") AND ("primary health care" OR "ambulatory care") AND nursing
CINAHL	("vulnerable populations" OR "disadvantaged" OR "social vulnerability") AND ("primary health care" OR "ambulatory care") AND nursing
Scopus	("vulnerable populations" OR "disadvantaged" OR "social vulnerability") AND "health status indicators"
EMBASE	('vulnerable populations' OR 'disadvantaged' OR 'social vulnerability') AND ('primary health care' OR 'ambulatory care') AND nursing
Biblioteca virtual	Estrategia
SciELO	("vulnerable populations" OR "disadvantaged" OR "social vulnerability") AND nursing

Figura 1 - Estrategias de búsqueda por base de datos con operadores booleanos. São Paulo, Brasil, 2020

Tres revisoras independientes llevaron a cabo el proceso de selección de estudios y una cuarta revisora resolvió las diferencias.

La selección de estudios se realizó en dos etapas. En la primera etapa, se evaluaron los títulos y resúmenes de las referencias identificadas mediante la estrategia de búsqueda y se preseleccionaron los estudios potencialmente elegibles. En la segunda etapa, se realizó la evaluación del texto completo de los estudios preseleccionados para confirmar su elegibilidad (Figura 2).

La selección de estudios según el título y el resumen se realizó mediante la herramienta digital Rayyan QCR⁽⁹⁾ y los artículos seleccionados en cada base de datos se importaron en formato de archivo BibTex. Posteriormente, tres revisoras leyeron de forma independiente y ciega los títulos y resúmenes para reducir la posibilidad de sesgo interpretativo. Luego, una cuarta revisora procedió a la evaluación de los artículos en los que había divergencia sobre la decisión de incluir o excluir el estudio. En los casos en que continuó la duda sobre la selección, se pasó a la etapa siguiente, que correspondía a la lectura completa del texto.

La extracción de datos de los artículos completos se realizó mediante un instrumento que contenía los siguientes ítems: año de publicación, área de concentración, país donde se produjo el artículo, tipo de estudio, población estudiada, lugar del estudio, acción realizada e indicador de calidad. Además, se consideraron las categorías de análisis: Determinación Social del

Proceso Salud-Enfermedad, Necesidades de Salud y Vulnerabilidad y Proceso de Atención.

La Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad está asociada a la comprensión de que la salud y la enfermedad son el resultado de la forma de vida de las personas, como consecuencia de su forma de inserción en el sistema de producción social⁽¹⁰⁾. Las Necesidades de Salud están ligadas al potencial de producir salutogenicidad, extrapolando las necesidades. La vulnerabilidad, es decir, la fragilidad para enfrentar las vicisitudes de la vida, está relacionada con el proceso de exclusión social y con su enfrentamiento con sujetos y grupos sociales⁽¹¹⁾. El Proceso de Atención se basa en la dinámica de la realización práctica del objeto epistémico de la atención, priorizando las necesidades de salud de los grupos sociales⁽¹²⁾.

En el tratamiento de los datos, solo se consideraron las publicaciones revisadas por pares. También se llevó a cabo una evaluación crítica de los textos, especialmente en lo que respecta a la metodología, de acuerdo con la experiencia de las revisoras.

El instrumento utilizado para recolectar la información fue incorporado al *software* de análisis cualitativo webQDA⁽¹³⁾. La caracterización de los estudios se realizó mediante los códigos descriptivos. La codificación descriptiva se realizó mediante la herramienta de codificación automática, que permite importar archivos en formato XML. Luego, los datos fueron codificados por el Sistema de Códigos en Árbol, permitiendo el surgimiento

de categorías empíricas a través de la técnica de análisis de contenido temático⁽¹⁴⁾, lo que permitió la elaboración de las síntesis del conocimiento. Fueron considerados "indicadores" exactamente lo que los autores consideraron como tales, independientemente del concepto o propósito al que servían.

Resultados

La búsqueda en las bases de datos mapeó 1.095 estudios potencialmente elegibles, de los cuales 13 conformaron la muestra final, como se muestra en la Figura 2.

