

Orientação familiar e comunitária na adolescência: avaliação na estratégia da saúde da família*


Rosimara Oliveira Queiroz^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0001-7976-2259>


Márcia Moroskoski^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-4377-4025>


Bianca Machado Cruz Shibukawa^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-7739-7881>


Roberta Tognollo Borotta Uema¹

 <https://orcid.org/0000-0002-8755-334X>

Rosana Rosseto de Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3373-1654>

Ieda Harumi Higarashi¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4205-6841>

Objetivo: avaliar a orientação familiar e comunitária na adolescência, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Método:** estudo avaliativo, descritivo e de abordagem quantitativa, desenvolvido por meio da aplicação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*), junto a 70 profissionais da Estratégia Saúde da Família e 140 adolescentes das áreas abrangentes. A coleta de dados ocorreu nas Unidades Básicas de Saúde e domicílios dos adolescentes de um município do Sul do Brasil, no período de maio a setembro de 2019. Analisaram-se os dados mediante estatística descritiva e inferencial por meio da ANOVA e teste de Tukey, executados no *software* R Studio. **Resultados:** revelou-se divergência na avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária entre os usuários e os profissionais responsáveis, denotando fragilidades no processo de comunicação e na formação do vínculo assistencial nesta realidade, com impactos na qualidade da atenção. **Conclusão:** evidenciou-se a necessidade de avaliação continuada da prática assistencial na atenção primária em saúde, e de educação permanente com foco na qualificação crescente do cuidado ao adolescente.





Descritores: Atenção Primária à Saúde; Saúde do Adolescente; Avaliação em Saúde; Centros de Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Assistência Integral à Saúde; Educação em Saúde.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Avaliação das ações em saúde do adolescente desenvolvidas pela equipe de estratégia de saúde da família", apresentada à Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001, Brasil.

¹ Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

² Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Como citar este artigo

Queiroz RO, Moroskoski M, Shibukawa BMC, Uema RTB, Oliveira RR, Higarashi IH. Family and community guidance in adolescence: assessment in the family health strategy. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3457. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4599.3457>

Introdução

A fase da adolescência é associada a diversos marcos e peculiaridades, sendo definida como o período da vida no qual o indivíduo ingressa ao completar 12 anos, correspondendo a uma etapa de transição da infância para idade adulta. Neste processo, o adolescente enfrenta uma série de transformações no desenvolvimento físico, cognitivo, psicossocial, sexual e crises de identidade. São usuais também, a necessidade de obtenção de autonomia, e de descoberta da identidade frente à família e à sociedade⁽¹⁻²⁾.

No âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), várias lacunas ou dificuldades ainda permeiam as ações voltadas aos adolescentes, as quais incluem desde a falta de capacitação dos profissionais, passando por deficiências de estrutura nas unidades de saúde para o acolhimento dos adolescentes, até a falta de envolvimento desta clientela no processo de planejamento das ações, compondo assim um cenário de fragilidades que compromete o cuidado integral de qualidade⁽³⁻⁵⁾.

Os desafios da Estratégia Saúde da Família (ESF) demandam, deste modo, um maior esforço político e institucional, por meio de financiamentos, da gestão e educação de pessoal e da garantia dos cuidados integrais, com vistas a alcançar o equilíbrio adequado entre a abordagem individual em tempo oportuno e a comunitária, para enfrentar os determinantes sociais, desafios estes que dificultam a organização da APS como eixo principal do sistema de saúde^(4,6-7).

Logo, a adesão dos adolescentes às ações da atenção primária, principalmente na ESF, é estimulada por meio de uma estruturação do serviço, da preparação do profissional e da equipe, e pela compreensão do adolescente sobre os processos de saúde-doença^(4,6). Nesse sentido, vale ressaltar que o processo de trabalho da ESF, em grande parte voltado a públicos e programas específicos, pode ser o maior responsável pelo conhecimento reducionista de suas ações, por parte do adolescente e demais usuários do serviço⁽⁸⁾.

As orientações familiares e comunitária se destacam como ferramentas promotoras de maior interação da ESF com a família e a comunidade⁽⁹⁾. Salienta-se a importância do vínculo afetivo e da confiança estabelecida pelo usuário e profissional de saúde como fatores que possibilitam o cuidado integral à saúde da população⁽¹⁰⁾.

Evidencia-se que as ações desenvolvidas pelos enfermeiros para os adolescentes são pautadas em orientações, muitas vezes em parceria com a escola, para uma melhor efetividade no elo com este público, pois os profissionais enfrentam a ausência dos adolescentes no serviço de saúde⁽⁴⁻⁸⁾.

