



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Modelo de grupo para soporte familiar por el enfermero en la atención básica: estudio descriptivo

Lucilane Maria Sales da Silva¹, Marcelo Costa Fernandes², Sarah de Sá Leite³, Mariana Correia Cadete Nogueira¹, Weverson de Abreu Lima¹, Maria Rocineide Ferreira da Silva¹

1 Universidad Estadual de Ceará

2 Universidad Federal de Campina Grande

3 Universidad Federal de Ceará

RESUMEN

Objetivo: investigar el cambio de soporte relacionado al cuidado en la salud entre la familia, insertada en el centro del modelo grupo, y el enfermero de la Atención Básica. **Método:** estudio descriptivo, realizado con 30 usuarios de la Atención Básica de Maracanaú/CE, en julio de 2014. Se recurrió al Discurso del Individuo Colectivo para la organización de los datos y al modelo de grupo para la visualización del soporte ejercido por el profesional. **Resultado:** el enfermero es referencia secundaria de soporte a las familias; sus acciones son restrictas a las unidades de salud, demostrando un papel equivocado de sus atribuciones, además de tener como foco las actividades de orientación. **Discusión:** hay distanciamiento del enfermero en relación a las familias asistidas, como también influencias del modelo médico hegemónico, que distancian al enfermero de la apropiación de sus reales atribuciones. **Conclusión:** el enfermero es desvalorizado y señalado como referencia secundaria en la relación a las familias para resolver problemas de salud.

Descriptor: Enfermería en Salud Pública; Atención de Enfermería; Apoyo Social.

INTRODUCCIÓN

El profesional enfermero, es imprescindible para la viabilidad de las acciones y servicios de la red de atención a la salud, posee un papel significativo en el ámbito de la Atención Básica (AB), principalmente por articular conocimientos, habilidad e actitudes con el fin de sanar los problemas de los actores sociales que buscan ese primer nivel de atendimento.

La AB es caracterizada, en el contexto de la salud, por una serie de acciones, desarrolladas de forma individual y colectiva, que envuelve promoción y protección de la salud, así como la prevención de agravios, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños y mantención de la salud. Estas acciones son realizadas con el objetivo de incentivar la atención integral, a partir de la cual es posible influenciar en la situación de salud y autonomía de la población y en los determinantes y condicionantes de salud de las colectividades⁽¹⁾.

Con eso, es en la AB que la familia pasa a ser el centro de atención y comprendida de forma integral. En este sentido, es necesario que el enfermero valore los diversos saberes y prácticas en la perspectiva de un enfoque con elevado potencial resolutivo, el cual posibilite la creación de soporte donde haya la formación de vínculos de confianza con ética, compromiso y respeto.

Por lo tanto, el relacionamiento entre el enfermero y la familia en la AB posibilita el fortalecimiento del vínculo de confianza, vínculo y apoyo afectivo, proporcionando un acompañamiento longitudinal para mejorar la calidad de vida y salud de la población⁽²⁾.

El referencial de apoyo para esta pesquisa, denominado modelo de grupo, considera que el individuo se desarrolla relacionándose con otras personas de su medio social, ocupando un papel específico como integrante de grupos, por ejemplo, amigos, profesionales y/o una or-

ganización determinada. Ejerciendo ese papel, la persona experimenta acontecimientos como siendo parte de un grupo⁽³⁾.

Siendo así, la presente pesquisa objetiva investigar el cambio de soporte relacionado al cuidado en la salud entre la familia, insertada en el centro del modelo grupo, y el profesional enfermero de la AB.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado con 30 usuarios, cuyas familias eran asistidas en el ámbito de tres Unidades Básicas de Salud (UBS) del municipio de Maracanaú/CE. Se utilizó la entrevista semiestructurada como técnica de colecta de datos, así como un instrumento basado en la concepción del modelo de grupo.

El modelo de grupo objetiva identificar los papeles y las posiciones de los individuos en su red personal significativa, por lo tanto trabaja solamente con las personas importantes y fundamentales para aquel individuo-foco. Para cada persona insertada en esa red hay una relación diferente con la persona investigada⁽⁴⁾.