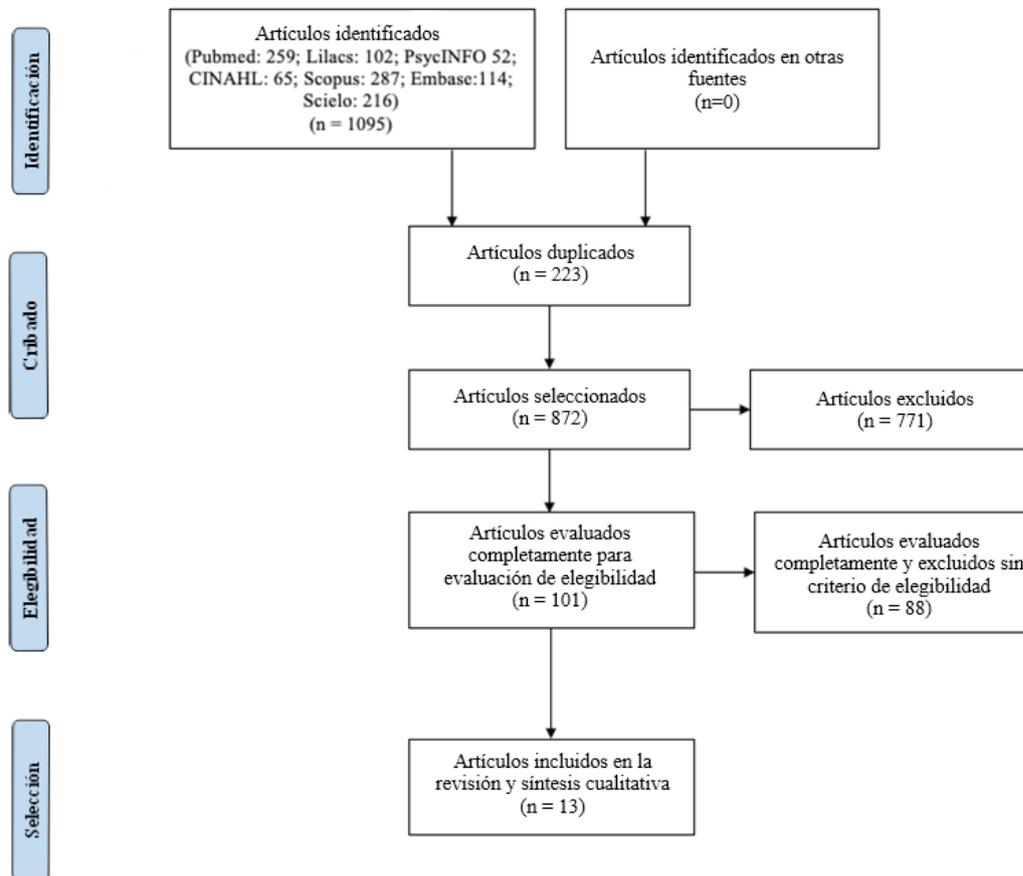


Figura 2 - Diagrama de flujo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-SCR) sobre la selección de estudios. São Paulo, Brasil, 2020

En cuanto a las características de los 13 estudios seleccionados, el primero se publicó en 2007 y los demás, de manera discontinua, hasta 2020. La mayor producción se dio en 2019, con cuatro artículos, seguida de 2018, con tres artículos. Las áreas comprendidas fueron: Enfermería (n=4), Salud (n=4) y otras áreas (Geriatría, Salud Pública, Salud Materno Infantil, Psicología y Salud Global) con un artículo cada una.

Los países donde se realizaron los estudios fueron: Estados Unidos (n=6), Australia (n=3) y, con un artículo cada uno, Brasil, Canadá, Irlanda y España. Todos fueron publicados en inglés, 10 estudios tenían enfoque cuantitativo y tres tenían enfoque cualitativo.

En cuanto a la población estudiada, siete estudios se llevaron a cabo con adultos, cinco de los cuales

incluyeron solo mujeres y tres hacían referencia a adultos mayores. Había un artículo sobre niños y otro sobre adolescentes.

Los grupos sociales vulnerables asociados a la población estudiada fueron descritos como residentes en áreas urbanas desfavorecidas. Las participantes mujeres fueron caracterizadas como madres, víctimas de violencia de pareja o vulnerables; los niños, como portadores de una enfermedad crónica o en riesgo de sufrir violencia; los adultos mayores, como personas con demencia o multimorbilidades; y los adolescentes, como víctimas de violencia, en situación de calle o drogodependientes, o que cumplen con medidas socioeducativas. Solo un estudio abordó la población aborigen y otro la población afroamericana.

La evaluación de las acciones realizadas en los estudios se llevaron a cabo mediante cuestionarios (n=7), entrevistas (n=6), grupo focal (n=3), visitas domiciliarias (n=2), documentos (n=2) y escala (n=1).

Algunos estudios utilizaron más de una estrategia para evaluar las acciones.

La Figura 3 muestra las características de las publicaciones según los indicadores.