Geralmente, a procura do serviço de saúde pelos adolescentes é imposta pelos pais ou responsáveis, e não motivada por uma decisão de foro íntimo; tampouco é permitida aos adolescentes uma participação mais ativa no atendimento, restringindo o processo de comunicação entre o adolescente e o profissional de saúde, já que são comuns os sentimentos de timidez ou constrangimento⁽¹¹⁾.

Outra estratégia utilizada pelas equipes ESF para alcançar os adolescentes são as visitas domiciliares, realizando a promoção da saúde e as práticas de cuidado permeadas na confiança e no vínculo entre profissionais e adolescentes executando as orientações familiar e comunitária⁽¹²⁾.

No entanto, por meio de um levantamento geral dos serviços da APS em âmbito mundial, avaliados com o instrumento *PCATool*, que os atributos orientação familiar, comunitárias e outros apresentam fragilidades. Boa parte dos estudos levantados nesta revisão foram realizados no Brasil, o que ressalta a necessidade de fortalecimento dos diferentes componentes que integram o *PCATool*, como forma de melhorar o desempenho da APS em nosso país⁽¹³⁾.

Portanto, a realização da avaliação das orientações familiares e comunitária possibilita a criação de subsídios capazes de contribuir para a qualificação da assistência, enfatizando o processo de comunicação, tão importante no contexto assistencial desta clientela. Contudo, levanta-se a hipótese de que a orientação familiar e comunitária realizada pela ESF para os adolescentes apresentam fragilidades.

Mediante este contexto é que se objetivou avaliar a orientação familiar e comunitária na adolescência, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Método

Trata-se de pesquisa avaliativa, descritiva e de abordagem quantitativa, desenvolvida por meio da aplicação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária *PCATool*, versões criança e profissional, avaliando os atributos Orientação Familiar e Comunitária. Para garantir a qualidade metodológica deste estudo, utilizaram-se as recomendações da Rede *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research* (EQUATOR) por meio do *checklist The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹⁴⁾.

O estudo foi realizado em Maringá, município localizado no estado do Paraná, sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu no período de maio a setembro de 2019.

A população deste estudo foram os adolescentes com idade de 12 a 18 anos, conforme definição do Estatuto da Criança e do Adolescente⁽¹⁾ e os enfermeiros da ESF.

A opção de eleger este membro da equipe se deu por tratar-se de um profissional de liderança na equipe ESF e com maior vínculo com a população.

Para o cálculo amostral, os adolescentes foram sorteados aleatoriamente, visando a representatividade de todas as áreas de abrangência da ESF. O município do estudo conta com 77 equipes de ESF, cada qual possui um enfermeiro, sendo que sete equipes estavam descobertas por esta categoria; razão pela qual foram excluídas do estudo.

Nos casos de amostras independentes com tamanhos distintos, fez-se uso do α combinado representando a estimativa do desvio padrão agregado das amostras, $n_1 - 1$ e s_1^2 , correspondendo ao grau de liberdade e a variância do primeiro grupo, $n_2 - 1$ e s_2^2 ambos do segundo grupo. A amostra final foi composta por 140 adolescentes e 70 enfermeiros da ESF mediante contato prévio e agendamento de dia e horário com os enfermeiros, adolescentes e seus responsáveis. Para a entrevista, a pesquisadora visitou o local de trabalho dos enfermeiros e o domicílio dos adolescentes e aplicou o instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCATool)* Brasil, versões criança e profissional⁽¹⁵⁾.

O instrumento avalia os atributos de orientação familiar e comunitária para profissionais e adolescentes. As respostas deste instrumento seguiram uma escala Likert, com pontuação de 1 a 4 (com certeza, sim = 4; provavelmente, sim = 3; provavelmente, não = 2; com certeza, não = 1)⁽¹⁵⁾.

Para a análise dos dados, computaram-se os escores dos atributos de orientação familiar e orientação comunitária dos adolescentes e profissionais foram calculados pela média dos valores das respostas dos itens que os compõem, sendo posteriormente transformados em uma escala de 0 a 10 por meio da fórmula recomendada pelo instrumento de pesquisa: [escore obtido - 1] x 10 dividido por 3. Os valores de escores $\geq 6,6$ foram classificados como altos, o que corresponde ao valor três ou mais na escala Likert e $< 6,6$, como baixos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Para determinar o poder da análise, utilizou-se do pacote "pwr" do software *R Studio*. Fixando-se o tamanho da amostra (70 enfermeiros e 140 adolescentes), o tamanho do efeito (0.5) e o nível de significância (5%), obteve-se um poder de aproximadamente 93%.

Realizou-se o teste de Análise de Variância, seguido da utilização do teste Tukey para comparar as médias individuais, e na ANOVA, para comparação das médias dos escores das respostas dos adolescentes e

profissionais de saúde, adotou-se nível de significância de 5%.