El grupo posee tres círculos concéntricos, los cuales rodean al individuo. Cada círculo significa un nivel diferente de proximidad en relación al individuo en foco. Por lo tanto, los miembros del círculo interno son comprendidos como los más imprescindibles para providenciar soporte. Los individuos situados en el segundo círculo poseen un nivel de interacción mayor de que la realización de exigencia de papeles, sin embargo están más distantes de lo que las del círculo inicial. Los individuos del tercer círculo interactúan a partir de las prescripciones de papel⁽⁴⁾.

Las entrevistas sucedieron en el período de julio de 2014, en local reservado de la propia UBS. En este momento, era presentado un

Silva LMS, Fernandes MC, Leite SS, Nogueira MCC, Lima WA, Silva MRF. Convoy model to family support by nurses in primary health care: the descriptive study. *Online braz j nurs* [internet] 2016 Mar [cited year month day]; 15 (1):52-60. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5160>

diagrama formado por los tres círculos concéntricos. Dentro del menor círculo, en el centro, estaba escrito "Familia". En el círculo externo, el entrevistado indicaba a los profesionales de salud que eran próximos e importantes lo necesario para estar en el círculo de referencia para la familia. En el segundo círculo, él mencionaba los profesionales que no eran completamente próximos, mas importantes para la familia. Ya en el círculo interno, El señalaba a los profesionales tenidos como referencia, siendo los primeros a ser buscados para solucionar los problemas de salud presentados por la familia.

Después de que los participantes de esta investigación mostraron, en los círculos concéntricos, los profesionales de referencia para la familia, era realizada la entrevista semiestructurada con el objetivo de comprender como era percibida la relación del enfermero de la UBS con las familias, a partir de los discursos de los mismos.

Para proceder a la ordenación y organización de los datos empíricos, producidos en las entrevistas semiestructuradas, se recurrió al proceso metodológico del Discurso del Individuo Colectivo (DSC), que es una herramienta que viabiliza la representación del pensamiento de un determinado grupo. Es una propuesta metodológica que propone la suma de las ideas no de forma numérica, sino operando de forma metodológica la expresión del pensamiento colectivo por medio del discurso⁽⁵⁾.

La DSC representa, por lo tanto, un expediente o recurso metodológico destinado a hacer más claras y expresivas las representaciones sociales, permitiendo que un determinado grupo social pueda ser visto como autor y emisor de discursos comunes, compartido entre sus miembros. Con el individuo colectivo, los discursos no se anulan o se reducen a una categoría común unificadora, ya que lo que se busca hacer es precisamente lo inverso - reconstruir, con

pedazos de discursos individuales, como en un rompecabezas, tantos discursos síntesis como se juzgue necesario para expresar una dada "figura"; un dado pensar o una representación social sobre un fenómeno⁽⁵⁾.

Como criterio de inclusión, se adoptó que la familia debe estar como mínimo con un año de acompañamiento realizado por el equipo de salud de la familia de la AB. Se excluye aquella que no posee enfermero como miembro del equipo acompañada en la AB. La suspensión de la colecta de datos ocurrió a partir del momento que fue identificada la saturación teórica.

La investigación tuvo inicio después la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Estadual de Ceará/UECE con el parecer nº 124.454. Los componentes éticos y legales están presentes en todas las fases de la investigación, en conformidad con la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

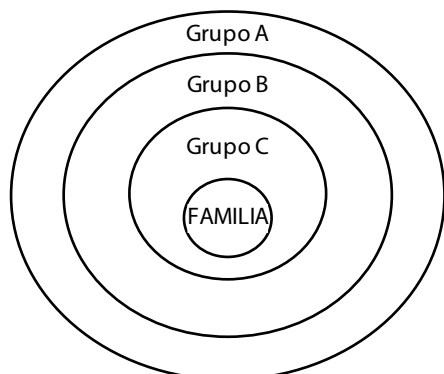
Conforme el cuestionamiento sobre los profesionales que los usuarios buscan para dar soporte a la familia, a partir del modelo de grupo, fue estratificado en tres grupos los cuales son presentados en la Figura 1.