Título del artículo	Año	Acción realizada	Indicadores
<i>Improving asthma-related health outcomes among low-income, multiethnic, school-aged children: Results of a demonstration project that combined continuous quality improvement and community health worker strategies</i> ⁽¹⁵⁾	2007	Atención de niños en edad escolar con asma: realizada en clínicas comunitarias para pacientes multiétnicos y de bajos ingresos. La acción implicó la mejora de la calidad de la atención a través de un equipo multidisciplinario.	Seguimiento de visitas domiciliarias, urgencias, hospitalizaciones, síntomas diurnos y nocturnos. Oferta de vacuna.
<i>Miller Early Childhood Sustained Home-visiting (MECSH) trial: design, method and sample description</i> ⁽¹⁶⁾	2008	Primera infancia apoyada por visitas domiciliarias: realizadas en una comunidad desfavorecida. La acción involucró visitas domiciliarias de enfermeras a madres en situación de riesgo desde la atención prenatal y posnatal hasta el segundo año de vida del niño.	Impacto en el conocimiento, la capacidad y la satisfacción de los padres. Medición de los resultados en el niño, la madre, la familia y el medio ambiente.
<i>MOSAIC (Mothers' Advocates In the Community)</i> ⁽¹⁷⁾	2009	Defensores de las madres en la comunidad: realizada en una clínica de atención primaria. La acción involucró a mentores responsables de apoyar la reducción de la violencia de pareja y la depresión entre mujeres embarazadas y madres con hijos menores de cinco años a través de visitas domiciliarias.	Reducción de la violencia de pareja y la depresión en las mujeres embarazadas y las que tienen hijos menores de cinco años. Fortalecimiento de la salud general, el bienestar y el vínculo madre-hijo.
<i>Quality of care provided in a special needs plan using a nurse care manager model</i> ⁽¹⁸⁾	2011	Plan de necesidades especiales: realizado en el ámbito de la atención primaria. La acción consistió en mejorar la calidad de la atención a los adultos mayores vulnerables.	Asesoramiento en diagnósticos, síntomas, comportamiento, seguridad y recursos. Evaluación de peligros domésticos y protecciones contra caídas. Remisión para un examen oftalmológico. Oferta de vacuna. Necesidades conductuales, psicosociales, psicológicas y relacionadas con el sueño. Identificación o discusión con el tomador de decisiones sustituto.
<i>Public and Community Health Nursing Interventions With Vulnerable Primary Care Clients: A Pilot Study</i> ⁽¹⁹⁾	2014	Visita domiciliaria de enfermería de salud pública o comunitaria: realizada en el ámbito de la atención primaria. La acción implicó monitorear los niveles de atención de enfermería y del comportamiento de salud de los pacientes vulnerables a través de visitas domiciliarias.	Necesidades conductuales, psicosociales y psicológicas. Comportamiento para la promoción y gestión de la salud.
<i>Adolescent health promotion based on community-centered arts education</i> ⁽²⁰⁾	2018	Arte y educación: realizada con adolescentes en situación de vulnerabilidad social urbana. La acción involucró talleres participativos para promover la concientización y el empoderamiento para la salud.	Representación colectiva del concepto de promoción de la salud de los adolescentes. Desarrollo de un programa de metas para la salud a través del arte. Ampliación de la visión de las actividades educativas. Reevaluación de las actividades desarrolladas.
<i>Child protection outcomes of the Australian Nurse Family Partnership Program for Aboriginal infants and their mothers in Central Australia</i> ⁽²¹⁾	2018	Programa enfermera compañera de la familia: realizado en una comunidad aborigen. La acción involucró visitas domiciliarias de enfermeras para reducir el abuso infantil y la negligencia.	Necesidades de protección de los niños. Medida de riesgo de abuso infantil y negligencia. Características sociodemográficas. Identificación de atributos maternos (edad, paridad e índice relativo de perfil socioeconómico). Situación laboral. Índice de mudanza de vivienda.
<i>Impact of a nurse-based intervention on medication outcomes in vulnerable older adults</i> ⁽²²⁾	2018	Proyecto de atención integral a adultos con multimorbididades: realizado en clínicas de atención primaria. La acción involucró a adultos mayores de alto riesgo y el impacto de los cuidados de enfermería en el uso de medicamentos.	Impactos y cambios en el uso de medicamentos. Características sociodemográficas. Hospitalización por condiciones sensibles en la APS. Condiciones comórbidas y crónicas.

(continúa en la página siguiente...)

Título del artículo	Año	Acción realizada	Indicadores
<i>Exploring women's health care experiences through an equity lens Findings from a community clinic serving marginalized women</i> ⁽²³⁾	2019	Atención primaria de salud para la equidad: realizada en una clínica de atención primaria con mujeres vulnerables. La acción implicó el abordaje del cuidado desde la perspectiva de la reducción de los efectos de las injusticias como el racismo, la discriminación y el estigma.	Atención desde el contexto individual, la historia y la experiencia. Promoción de la accesibilidad y la reducción de barreras para la atención y el seguimiento. Acogida en un ambiente confortable. Promoción de la seguridad emocional y la confianza. Postura no discriminatoria. Visión general de la calidad de la atención.
<i>Parent and facilitator experiences of an intensive parent and infant programme delivered in routine community settings</i> ⁽²⁴⁾	2019	Programa para padres y bebés: realizado en dos zonas desfavorecidas. La acción involucró a los padres y el apoyo de las enfermeras para el desarrollo socioemocional del bebé a través de la competencia y el bienestar de los padres.	Desarrollo de la parentalidad positiva y de habilidades para lidiar con del niño.
<i>Provider Counseling and Weight Loss Outcomes in a Primary Care-Based Digital Obesity Treatment</i> ⁽²⁵⁾	2019	Cambio de comportamiento relacionado con la obesidad a través de componentes digitales y apoyo humano: realizado en la atención primaria. La acción implicó el acompañamiento de los usuarios obesos para la pérdida de peso.	Control de peso. Características antropométricas y sociodemográficas. Consejos sobre el peso. Empatía.
<i>Hypertension Self-management in Socially Disadvantaged African Americans: the Achieving Blood Pressure Control Together (ACT) Randomized Comparative Effectiveness Trial</i> ⁽²⁶⁾	2019	Lograr el control de la presión arterial juntos: realizado en una clínica de atención primaria con afroamericanos. La acción implicó el seguimiento clínico de los pacientes.	Control de la presión arterial. Exámenes de laboratorio (albúmina, creatinina). Características antropométricas y sociodemográficas. Condiciones comórbidas y crónicas. Uso de alcohol y sustancias. Actividad física. Impactos y cambios en el uso de medicamentos. Alfabetización en salud. Comportamiento para la promoción y gestión de la salud.
<i>Qualitative evaluation of a community-based intervention to reduce social isolation among older people in disadvantaged urban areas of Barcelona</i> ⁽²⁷⁾	2020	Educación para la salud en adultos mayores: actuación realizada en dos barrios desfavorecidos. La acción implicó la reducción del aislamiento social entre los adultos mayores mediante la promoción de recursos individuales y colectivos para mejorar la capacidad de identificar problemas y activar soluciones para el desarrollo de la salud.	Alfabetización en salud. Condiciones ambivalentes: dinámica de grupo y apoyo familiar. Reconocimiento de facilitadores: organización. Reconocimiento de barreras: problemas de salud, exceso de actividades programadas y ausencia de los participantes en las actividades. Comportamiento para la promoción y gestión de la salud. Aspectos positivos: posibilidad de preguntar, ser escuchado y tener respuesta; el medio ambiente y el grupo; sesión participativa. Aspectos negativos: contenidos ya conocidos. Beneficios: nuevos aprendizajes; recordar cosas que ya sabían y solían hacer por sí mismos y por los demás; aumentar el número de conocidos; motivación para salir de casa y sentimiento de pertenencia.