As medidas do tamanho do efeito são definidas em três níveis, calculadas segundo "d de Cohen" no qual o valor é pequeno se $0.20 < d < 0.50$, médio se $0.50 < d < 0.80$ e $0.80 < d$ grande⁽¹⁷⁾. Para esse estudo, foram utilizados tamanhos médios de $d = 0.5$, pois, para valores menores que este, tornava-se inviável a pesquisa. Todas as análises foram realizadas no *R Studio*-versão: 1.2.5001-2019.

O estudo seguiu todos os preceitos éticos e legais contidos nas Resoluções 466/2012⁽¹⁸⁾ e 510/2016⁽¹⁹⁾ do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa obteve aprovação do Comitê Permanente de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sob o CAAE nº 10627519.1.0000.0104 e parecer nº 3.266.229. Todos os participantes foram esclarecidos quanto à realização do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A análise dos resultados obtidos por meio da aplicação do instrumento *PCATool* junto aos 140 adolescentes e 70 profissionais enfermeiros da ESF entrevistados revelou opiniões discordantes em ambos atributos da orientação familiar e comunitária. Assim, enquanto os profissionais consideraram cumprir adequadamente as atribuições de orientação preconizadas no instrumento, os adolescentes revelam não perceberem tais ações.

Destaca-se, no que tange ao atributo orientação familiar, que o maior percentual de divergência nas respostas entre adolescente e profissional, se referia à pergunta "I1 - O seu/sua médico/enfermeiro lhe pergunta sobre suas ideias ou opiniões sobre seu tratamento?", em que os adolescentes responderam não receber esse tipo de questionamento durante seu atendimento (82,86%). Para a mesma questão, entretanto, os profissionais alegaram, que sim, costumam realizar esse tipo de questionamento durante os atendimentos (71,43%).

Ainda no componente de orientação familiar, evidencia-se uma lacuna, posto que na percepção dos adolescentes os profissionais da ESF não questionam sobre os problemas e doenças de seus familiares e um pouco mais da metade dos adolescentes não acredita que os profissionais se reuniram com seus familiares para discutirem algum tipo de saúde, como segue na Tabela 1.

Tabela 1 - Orientação familiar na percepção dos adolescentes e profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Sul do país. Maringá, PR, Brasil, 2020

Respostas	Adolescente					Profissional				
	Sim		Não		Total	Sim		Não		Total
Perguntas	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N
I1 ^I /G1 ^I	24	17,14	116	82,86	140	50	71,43	20	28,57	70
I2 ^{II} /G2 ^{II}	49	35,00	91	65,00	140	69	98,57	1	1,43	70
I3 ^{III} /G3 ^{III}	70	50,00	70	50,00	140	69	98,57	1	1,43	70

^II1 = O seu/sua médico/enfermeiro lhe pergunta sobre suas ideias ou opiniões sobre seu tratamento?; ^IG1 = Você pergunta aos pacientes quais as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro familiar?; ^{II}I2 = O seu médico/enfermeiro já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na sua família?; ^{II}G2 = Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos adolescentes?; ^{III}I3 = O seu médico/enfermeiro se reuniria com outros membros da sua família se você achasse necessário; ^{III}G3 = Você está disposto e é capaz de atender membros da família dos adolescentes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?

De maneira similar, averiguou-se na orientação comunitária o mesmo tipo de desacordo entre as respostas, destacando a questão "J4 - Algum profissional de saúde convida membros da família a participar do conselho local de saúde (conselho Gestor/Conselho usuário", em que os adolescentes negaram receber o convite (79,29%), em contraposição aos profissionais, que referiram realizar o convite (71,43%).

No que tange à orientação comunitária, destaca-se o papel das visitas domiciliares, cuja realização foi referida por 52,14% dos adolescentes participantes e 97,14% dos profissionais de saúde. Não obstante, os mesmos apontaram para deficiências da implementação da orientação comunitária, explicitadas pela falta de investigação de problemas de saúde, apontadas em 78,57% pelos adolescentes e 51,43% pelos profissionais (Tabela 2).

Tabela 2 - Orientação comunitária na percepção dos adolescentes e profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Sul do país. Maringá, PR, Brasil, 2020

Respostas	Adolescente					Profissional				
	Sim		Não		Total	Sim		Não		Total
Perguntas	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N
J1 ^I /H1 ^I	73	52,14	67	47,86	140	68	97,14	2	2,86	70
J2 ^{II} /H2 ^{II}	69	49,29	71	50,71	140	61	87,14	9	12,86	70
J3 ^{III} /H5 ^{III}	30	21,43	110	78,57	140	34	48,57	36	51,43	70
J4 ^{IV} /H6 ^{IV}	29	20,71	111	79,29	140	50	71,43	20	28,57	70
H3 ^{II}	-	-	-	-	-	63	90,00	7	10,00	70
H4 ^{III}	-	-	-	-	-	39	55,71	31	44,29	70