Cada grupo es compuesto por los respectivos profesionales señalados como de referencia a la familia, siendo que cada círculo es presentado por orden decreciente en que fue mencionado. El Grupo A, más externo, es compuesto por médico hospitalario, citado por 20 usuarios; médico de la unidad de salud, mencionado cuatro veces el enfermero de la unidad de salud, informando por un usuario. El Grupo B, intermedio, es constituido por médico hospitalario, citado por 14 individuos del estudio; enfermero de la unidad de salud, recordado siete veces;

médico de la unidad de salud, mencionado por tres y enfermero hospitalario informado por dos usuarios. Ya el Grupo C, interno, es formado por médico de la unidad de salud, citado 17 veces; enfermero de la unidad de salud, informado por cuatro participantes y enfermero hospitalario, relatado por dos.

En el contexto de la relación del enfermero con la familia en la AB, serán presentados a seguir las IC y los respectivos DSC de los relatos de los usuarios sobre esa cuestión.

Figura 1 - Representación del sistema de apoyo que las familias buscan en el atendimento en salud y enfermedad, conforme representación en los círculos del transporte familiar. Maracanaú, 2014.



Fuente: datos de la investigación, 2014.

La primera IC, sobre el local donde ocurre el soporte del profesional enfermero, se originó a partir de la entrevista de ocho usuarios dando origen al siguiente DSC:

IC 01: Soporte del enfermero restringido a la unidad de salud

DSC 01: El atendimento de enfermería se hace más en los policlínicos de salud. Ella no conoce todos los miembros de mi familia. Soy yo quien va al policlínico cuando necesito. Es difícil que un agente comunitario vaya a mi casa, entonces

una enfermera es más difícil aún. Ahora, cuando es un anciano, alguien que tiene dificultad de andar o posee alguna enfermedad que lo deja acamado, ella va hasta la casa de la persona. Sólo sé que ella nunca fue a la mía. Mi hijo tiene dos años y no tuvo ninguna consulta en casa. La relación es sólo de enfermero-paciente, nada a más así.

La segunda IC fue construida a partir de los relatos de los usuarios sobre la visión restringida y equivocada del papel del enfermero. Con respecto DSC a la IC surgió a partir de cuatro entrevistas:

IC 02: Visión equivocada del soporte del enfermero en la Atención Básica

DSC 02: La relación con la enfermera es una relación buena porque vuelvo a ella para renovar la receta de los medicamentos que necesito. Así ella puede ayudar y substituir al médico cuando él no está presente. Es buena. Yo vengo aquí a hacer la glicemia y pedir una consulta para buscar los medicamentos, sólo eso. El enfermero es importante porque él ayuda al médico y esa relación es muy buena. En relación a la enfermera aquí en el policlínico con mi familia, ella ayuda mucho el doctor (médico), ¿cuándo él no está presente, la enfermera puede substituir en algunas cosas, no es? Como pasar una medicina.

De la construcción del DSC de la tercera IC participaron ocho usuarios que enfocaron el soporte principal realizado por el enfermero como siendo orientaciones para un cuidado mejor con la salud, que será dirigido en el DSC a seguir:

IC 03: Soporte del enfermero por medio de orientaciones

DSC 03: La relación de la enfermera es muy buena porque ella saca las dudas y tiene interés. Ella responde todo lo que se le pregunta a ella, explicando correctamente y orientando los cuidados a ser tomados, además de solicitar los exámenes necesarios. Es un buen soporte esas orientaciones. Ella saca las dudas, pide exámenes, examina y pregunta si estoy bien. Ella ya me direcciona orientando cual actitud debe ser tomada. Es una buena relación, pues nos orienta como cuidar de nuestro niño. Que debemos amamantar hasta los seis meses, que debemos tener cuidado con la salud del niño. Yo creo que, eso es bueno.

DISCUSIÓN

Las familias se desarrollan insertadas en el grupo, esto es, incorporados a una red de relaciones sociales que proporcionan soporte social en su ciclo de vida. En esta investigación, los círculos concéntricos están vinculados al soporte que los profesionales de la salud disponen a las familias de su territorio de actuación. Así, las características del círculo interno representan los profesionales tenidos como de referencia, los cuales son buscados preferencialmente en detrimento de los que están en los círculos intermediario y externo⁽⁴⁾. Luego, se escogió el círculo interno por entender que este representa mejor el soporte de disponibilidad por las relaciones que suceden en este círculo.