Figura 3 - Caracterización de los artículos seleccionados según año de publicación, acción realizada e indicadores. São Paulo, Brasil, 2020

Las categorías empíricas que surgieron de la revisión de alcance se construyeron a partir de la selección de todos los indicadores enumerados en los artículos seleccionados. Si bien el tema de investigación es diferente

en las publicaciones, fue posible agrupar los indicadores según las características de las BPE implementadas y evaluadas en el contexto de la APS. La Figura 4 contiene los indicadores según las categorías empíricas.

Categorías empíricas	Indicadores	Referencias
a) Evaluación y control de las condiciones de salud	Condiciones clínicas: presión arterial; medidas antropométricas; condición de la diabetes; consumo de alcohol y sustancias; actividad física; comorbilidades y problemas de salud crónicos; exámenes de laboratorio y oftalmológicos. Condiciones de tratamiento: uso de medicamentos y vacunación. Condiciones de riesgo de violencia de pareja; depresión; abuso infantil y negligencia; caídas.	(15,17-18,21-22,25-26)
b) Evaluación del conocimiento sobre la salud	Alfabetización en salud. Medida del conocimiento de los usuarios sobre la salud. Construcción colectiva del concepto de promoción de la salud a través de actividades educativas.	(16,20,26-27)
c) Uso de características sociodemográficas para estimar riesgos o vulnerabilidades	Identificación de datos sociodemográficos. Identificación de atributos maternos (edad, paridad e índice relativo de perfil socioeconómico). Situación laboral. Índice de mudanza de vivienda.	(21-22,25-26)
d) Evaluación y seguimiento de las necesidades de salud	Necesidades de protección, conductuales y psicosociales. Asesoramiento sobre condiciones de salud (peso, diagnósticos, síntomas, comportamientos, seguridad y recursos). Seguimiento de visitas domiciliarias, urgencias, hospitalizaciones, síntomas diurnos y nocturnos. Hospitalización por condiciones sensibles en la APS. Atención desde el contexto individual, dinámica de grupo y apoyo familiar.	(15,18-19,21-23,25,27)
e) Promoción de la seguridad y la confianza en los servicios de salud	Accesibilidad y reducción de barreras en la atención y el seguimiento. Acogida en un ambiente confortable. Atención desde una postura no discriminatoria y empática. Fortalecimiento de la seguridad emocional, la confianza y el vínculo. Reconocimiento de facilitadores y barreras de la participación en las actividades de los servicios de salud. Estímulo del comportamiento promotor y gestor de la salud y estímulo de la toma de decisiones compartida.	(17-19,23-27)
f) Evaluación del proceso de atención	Reevaluación de las actividades realizadas. Evaluación de la calidad de la atención. Medición de los resultados para el individuo, la familia y el medio ambiente. Análisis de los aspectos positivos y negativos de las actividades desde la perspectiva de los usuarios, así como de sus beneficios para la promoción de la salud.	(16,20,23,27)

Figura 4 - Distribución de los estudios según las categorías empíricas emergentes y los indicadores. São Paulo, Brasil, 2020

Discusión

El conocimiento de la Enfermería en Salud Colectiva se ha desarrollado a partir de la profundización de referentes teórico-metodológicos y la construcción y el testeado de instrumentos que tienen como objetivo analizar los procesos de trabajo con potencial para intervenir en la realidad objetiva y, por ende, en el proceso salud-enfermedad de diferentes grupos sociales. Además, es posible verificar una expansión del espectro de estos instrumentos⁽¹¹⁾.

Dicha expansión se identificó en la revisión de alcance, ya que los años 2018 y 2019, por ejemplo, tuvieron el mayor número de publicaciones de los últimos 13 años. Además, se verificó que los instrumentos presentados en los estudios seleccionados para analizar las acciones de Enfermería tienen la capacidad de fundamentar el uso de indicadores para evaluar el proceso de trabajo desarrollado en el contexto de la APS.

La comprensión del proceso de trabajo de Enfermería en Salud Colectiva enfatiza los conceptos de vulnerabilidad

social y necesidades de salud como objetos de las prácticas de cuidado. Sin embargo, una vez evaluadas las necesidades de salud, es necesario considerar el desafío de reconocer y enfrentar las vulnerabilidades sociales, desarrollar acciones de intervención y las respectivas evaluaciones⁽¹¹⁾.