^IJ1 = Alguém do serviço de saúde/ou médico/enfermeiro, faz visitas domiciliares?; ^IH1 = Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?; ^{II}J2 = Os profissionais de Saúde conhecem os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?; ^{II}H2 = Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?; ^{III}J3 = Algum profissional de saúde faz pesquisa para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?; ^{III}H5 = Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?; ^{IV}J4 = Algum profissional de saúde convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários); ^{IV}H6 = Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários); ^{II}H3 = Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?; ^{III}H4 = Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

Diante destas respostas, ao calcular os escores dos atributos de acordo com instruções do instrumento *PCATool*⁽¹²⁾, verificou-se que os profissionais obtiveram escores superiores em ambas orientações, familiar (7,89) e comunitária (6,99), pontuando assim a realização eficaz das orientações. No entanto, os escores das respostas dos adolescentes apresentaram-se baixos para as orientações familiares (3,28) e comunitária (3,64), caracterizando as orientações como ineficazes, segundo a percepção destes usuários; apontando, por

consequente, para uma fragilidade do vínculo e do processo de comunicação entre profissional/serviço e usuário.

Diante dos resultados de avaliação da orientação familiar e comunitária encontrados no presente estudo, com escores dos adolescentes significativamente baixos, em contraposição aos escores dos profissionais, significativamente altos, é possível inferir um déficit importante no processo de comunicação entre estes dois públicos, como exposto na Tabela 3.

Tabela 3 - Escores dos atributos orientação familiar e comunitária conforme respostas dos adolescentes e profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Sul do país. Maringá, PR, Brasil, 2020

	Adolescente		Profissional	
	Familiar	Comunitária	Familiar	Comunitária
Média	3,28	3,64	7,89	6,99
Desvio Padrão	2,55	2,57	1,37	1,72
Mediana	3,3	3,3	7,78	7,22
Máximo	10	10	10	10
Mínimo	0	0	4,44	1,67

Salienta-se a comparação das médias dos escores dos grupos com a análise de variância (ANOVA), a qual demonstrou diferenças significativas entre as médias dos escores para profissional/orientações e adolescente/

orientações, evidenciando o desacordo entre eles sobre as orientações familiares e comunitária, com obtenção de valor-p de <2.2 e-16 e <0.0081 respectivamente, considerando nível de significância de 5% (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise de comparação das médias dos escores dos atributos orientação comunitária e familiar de acordo com o teste de análise de variância (ANOVA). Maringá, PR, Brasil, 2020

	Grau de liberdade	Soma dos Quadrados	Soma média dos quadrados	Valor F	Valor-p (>F)*
Orientação (Fam ¹ /Com ²)	1	0.41	0.41	0.080	0.7775
Grupo (Prof ³ /Ado ⁴)	1	1480.83	1480.83	2.861.904	<2.2e- 16
Orientação: Grupo	1	36.65	36.65	70.832	<0.0081
Residuais	416	2152.50	5.17	-	-

*Valor-p(>F) = Nível de significância; ¹Fam = Familiares; ²Com = Comunitária; ³Prof = Profissionais; ⁴Ado = Adolescentes

Para comparação detalhada destas diferenças obtidas no teste de Tukey, realizaram-se oito combinações: orientação familiar/orientação comunitária; profissional/adolescente; orientação familiar (adolescentes)/orientação comunitária (adolescentes); orientação familiar (profissionais)/orientação comunitária (adolescentes); orientação comunitária (profissionais)/orientação comunitária (adolescentes); orientação familiar (profissionais)/orientação familiar (adolescentes); orientação comunitária (profissionais)/orientação familiar

(adolescentes); orientação familiar (profissionais)/orientação comunitária (profissionais).

As combinações evidenciam a falta de concordância entre adolescentes e profissionais tanto nas orientações comunitárias quanto nas orientações familiares, havendo concordância somente dentro do mesmo grupo, como segue na Tabela 5. Desta forma, mediante os resultados apresentados, confirma-se a hipótese da presença da fragilidade na orientação familiar e comunitária realizada para os adolescentes pela ESF.