En el círculo interno, compuesto por los profesionales de la salud que son percibidos como principales referencias de soporte a

los problemas de salud presentados por la familia, hay predominancia de menciones al profesional médico como principal soporte. Por su vez, el enfermero de la AB poco es recordado, como un profesional de referencia para las familias.

Datos semejantes fueron encontrados en una pesquisa realizada con usuarios de la AB del municipio de São Paulo, que consideraba como elemento fundamental de soporte para solucionar sus necesidades de salud la presencia de médicos en el servicio⁽⁶⁾.

Se entiende que la propuesta de la AB diverge radicalmente del modelo que, por muchos años, predominó en la realidad brasileña. Él no conseguía atender a las reales necesidades de salud de la población, ya que poseía como características el atendimento individual, centralizado en la queja, en los elementos biológicos, en la estratificación del cuidado y, como escenario principal de atendimento, el hospital⁽⁷⁾.

Sin embargo, ese modelo médico hegemónico es aún fuertemente presente en la realidad brasileña, conforme se observan en los datos de esta investigación, lo que demuestra cierta dependencia de la población a esa categoría profesional, algo culturalmente e históricamente enraizados en la sociedad.

Luego, es imprescindible que el enfermero establezca una relación más próxima con los usuarios, con el fin de que su trabajo se haga visible para las familias en la AB, haciendo con que estas perciban la importancia de las acciones de este profesional como miembro integrante del equipo de salud de la familia⁽⁸⁾ y, consecuentemente, como responsable por un cuidado longitudinal, integral, humano y ético a esta población, proporcionando con eso resoluciones a las demandas presentadas.

El DSC 01 retrata, de acuerdo con los usuarios, que la relación del enfermero con la familia es restricta a la unidad de salud, lo que

Silva LMS, Fernandes MC, Leite SS, Nogueira MCC, Lima WA, Silva MRF. Convoy model to family support by nurses in primary health care: the descriptive study. *Online braz j nurs* [internet] 2016 Mar [cited year month day]; 15 (1):52-60. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5160>

evidencia distanciamiento de ese profesional con las condiciones reales sociales en que esa población está insertada. Eso dificulta la formación de vínculos y la construcción de acciones de cuidados adecuadas a las especificidades de esos actores sociales.

En el círculo interno son dados los cuidados de forma más próxima a las familias⁽³⁾, sin embargo hay distanciamiento, conforme observado en esta investigación, de contacto de los enfermeros de la AB con la población sobre su responsabilidad. De acuerdo con el modelo de grupo, estos profesionales no son comprendidos por las familias como referencia de soporte; son considerados profesionales secundarios en ese campo de atención.

Se entiende que la centralización de las acciones dentro de la unidad de salud muchas veces está condicionada a la reproducción del modelo tradicional de asistencia con énfasis en el tratamiento medicamentoso, mecanicista y biológico. Esta situación dificulta el uso de otras posibilidades de producción de cuidado, como la recepción, vínculo, escucha activa y automatización de los actores sociales.

En ese sentido, hay también la necesidad del enfermero de apropiarse del soporte como función de la red social, siendo la producción del cuidado un tipo específico de soporte a ser efectuado con la familia a lo largo del ciclo de vida, lo que puede fomentar la mayor aproximación e interacción con esos actores sociales⁽³⁾.

Además de eso, con la efectividad de la aproximación del enfermero con la comunidad en su territorio adjunto, pueden surgir as diversas situaciones de vulnerabilidad en que esta población está insertada. Esas circunstancias necesitan de competencias específicas, actuación interdisciplinar e intersectorial, elementos estos que el enfermero puede presentar aunque haya limitaciones para actuar ya que no se apropió de una diversidad de campos de conocimientos

necesarios para una producción con calidad en la atención primaria⁽⁹⁾.

Ya en el DSC 02 se nota una visión equivocada del papel del enfermero en la AB - retratado como un sustituto para cuando el médico no se encuentra en la unidad de salud.