Los estudios incluidos en esta revisión mostraron la cantidad de personas en situación de vulnerabilidad social que atiende la Enfermería. En cuanto a la edad, se destacaron estudios realizados con adultos^(16-17,19,21,23-25), adultos mayores^(18,22,27), niños⁽¹⁵⁾ y adolescentes⁽²⁰⁾; en cuanto al género, estudios con mujeres^(16-17,21,23-24); con respecto a la raza/etnia, estudios asociados con la población aborigen⁽²¹⁾ y afroamericana⁽²⁶⁾.

La revisión demostró que el proceso de trabajo de Enfermería desarrollado con poblaciones vulnerables puede ser evaluado a través de indicadores que, en su mayor parte, involucran condiciones clínicas de salud. Este aspecto surgió en la primera categoría empírica, en la que se perciben como indicadores: el tratamiento farmacológico, la aplicación de vacunas, las

pruebas diagnósticas, las medidas antropométricas, las comorbilidades y los problemas crónicos de salud.

Un documento elaborado por la Asociación Estadounidense de Enfermería (ANA) le atribuye al enfermero la responsabilidad de la prestación directa de cuidados y de sus resultados⁽²⁸⁾. Aunque el documento trata sobre prácticas basadas en evidencia, no aborda los indicadores de BPE en la APS.

El pequeño número de estudios incluidos en esta revisión muestra cuánta comprensión de las BPE se puede ofrecer en las guías, pero pocos estudios comprueban el respaldo a través de indicadores. Aun así, la Enfermería muestra su faceta innovadora al actuar sobre fenómenos asociados a vulnerabilidades, como poblaciones étnicamente subordinadas en una sociedad determinada, o incluso grupos generacionales como adolescentes pertenecientes a clases sociales subordinadas y adultos mayores que viven en aislamiento domiciliario. Además, la Enfermería trabajó con poblaciones poco visibilizadas, como las personas que viven situaciones de violencia de pareja, lo que involucra no solo a las mujeres, sino también a los niños que viven en el mismo entorno.

Cuando se habla de intervenciones de Enfermería en la APS dirigidas a grupos vulnerables, sin duda, las relacionadas con la violencia contra la mujer y la niñez son relevantes. Se detectó que son pocos los estudios que se realizan con el fin de buscar indicadores de efectividad o evaluación de los resultados de las intervenciones. Uno de los que se encontró en esta revisión muestra la magnitud, la complejidad y las dificultades a la hora de producir indicadores. MOSAIC (*Mothers' Advocates In the Community*) describe un ensayo clínico aleatorio sobre el apoyo a las madres mentoras para reducir la violencia de pareja entre las mujeres que fueron madres recientemente o están embarazadas. Es un enfoque amplio y complejo en el que las acciones de los enfermeros se producen desde diferentes perspectivas: evaluación de resultados, procesos e impactos económicos⁽¹⁷⁾.

La categoría empírica "Evaluación y control de las condiciones de salud" agrega indicadores de BPE en la APS de los grupos sociales vulnerables, vinculándolos con la atención de la salud. En esta categoría, la familia aparece como un objeto de cuidado y, en este sentido, el estudio realizado en Brasil⁽²⁹⁾ podría significar un salto de calidad en términos de indicadores de BPE, ya que validó un instrumento capaz de evaluar a grupos vulnerables en cuanto a las condiciones sociales y a las de salud.

La segunda categoría empírica de la revisión también destacó la importancia del conocimiento sobre la salud de las poblaciones vulnerables, principalmente a través de programas y actividades educativas. En este contexto, una investigación brasileña reveló el poder del marco teórico basado en la concepción de conciencia y empoderamiento.

El proyecto de intervención involucró metodologías participativas, como talleres y maquetas, producidas colectivamente a través de actividades artísticas. Al final, los participantes construyeron un producto colectivo que representó el concepto de promoción de la salud de los adolescentes y estimuló la autodeterminación para el cambio⁽²⁰⁾.

En esta misma categoría se destacó la alfabetización en salud, asociada a la comprensión de información básica sobre la salud, para que los usuarios puedan basarse en ella para tomar decisiones adecuadas, con miras a promover la atención de la salud y prevenir enfermedades. Sin embargo, ninguno de los artículos que menciona la alfabetización utilizó instrumentos de verificación validados, como se recomienda⁽³⁰⁾.

El empoderamiento de los usuarios respecto al conocimiento sobre la salud representa un avance en la superación de la hegemonía de la atención centrada en lo clínico y es muy importante para el marco teórico de la Enfermería en Salud Colectiva, ya que se refiere a las dimensiones singulares, particulares y estructurales de los fenómenos que afectan a los individuos o grupos sociales que demandan cuidados de enfermería⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

La tercera categoría empírica abarcó investigaciones que usaban indicadores relacionados con características sociodemográficas para estimar los riesgos y vulnerabilidades sociales de la población estudiada^(21-22,25-26). Reconocer los riesgos y vulnerabilidades sociales a los que está expuesta la población es importante para orientar de manera equitativa las acciones de cuidado en los grupos sociales.

Un estudio sobre la desigualdad racial y la mortalidad por COVID-19 consideró que la vulnerabilidad social nos permite comprender los efectos desiguales de la pandemia en la población afroamericana en función de las condiciones sociales y la exposición al riesgo. Los diferentes niveles de pobreza, segregación y discriminación influyen en la capacidad de respuesta a la enfermedad. Por lo tanto, el aumento de la vulnerabilidad social es proporcional a la desigualdad en salud⁽³¹⁾.