Tabela 5 - Comparações múltiplas entre a média dos escores dos grupos profissionais e adolescentes. Maringá, PR, Brasil, 2020

Variáveis	‡	IC [§]	Valor P
O.F ¹ /O.C ¹	0,0628	0,37-0,50	0.7775
Profissional/Adolescente	3,9832	3,52-4,45	<0,001
O.F ¹ Adolescente/O.C ¹ Adolescente	0.3550	1,06-0,35	0,5598
O.F ¹ Profissional/O.C ¹ Adolescente	4,2549	3,40-5,11	<0,001
O.C Profissional/ O.C ¹ Adolescente	3,3566	2,50-4,22	<0,001
O.F ¹ Profissional/O.F ¹ Adolescente	4,6099	3,75-5,47	<0,001
O.C Profissional/O.F ¹ Adolescente	3,7116	2,85-4,58	<0,001
O.F ¹ Profissional/O.C Profissional	0.8983	0,09-1,89	0,0916

¹O.F. = Orientação familiar; ¹O.C. = Orientação comunitária; [‡]Diferença das médias; [§]IC = Intervalo de confiança; ^{||}Valor P = Nível de significância

Discussão

Os resultados desse estudo evidenciam fragilidades no processo de comunicação e formação de vínculo entre profissionais da ESF e os adolescentes, no contexto da APS, tendo em vista os resultados discordantes na avaliação dos atributos de orientação comunitária e familiar entre estes dois grupos.

Os atributos de orientações familiares e comunitária são reconhecidos como aqueles que retratam a maior interação da ESF com a família e comunidade⁽⁹⁾. Dessa forma, salienta-se a importância do vínculo afetivo e da confiança estabelecida entre os profissionais e os adolescentes, fatores facilitadores do cuidado integral à saúde da população^(10,20).

A falta de protagonismo dos adolescentes em suas próprias consultas, nas quais o atendimento é assumido pelos acompanhantes responsáveis, constitui-se como um desafio no processo de construção da autonomia da saúde do adolescente⁽³⁾.

Tais obstáculos são representados, muitas vezes, por uma postura inflexível de pais ou responsáveis, ao não considerarem a opinião dos adolescentes em vários aspectos da vida e, principalmente, nos assuntos relacionados à sua saúde^(7,21). Desta forma, pode-se explicar as afirmações dos enfermeiros nas orientações familiares e comunitárias, visto que estes não perceberam o adolescente como protagonista das orientações, e sim seus responsáveis.

O comprometimento com os adolescentes é essencial para a efetivação da assistência à saúde, bem como a formação de comportamentos adequados de cuidado e tomada de decisões⁽²²⁾. Os profissionais e serviços de saúde precisam, portanto, adotar postura de acolhimento desta clientela e de ações que estimulem a autonomia do adolescente em sua transição para a vida adulta, fortalecendo assim os atributos de orientação familiar e comunitária no contexto da APS^(4,22). Reforça-se ainda que a adesão do adolescente aos serviços de saúde está ligada ao método utilizado para sua captação, interesse da equipe multiprofissional e nas divulgações das ações⁽²³⁾.

Nesse cenário, evidencia-se o maior interesse dos adolescentes por temas relacionados à saúde e à qualidade de vida. Assim, para além de não apresentarem contato com o tema em casa, e de necessitarem buscar conhecimento de outras formas, os adolescentes referem desconhecer a existência de programas voltados à saúde do adolescente na localidade em que residem, o que evidencia a falta de iniciativas desta natureza no rol de serviços ofertados a estes indivíduos⁽²⁴⁾.

Os adolescentes deste estudo negaram presença de vínculo com a APS, o que repercute, invariavelmente,

em uma relação fragilizada do adolescente com a sua saúde. Esta situação contribui para a formação de adultos desinformados e pouco comprometidos com os cuidados e com os serviços de saúde, o que, em última instância, se reflete no aumento das filas de hospitais, especialidades, cirurgias e até mesmo na morte prematura por causas evitáveis⁽⁶⁻⁷⁾.

Compreender o adolescente como sujeito autônomo não implica deixá-lo à margem das medidas protetivas ou das ações políticas de proteção, mas sim buscar garantir a inclusão destes no processo de planejamento das ações de promoção de sua saúde, compreendendo a especificidade da fase vivenciada e as peculiaridades de cada indivíduo⁽²⁵⁻²⁸⁾.

Além do desafio de compreender e estabelecer vínculo com os adolescentes, é necessário assegurar o pressuposto fundamental de respeito ao indivíduo, em qualquer idade, como cidadão ou futuro cidadão, com direito à dignidade. Tal condição, estendida ao público adolescente, e prevista nas políticas públicas, deve buscar garantir, entre outros aspectos, a autonomia com relação à sua própria condição de saúde⁽²¹⁾.

Outro aspecto de natureza ética a se destacar na avaliação dos adolescentes é em relação ao sigilo durante as consultas de saúde. Neste sentido, preconiza-se a realização de atendimento em duas etapas ou momentos, uma apenas com o adolescente e outro, na presença de seu responsável, quando necessário⁽²²⁾. A quebra de sigilo, por sua vez, deve representar um caso de exceção, e ser restrita apenas aos casos previstos no código deontológico da profissão⁽²²⁻²⁶⁾.