El proceso de trabajo de la AB requiere competencias específicas de los profesionales de salud y, consecuentemente, del enfermero. En ese primer nivel, se nota ausencia de delimitación de las atribuciones de esa categoría. Esto puede tener origen en la actuación de los propios profesionales, que aún no se apropiaron de la finalidad principal de su trabajo el cotidiano de la AB, agregando atribuciones y funciones que no le son propias, como también en resultado de funciones que son híbridas en ese escenario de actuación como consultas, solicitudes de exámenes, prescripciones, entre otras, lo que puede generar ambigüedades de su papel por parte de los usuarios⁽¹⁰⁾, como fue observado en ese DSC.

La imprecisión de las reales atribuciones, así como las que son posibles ser compartidas entre enfermero y los demás miembros del equipo de salud en el primer nivel de atención, no se restringe al escenario brasileño. Esa problemática también es apuntada en Canadá⁽¹¹⁾, Australia⁽¹²⁾, Bahrein⁽¹³⁾ e Irlanda⁽¹⁴⁾, donde aún no hay una delimitación del papel del enfermero en ese escenario de actuación, lo que fragiliza el reconocimiento social y profesional de esa categoría.

Se entiende que hay una necesidad de especificación de la identidad profesional del enfermero en la AB, ya que la misma se encuentra confusa a los usuarios, lo que compromete el reconocimiento del valor de su práctica; además de la conquista de la autonomía en el trabajo y las relaciones de cooperación y colaboración, sea con los demás profesionales de la salud o con los actores sociales que buscan los servicios de salud en este ámbito de atención.

Por fin el DSC 03 reconoce que el soporte del enfermero con la familia, en la visión de los usuarios, se concretiza por medio de orientaciones, con el objetivo de sanar las dudas sobre el mejor cuidado en su cotidiano para mantener una salud adecuada, y también para la realización de exámenes.

Se infiere que esas orientaciones deben trascender las acciones pragmáticas y normativas, las cuales aún son común en ese escenario de actuación, ampliando así la comprensión del proceso salud, enfermedad y cuidado de la familia.

Entonces, es fundamental que esas orientaciones puedan ser direccionadas para la producción del cuidado centralizado en los usuarios y en las familias, envolviendo, además de la enfermedad, a los individuos en su contexto, fomentando el desarrollo de autonomía de las personas para que lidien con sus problemas, por medio de la utilización predominante de tecnologías interaccionistas y de la construcción dialogada entre los actores sociales involucrados en ese proceso⁽¹⁵⁾. Así como, la utilización de herramientas propias para el trabajo con familias tan próximas del ejercicio de la práctica del enfermero.

El modelo de grupo fue importante revelador del distanciamiento del enfermero de la AB en relación a las familias asistidas, pues la mayoría de los usuarios representantes familiares citó el soporte de este profesional como secundario a otras búsquedas inicialmente prioritarias, como el atendimento médico en la lógica de la salud vinculada a la enfermedad, prescripción y medicalización.

CONCLUSIÓN

Esta investigación identificó como es percibido, a partir de la visión de los usuarios, el

soporte que es realizado por el enfermero a la familia en la AB, con base en el modelo de grupo de relaciones sociales.

Esos resultados demuestran que hay una mayor valoración del médico, apuntado como la principal referencia de las familias para dar resolución a los problemas de salud. El profesional fue apuntado en el grupo con mayor frecuencia en el círculo interno; en contrapunto, el enfermero de la unidad de salud fue poco recordado, siendo visible su fragilidad en viabilizar soporte adecuado a la familia.

Se identificó también que el enfermero centraliza sus actividades dentro de la estructura física del puesto, sea por la deficiencia en lidiar con situaciones complejas presentes en el territorio o por la acción de continuidad a acciones prescriptivas y mecanicistas, utilizando poco el potencial creativo que carga consigo.

Esas situaciones pueden contribuir en la percepción equivocada del papel del enfermero en la AB, o sea, como sustituto del médico, porque aún no se apropió de sus competencias específicas en ese nivel de atención.

Se entiende, por fin, que el enfermero debe trascender el modelo tradicional de asistencia a la salud que reverbera en su práctica cotidiana, y adoptar una postura cuya orientación pueda tener como fundamentos las tecnologías interaccionistas direccionando a fomentar la recepción, vínculo, escucha activa y consecuentemente el empoderamiento de los actores sociales sobre su responsabilidad.