La cuarta categoría comprende la evaluación y el seguimiento de las necesidades de salud de las poblaciones vulnerables. Los estudios consideraron las necesidades protectoras, conductuales y psicosociales asociadas con el sueño, el peso y la demencia. Además, tuvieron en cuenta el contexto individual, la historia y la experiencia de vida y el apoyo familiar. La evaluación de la atención de las necesidades se realizó a través de visitas domiciliarias y hospitalizaciones, principalmente por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria de la Salud, CSAPS^(15,18-19,21-23,25,27).

Un estudio realizado para verificar los efectos de la intervención y los resultados en la atención domiciliaria

a través de visitas domiciliarias encontró aspectos positivos correspondientes a tres dominios: gestión de la salud, comportamiento general de promoción de la salud y puntuación de la subescala de actividad física. Sin embargo, las autoras reconocen que delinear el efecto específico de las visitas domiciliarias realizadas por los profesionales de enfermería en el cambio de comportamiento de salud es complejo, especialmente debido a la dificultad que existe para asociar una estrategia particular con un resultado clínico específico⁽¹⁹⁾.

La quinta categoría abarcó la relación de los usuarios con los servicios de salud, se destacó la accesibilidad, la acogida, la empatía, la confianza, la postura no discriminatoria, el fortalecimiento del vínculo y el reconocimiento de las barreras que pueden afectar la atención y el seguimiento de las necesidades de salud^(17-19,23-27).

Un estudio realizado en Canadá que incluyó a 68 mujeres con importantes inequidades sociales y en salud mostró la importancia de que el equipo de salud establezca una relación de confianza con las usuarias del servicio, particularmente con aquellas que tuvieron experiencias estigmatizantes o juicios negativos cuando acudieron a los servicios de salud⁽¹⁴⁾. Por lo tanto, se considera que el uso de indicadores en la APS implica el conocimiento y desarrollo de una atención orientada a la equidad en salud.

La acción titulada *Comprehensive Care for Multimorbid Adults Project (CC-MAP)*, evaluada a través de un ensayo clínico controlado y desarrollada en las clínicas de atención primaria de los Sistemas de Salud Clait, la mayor aseguradora y proveedor de salud integrado de Israel, reveló que el modelo de atención orientada mejoró la adherencia al tratamiento con medicamentos y generó una gestión más atenta a las necesidades de salud de los adultos vulnerables⁽²²⁾.

En la sexta categoría se incluyeron indicadores que buscaban evaluar el proceso de atención a través de la visión de la calidad, las medidas de resultado y los aspectos positivos, negativos y beneficiosos de las intervenciones para satisfacer las necesidades de salud^(16,20,23,27).

Una de las formas estructuradas de evaluar el impacto de las acciones de Enfermería en la APS y que acreditan las BPE en Salud Colectiva podría ser la aplicación de la Sistematización de la Atención de Enfermería en Salud Colectiva, supeditada a la Clasificación Internacional de Prácticas de Enfermería en Salud Colectiva - CIPESC. Varios estudios producidos en Brasil para la configuración de diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería podrían impulsar la construcción de indicadores para la evaluación de la atención de enfermería en la APS⁽³²⁾.

Finalmente, se considera que la valoración del proceso de trabajo de Enfermería implica medidas de acciones y calidad de la atención brindada a los usuarios, medidas que develarán problemas asociados a la escasez de mano de obra y la posibilidad de mejorar la atención⁽³³⁾.

La Enfermería también debe apropiarse de herramientas comunes de la APS, especialmente aquellas que procuran indicadores para evaluar políticas, estrategias y acciones de salud. Un estudio que analizó los instrumentos utilizados en diferentes países verificó dominios importantes cuyos indicadores deben ser ajustados o aplicados. Entre ellos, se destacan: la gobernanza nacional de la desigualdad de género en cuanto a la protección social y la desigualdad de ingresos en cuanto a la protección social; participación de la sociedad civil en la formulación de políticas públicas, con énfasis en la población indígena y transgénero; y reorientación del sector salud hacia el desarrollo de un conjunto básico de indicadores para la acción gubernamental dirigida a mejorar la equidad en salud⁽³⁴⁾.

El presente estudio tuvo como limitación la no estandarización *a priori* de los indicadores utilizados por la Enfermería en el contexto de la APS, mapeando solo los existentes. Se deben realizar estudios futuros para profundizar y validar los indicadores identificados en esta revisión. Además, la revisión presentó limitaciones: el número restringido de bases de datos seleccionadas, el período de recolección de datos y la ausencia de evaluación metodológica de los artículos incluidos a través de un instrumento validado. Estas limitaciones están justificadas por el tiempo para completar la revisión.

A pesar de estas limitaciones, los resultados que arrojó la revisión de alcance contribuyen al avance del conocimiento científico en el campo de la Enfermería en Salud Colectiva, especialmente para la calificación de las acciones implementadas en el contexto de la APS. La evidencia mapeada contribuye a llenar el vacío de conocimiento sobre los indicadores que fundamentan las BPE, especialmente cuando se trata de grupos sociales vulnerables.