O atendimento à saúde deve contemplar todos os aspectos biopsicossociais da vida do adolescente, portanto, a orientação familiar deve ser sempre estimulada, buscando considerar também o contexto familiar. Um estudo aponta que, quando os enfermeiros atribuem importância à inclusão das famílias nos cuidados de enfermagem após uma intervenção educativa, observam-se impactos positivos nas práticas assistenciais^(10,27).

A visita domiciliar foi relatada como presente neste estudo, porém sem investigação em profundidade quando realizada. A visita domiciliar da ESF deve ter como objetivo o monitoramento dos grupos de risco e vulneráveis, com a perspectiva de promoção à saúde e prevenção de doenças, de modo que, para esses grupos, as visitas sejam efetuadas em média, mensalmente⁽²⁷⁾.

A atenção domiciliar proporciona aos profissionais e ao serviço um diagnóstico adequado dos problemas e necessidades das comunidades atendidas, além de proporcionar aproximação aos aspectos referentes à estrutura familiar e à infraestrutura do domicílio, ampliando o entendimento do enfermeiro frente a

esta clientela, possibilitando evitar hospitalizações desnecessárias e rápida atuação frente às demandas de saúde⁽²⁸⁾.

Vale ressaltar que, dentro da ESF, os agentes comunitários de saúde são fundamentais na organização do modelo assistencial, devendo portanto ser incluídos no planejamento assistencial, desde as atividades de diagnóstico populacional até as necessidades que emergem na comunidade e implementações de ações em saúde, auxiliando na participação social⁽²⁹⁾.

O conhecimento comunitário é primordial para a construção do diagnóstico situacional, o qual possibilita o desenvolvimento das ações e planejamento conforme a necessidade da comunidade, além de ações dialógicas de escuta ativa envolvendo os profissionais e os usuários para o planejamento da assistência⁽³⁰⁾.

A falta de comunicação efetiva entre serviço (representados pelos profissionais da ESF) e usuários (representados pelos adolescentes) encontrados neste estudo é bastante preocupante. Evidencia-se a necessidade urgente de investimentos voltados ao fortalecimento destes atributos da APS, que representam o alicerce do elo entre comunidade e serviço, e pedra basilar para o sucesso do processo de promoção da saúde desta clientela^(20,22).

O trabalho com adolescentes ainda representa um grande desafio para os enfermeiros da ESF, posto se tratar de clientela que dificilmente utiliza o serviço de saúde. Para além disso, a falta de desenvolvimento de ações específicas para esta população tem como motivadores a falta de estrutura, de recursos, além da sobrecarga do trabalho nas equipes^(2,22-25).

Outro desafio evidenciado são os obstáculos presentes no atendimento deste público como a carência e a inapropriação da estrutura física das unidades, com implicações negativas para a realização de encontros e reuniões com os adolescentes, e também a alta demanda de trabalho da equipe, dificultando, assim, a realização das práticas educativas^(8-9,11,21).

A intervenção em grupo para adolescentes precisa ser prioridade na ESF, todavia, as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde deste grupo precisam ser planejadas estrategicamente, visto que a adesão do adolescente está ligada ao método utilizado, interesse da equipe multiprofissional e nas divulgações das ações^(13,31).

Em âmbito mundial, os serviços da APS que foram avaliados com o instrumento *PCATool*, demonstraram que os atributos orientação familiar, comunitárias e outros, apresentam fragilidades⁽²¹⁻³⁶⁾. No Brasil, o cenário não é diferente, o que ressalta a necessidade de fortalecimento dos diferentes componentes que integram o *PCATool*,

como forma de melhorar o desempenho da APS em nosso país⁽³⁷⁻⁴⁰⁾.

A literatura internacional aponta ainda que tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, as ações voltadas para a saúde do adolescente são fragmentadas, mal coordenadas e de qualidade irregular, além do fato de que os profissionais se encontram despreparados para trabalhar de acordo com o comportamento e linguagem do adolescente. Tais fatores prejudicam a inserção do adolescente na atenção primária em saúde, impedindo a alfabetização em saúde adequada, podendo gerar prejuízos inestimáveis para este grupo que já é vulnerável⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

Apesar do reconhecimento da importância da APS em ser organizadora do cuidado por ser a porta de entrada da atenção à saúde, ainda se evidencia a necessidade de investimento para melhoria dos atributos, para que a APS cumpra sua assistência conforme é preconizada⁽³⁹⁻⁴⁰⁾, auxiliando os adolescentes na alfabetização em saúde, acerca de prevenção e tratamento de doenças; bem como medidas de promoção a saúde, atitudes que promovem benefícios econômicos e sociais, além de irem de encontro com o determinado pela Organização Mundial de Saúde para a convergência em saúde global até 2030⁽⁴³⁾.