Es necesario destacar que los resultados encontrados presentan limitaciones, pues fue desarrollado en la AB de un municipio, de manera que no se puede generalizar para los demás servicios de cobertura nacional, ya que necesita de la realidad de salud de la población y de la dinámica del proceso de trabajo de los profesionales de cada territorio.

Además de eso, esta investigación no tiene

como objetivo saturar las inquietudes presentadas y discutidas en esta investigación, sino instigar nuevas discusiones sobre el soporte del enfermero la familia en la AB, principalmente con énfasis en la clínica ampliada, viabilizando un cuidado ético, humano e integral.

CITAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488/GM de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2011.
2. Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Family and community orientation in children's primary healthcare. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2016 Mar 27]; 21(1): 119-127. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/en_1413-8123-csc-21-01-0119.pdf
3. Antonucci TC, Akiyama H. Convoys of attachment and social relations in children, adolescents and adults. In: Hurrelmann K, Nestmann F. *Social networks and social support in childhood and adolescence*. Berlin and New York: Adline de Gruyter; 1994. p. 37-52
4. Antonucci TC, Akiyama H. Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *J Gerontol*. 1987;42 (5):519-27.
5. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2.ed. Caxias do Sul: Educ; 2005.
6. Franco FA, Hino P, Nichiata LYI, Bertolozzi MR. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2012 Mar [cited 2015 Feb 02]; 16(1): 157-62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100021&lng=pt
7. Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Strengths and weaknesses of the care delivered in the Traditional Primary Healthcare Units and Family Healthcare Strategy units in the perspective of users. *Texto contexto – enferm* [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 02]; 22(3): 780-88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300026&lng=pt&nrm=iso
8. Alexandre AMC, Labronici LM, Maftum MA, Mazza VA. Map of the family social support network for the promotion of child development. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2012 Apr [cited 2016 Mar 27]; 46(2): 272-279. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200002&script=sci_arttext&tlng=en
9. Umpiérrez AHF, Merighi MAB, Muñoz LA. Perceptions and expectations of nurses concerning their professional activity. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 29]; 26(2): 165-171. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200010&lng=en
10. Poghosyan L, Nannini A, Smaldone A, Clarke S, Rourke NCO, Rosato BG et al. Revisiting Scope of Practice Facilitators and Barriers for Primary Care Nurse Practitioners: a qualitative investigation. *Policy, Politics, & Nursing Practice* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 29]; 14(1): 6-15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23528433>
11. Oelke ND, Besner J, Carter R. The evolving role of nurses in primary care medical settings. *International Journal of Nursing Practice*. [Internet]. 2014. [cited 2015 Mar 05]; 20(6): 629–35. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12219/pdf>
12. Parker R, Forrest L, Ward N, McCracken J, Dip PG, Cox D, et al. How acceptable are primary health care nurse practitioners to Australian consumers? *Collegian*. [Internet]. 2013 [cited 2015 Mar 05]; 20(1): 35-41. Available from: <http://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696%2812%2900029-7/pdf>
13. Nasaif HÁ. Knowledge and attitudes of primary care physicians toward the nurse practitioner role in the Kingdom of Bahrain. *Journal of the*

- American Academy of Nurse Practitioners. 2012. [cited 2015 Mar 05]; 24(3): 124-31. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2011.00710.x/pdf>
14. Philibin CAN, Griffiths C, Byrne G, Horan P, Brady AM, Begley C. The role of the public health nurse in a changing society. *Journal of Advanced Nursing*. 2010. [cited 2015 Mar 05]; 66(4):743-52. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05226.x/pdf>
15. Fernandes MC, Silva LMS, Moreira TMM, Silva MRF. Factors involved in the management of nursing care: a descriptive study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 Sept [cited 2015 Feb 02]; 12 (2): 522-33. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4081>

Todos los autores participaron de las etapas de esa publicación en una o más etapas a seguir, de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la colecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que son de sus responsabilidades el contenido relacionado a todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo, por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales embrollos sobre la materia en aprecio. Todos los autores declararon que no poseen conflicto de intereses, sea de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los hallazgos. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE, cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido:13/02/2015
Revisado: 29/03/2016
Aprobado:29/03/2016