Conclusión

Los estudios arrojaron indicadores que pueden calificar las intervenciones realizadas en el contexto de la Enfermería con grupos sociales considerados vulnerables en la APS. En dichos grupos, se destacaron los residentes en zonas socialmente desfavorecidas, principalmente la población de sexo femenino y los grupos etarios correspondientes a la infancia, juventud y vejez.

Los indicadores mapeados también mostraron una relación con el cuidado del cuerpo biopsíquico más allá de la comprensión multifactorial de salud-enfermedad, lo que

forma parte del campo de la producción de conocimiento para la promoción de la salud. Además, se destacó el papel del enfermero en el relevamiento de las características sociodemográficas y condiciones de salud, el seguimiento de las necesidades de salud y la evaluación del proceso de atención.

Agradecimientos

Queremos agradecer a la Jefa de Biblioteca de la Universidad Federal de São Paulo Campus São Paulo Dra. Andreia do Carmo por su apoyo en la búsqueda de los datos.

Referencias

- Perleth M, Jakubowski E, Busse R. What is "best practice" in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. *Health Policy*. 2001;56(3):235-50. doi: [http://doi.org/10.1016/s0168-8510\(00\)00138-x](http://doi.org/10.1016/s0168-8510(00)00138-x)
- World Health Organization. A Guide to Identifying and Documenting Best Practices in Family Planning Programmes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2021 Jan 27]. 32 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254748>
- Toso BRGO, Padilha MI, Breda KL. The euphemism of good practice or advanced nursing practice. *Esc Anna Nery*. 2019;23(3):1-8. doi: <http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0385>
- Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Meirelles BHS. Health practice management in the perspective of complex care. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(3):483-91. doi: <http://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0385>
- Egry EY. A Glance at the Good Practices of Nursing in Primary Care. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):930-1. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167.2018710301>
- Régio L, Egry EY, Apostólico MR. Consideraciones acerca de la importancia del estudio de saberes necesarios para el afrontamiento de la violencia infantil en la atención primaria de salud. *Rev Investig UNAD*. 2015;14(2):137. doi: <http://doi.org/10.22490/25391887.1463>
- Minayo MCS. The Construction of Qualitative Indicators for the Evaluation of Changes. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1):83-91. doi: <http://doi.org/10.1590/S0100-55022009000500009>
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBIC Manual for Evidence Synthesis* [Internet]. Adelaide: JBI; 2020 [cited 2021 Jan 27]. Available from: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* [Internet]. 2016 [cited 2020 Dec 5];5(1). doi: <http://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC, Bertolozzi MR. Nursing in collective health: reinterpretation of objective reality by the praxis action. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2021 May 21];71(supl 1):710-5. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0677>
- Nakamura E, Egry EY, Campos CMS, Nichiata LYI, Chiesa AM, Takahashi RF. The potential of an instrument to identify social vulnerabilities and health needs: collective health knowledge and practices. *Rev. Latino Am. Enfermagem*. 2009;17(2):253-8. doi: <http://doi.org/10.1590/S0104-11692009000200018>
- Egry EY, Fonseca RMGS, Apostólico MR, Cubas MR, Chaves MMN, Rehem TCMSB. O coletivo como objeto do cuidado de enfermagem: uma abordagem qualitativa. In: Costa AP, Sánchez-Gómez MC, Cilleros MVM, organizadores. *A prática na investigação qualitativa: exemplos de estudos*. Aveiro: Ludomedia; 2017. p. 103-7.
- Costa AP, Moreira A, Souza FN. webQDA - Qualitative Data Analysis. [s.l.]: Aveiro University and MicroIO; 2019.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Fox P, Porter PG, Lob SH, Boer JH, Rocha DA, Adelson JW. Improving asthma-related health outcomes among low-income, multiethnic, school-aged children: results of a demonstration project that combined continuous quality improvement and community health worker strategies. *Pediatrics* [Internet]. 2007 Oct [cited 2020 Dec 10, 2020];120(4):e902-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17908746>
- Kemp L, Harris E, McMahon C, Matthey S, Vimpani G, Anderson T, et al. Miller Early Childhood Sustained Home-visiting (MECSH) trial: Design, method and sample description. *BMC Public Health*. 2008;8:1-12. doi: <http://doi.org/10.1186/1471-2458-8-424>
- Taft AJ, Small R, Hegarty KL, Lumley J, Watson LF, Gold L. MOSAIC (Mothers' Advocates in the Community): Protocol and sample description of a cluster randomised trial of mentor mother support to reduce intimate partner violence among pregnant or recent mothers. *BMC Public Health*. 2009;9:1-13. doi: <http://doi.org/10.1186/1471-2458-9-159>
- Wenger NS, Roth CP, Martin D, Nickels L, Beckman R, Kamberg C, et al. Quality of care provided in a special needs plan using a nurse care manager model. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2011 [cited 2020 Nov 25];59(10):1810-22. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22091494&lang=pt-br&site=ehost-live>

19. Kaiser KL, Farris N, Stoupa R, Agrawal S. Public and community health nursing interventions with vulnerable primary care clients: A pilot study. *J Community Health Nurs.* 2009;26(2):87-97. doi: <http://doi.org/10.1080/07370010902805221>
20. Farre AGMC, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Gubert FA, Alves MDS, Monteiro EMLM. Adolescent health promotion based on community-centered arts education. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):31-9. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0078>
21. Segal L, Nguyen H, Gent D, Hampton C, Boffa J. Child protection outcomes of the Australian Nurse Family Partnership Program for Aboriginal infants and their mothers in Central Australia. *PLoS One.* 2018;13(12):1-12. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0208764>
22. Steinman MA, Low M, Balicer RD, Shadmi E. Impact of a nurse-based intervention on medication outcomes in vulnerable older adults. *BMC Geriatr [Internet].* 2018 [cited 2020 Nov 28];18(1):207. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mcd&AN=30189846&lang=pt-br&site=ehost-live>
23. Prodan-Bhalla N, Browne AJ. Exploring women's health care experiences through an equity lens: Findings from a community clinic serving marginalised women. *J Clin Nurs.* 2019;28(19-20):3459-69. doi: <http://doi.org/10.1111/jocn.14937>
24. Leckey Y, Hickey G, Stokes A, McGilloway S. Parent and facilitator experiences of an intensive parent and infant programme delivered in routine community settings. *Prim Health Care Res Dev.* 2019;20:e74. doi: <http://doi.org/10.1017/S146342361900029X>
25. McVay M, Steinberg D, Askew S, Bennett GG. Provider Counseling and Weight Loss Outcomes in a Primary Care-Based Digital Obesity Treatment. *J Gen Intern Med.* 2019;34(6):992-8. doi: <http://doi.org/10.1007/s11606-019-04944-5>
26. Boulware LE, Ephraim PL, Hill-Briggs F, Roter DL, Bone LR, Wolff JL, et al. Hypertension Self-management in Socially Disadvantaged African Americans: the Achieving Blood Pressure Control Together (ACT) Randomized Comparative Effectiveness Trial. *J Gen Intern Med.* 2020;35(1):142-52. doi: <http://doi.org/10.1007/s11606-019-05396-7>
27. Lapena C, Contente X, Sánchez Mascuñano A, Pons Vigués M, Pujol Ribera E, López MJ. Qualitative evaluation of a community-based intervention to reduce social isolation among older people in disadvantaged urban areas of Barcelona. *Health Soc Care Community.* 2020;28(5):1488-503. doi: <http://doi.org/10.1111/hsc.12971>
28. Finnell DS, Thomas EL, Nehring WM, McLoughlin KA, Bickford CJ. Best Practices for Developing Specialty Nursing Scope and Standards of Practice. *OJIN Online J Issues Nurs.* 2015;20(2). doi: <http://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No02Man01>
29. Amendola F, Alvarenga MRM, Latorre MRDO, Oliveira MAC. Family vulnerability index to disability and dependence (FVI-DD), by social and health conditions. *Cienc Saude Coletiva.* 2017;22(6):2063-72. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232017226.03432016>
30. Quemelo PRV, Milani D, Bento VF, Vieira ER, Zaia JE. Literacia em saúde: Tradução e validação de instrumento para pesquisa em promoção da saúde no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2017;33(2):1-15. doi: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00179715>
31. Kim SJ, Bostwick W. Social Vulnerability and Racial Inequality in COVID-19 Deaths in Chicago. *Health Educ Behav.* 2020;47(4):509-13. doi: <http://doi.org/10.1177/1090198120929677>
32. Apostólico MR, Egry EY, Fornari LF, Gessner R. Accuracy of nursing diagnoses for identifying domestic violence against children. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03290. doi: <http://doi.org/10.1590/s1980-220x2017019103290>
33. Gathara D, Zosi M, Serem G, Nzinga J, Murphy GAV, Jackson D, et al. Developing metrics for nursing quality of care for low- And middle-income countries: A scoping review linked to stakeholder engagement. *Hum Resour Health.* 2020;18(1):1-16. doi: <http://doi.org/10.1186/s12960-020-00470-2>
34. Barros A, Boutayeb A, Brown C, Dean HD, Di Ruggiero E, Ferrelli RM, et al. Towards a global monitoring system for implementing the Rio Political Declaration on Social Determinants of Health: developing a core set of indicators for government action on the social determinants of health to improve health equity. *Int J Equity Health.* 2018;17(1):136. doi: <http://doi.org/10.1186/s12939-018-0836-7>

Contribución de los autores:

Concepción y dibujo de la pesquisa: Emiko Yoshikawa Egry, Lucimara Fabiana Fornari, Monica Taminato, Sônia Maria Garcia Vigeta. **Obtención de datos:** Emiko Yoshikawa Egry, Lucimara Fabiana Fornari, Monica Taminato, Sônia Maria Garcia Vigeta. **Análisis e interpretación de los datos:** Emiko Yoshikawa Egry, Lucimara Fabiana Fornari, Monica Taminato, Sônia Maria Garcia Vigeta. **Obtención de financiación:** Emiko Yoshikawa Egry. **Redacción del manuscrito:** Emiko Yoshikawa Egry, Lucimara Fabiana Fornari, Sônia Maria Garcia Vigeta, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Emiko Yoshikawa Egry, Lucimara Fabiana Fornari, Monica Taminato, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 27.01.2021

Aceptado: 14.06.2021

Editora Asociada:
Maria Lúcia Zanetti

Copyright © 2021 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.

Autor de correspondencia:

Lucimara Fabiana Fornari

E-mail: lucimaraforanari@usp.br

 <https://orcid.org/0000-0002-8655-6549>