Diante de tais circunstâncias, cabe aos serviços de saúde rever suas posturas e conceitos acerca do processo da assistência e da avaliação do serviço prestado aos adolescentes. Nesse sentido, a avaliação deve estar amparada na compreensão de que eventuais resultados negativos devem ser encarados como efetivas contribuições para o aperfeiçoamento do sistema, possibilitando aos profissionais refletir sobre suas ações, fomentando o planejamento e o processo de tomada de decisão, aspectos estes que ajudam a qualificar cada vez mais a assistência prestada⁽⁴⁰⁾.

Dessa forma, é relevante para a melhoria da assistência na adolescência a incorporação das diretrizes nacionais para atenção à saúde de adolescentes e jovens, nas demandas para este público, que indicam adotar planejamento e ações de promoção da saúde que tenham como o centro de articulação os adolescentes levando em conta os seus projetos de vida, contexto sociocultural familiar e econômico⁽⁴⁴⁾.

Torna-se necessário incluir o adolescente na construção dos planejamentos e ações em saúde para que o mesmo se envolva mais com a sua saúde, garantindo assim a sua autonomia e apoiando o trabalho da ESF. Além disso, recomenda-se a sensibilidade para com as demandas e necessidades dessa população, enfatizando suas diversidades individuais, sociais, étnicas e territoriais, estabelecendo parcerias com atividades

culturais, esportivas e com escolas que atuam no mesmo território^(11,21,23,25,44).

E também é necessário pôr em prática o Programa Saúde nas Escolas (PSE), que é um programa criado pelo governo brasileiro com o objetivo de contribuir na formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e atenção à saúde⁽⁴⁵⁾. Alguns estudos têm apontado para a importância e o benefício do PSE nas ações em promoção da saúde e na construção do vínculo entre adolescentes e profissionais de saúde. Dessa maneira, a equipe ESF estabelece o vínculo de confiança e respeito, fator essencial para efetivação na assistência a este público⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾.

Destaca-se a importância do conhecimento construído pelo estudo para fomentar mudanças no contexto da assistência ao adolescente, a qual deve ser pensada para o adolescente de modo participativo. Faz-se necessário desenvolver a autonomia em saúde, exercendo o protagonismo da assistência e ressaltando a relevância da avaliação do serviço como exercício do direito democrático para garantir a qualidade do cuidado ao adolescente.

Finalmente, cabe ressaltar como limitações deste estudo que muitos programas e ações não são projetados para serem avaliados, apresentando poucas informações exatas sobre todos os pontos esperados, dificultando a sua implementação bem como posterior avaliação. Outro fator limitador foram as equipes ESF descobertas pelo enfermeiro impossibilitando a coleta de dados na área abrangente da mesma, além da dificuldade de encontrar outros estudos voltados à avaliação da APS na área de atenção à saúde do adolescente.

Conclusão

Os atributos de orientações familiares e comunitária foram negativamente avaliados pelos adolescentes atendidos pela ESF, porém, na perspectiva dos enfermeiros, ambos atributos foram considerados satisfatórios. Tal discrepância conduz a duas preocupações importantes: a primeira, relacionada à importância do estímulo ao processo de avaliação continuada e coerente, isenta de vieses que impeçam a proposição de mudanças nas práticas e, por conseguinte, o aperfeiçoamento do sistema e a qualificação da atenção; e a segunda, relacionada a um evidente descompasso e ineficiência do processo de comunicação entre comunidade e serviço, entre usuários e profissionais.

Assim, e considerando-se a importância dos atributos de orientação familiar e comunitária como precursores e facilitadores para a formação dos elos de confiança fundamentais ao processo assistencial e

terapêutico em saúde, evidencia-se a necessidade de todos que compõem a equipe ESF esforçarem-se para o fortalecimento destes componentes da APS de modo a favorecer a promoção, prevenção e recuperação da saúde do adolescente.

Agradecimentos

Agradeço a todos que colaboraram com esta pesquisa, principalmente aos sujeitos entrevistados durante a fase da coleta de dados.

Referências

1. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BR). Estatuto da criança e do adolescente. [Internet]. 2019 [Acesso 12 mar 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf>
2. Duarte MLC, Brito Júnior FE, Bandeira PFR. Evaluation of the individual living style of school teenagers. *Adolesc Health*. [Internet] 2019 Jul/Set. [cited Feb 2, 2020];16(3):22-31. Available from: http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=794&idioma=English
3. Ministério da Saúde (BR). Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. [Internet]. Brasília: MS; 2017 [Acesso 12 mar 2020]. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2599>
4. Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto Junior EP, Amorim LDAF. Adolescent and youth access to primary health care services in a city in the state of Bahia, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(1):e00044718. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00044718>
5. Leal CBM, Porto AO, Barbosa CB, Fernandes TSS, Fernandes ESF, Viana TBP. Nursing Assistance to the Adolescent Public in Primary Care. *Rev Enferm Atual*. 2018;86:1-9. doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2018-v.86-n.24-art.123>
6. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health Care : a literature review. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(5):1499-510. doi: [10.1590/1413-81232015215.19602015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015)
7. Vieira RP, Gomes SHP, Machado MFAS, Bezerra IMP, Machado CA. Participation of adolescents in the Family Health Strategy from the theoretical-methodological structure of an enabler to participation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(2):309-16. doi: [10.1590/0104-1169.3182.2417](https://doi.org/10.1590/0104-1169.3182.2417)

8. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Primary care and collaborative care in children and adolescents psychosocial interventions: facilitators and barriers. *Cienc Saude Coletiva*. 2017;22(6):1933-42. doi: 10.1590/1413-81232017226.06892016
9. Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, Reichert APDS, Toso BRGDO, Collet N. Children's Health in Brazil: orienting basic network to Primary Health Care. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2961-73. doi: 10.1590/1413-81232015219.25002015
10. Palhoni ARG, Penna CMM. Health care in the constitution of health needs for users of the family health strategy. *Cienc Cuid Saude*. 2017;16(4):1-8. doi: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v16i4.40371>
11. Leal CBM, Porto AO, Barbosa CB, Fernandes TSS, Fernandes ESF, Viana TBP. Nursing Assistance to the Adolescent Public in Primary Care. *Rev Enferm Atual*. 2018;86(24):1-9. doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2018-v.86-n.24-art.123>
12. Agostini FCPA, Lotto AC, Siqueira LDE, Reticena KO, Fracolli LA. Care and the link with adolescents: perception of visiting nurses. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2018;12(12):3198-204. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234782p3198-3204-2018>
13. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review. *Cienc Saude Coletiva*. 2017;22(6):1881-93. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>
14. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):559-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
15. Ministério da Saúde (BR). Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. [Internet]. Brasília: MS; 2010 [Acesso 15 jan 2020]. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
16. Ferreira T, Paula CC, Kleinubing RE, Kinalski DDF, Anversa ETR, Padoin SMM. Evaluation of the quality of primary health care for children and adolescents with HIV: PCATool-Brasil. *Rev Gaucha Enferm*. 2016 Sep;37(3):e61132. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61132>
17. Cohen JE. Statistical power analysis for the behavioral sciences. [Internet]. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988 [cited Nov 5, 2019]. Available from: <http://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
18. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. Diário Oficial da União, 13 jun 2013 [Acesso 5 mar 2020]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
19. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. [Internet]. Diário Oficial da União, 24 de maio de 2016 [Acesso 5 Mar 2020]. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
20. Santos RCA, Miranda FAN. Importance of the bond between professional and user in family health strategy. *Rev Enferm UFSM*. 2016;6(3):350-9. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769217317>
21. Araújo FP, Ferreira AP, Vianna MB, Oliveira MHB. Heteronomy in adolescent health: An integrative literature review. *Cienc Saude Coletiva*. 2018;23(9):2979-89. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.16962018>
22. Eisenstein E. Commitments to adolescent health. *Adolesc Saude*. [Internet]. 2019 [Acesso em 7 fev 2019];16(1):1. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=765
23. Mourao Netto JJ, Sousa JV, Goyanna NF, Paiva GM, Sousa TC, Cavalcante AGS, et al. Attention to teenager's health in Family Health strategy: from individual to group care. *Adolesc Saude*. [Internet]. 2017 [Acesso 3 nov 2020];14(2):189-93. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v14n2a21.pdf>
24. Brito US, Rocha BEM. Young people's perception about health and quality of life. *Rev Bras Prom Saúde*. 2019;32:8933. doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.8933>
25. Macedo EOS, Conceição MIG. Meaning of Adolescence and Health among Participants in an Educational Group of Teenagers. *Psicol Cienc Profissão*. 2015;35(4):1059-73. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000552014>
26. Almeida RA, Lins L, Rocha ML. Ethical and bioethical dilemmas in adolescent health care. *Rev Bioetica*. 2015;23(2):320-30. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232071>
27. Barbosa AS, Schiocchet T. Legal regime of the right to intimacy of adolescents in medical consultations. *RBDCivil*. [Internet]. 2018 [Acesso 12 fev 2020];15(01):49. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/viewFile/205/196>
28. Cruz AC, Angelo M. Impact on nurses' attitudes of an educational intervention about Family Systems Nursing. *Rev Enferm UERJ*. 2018;26:e34451. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.34451>
29. Speroni SK, Fruet IMA, Lima D, Lima GS, Suzinara B. Perceptions of community health agents: contributions to

- the management in health. *Rev Cuidarte*. 2016;7(2):1325-37. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.338>
30. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Diário Oficial da União, 22 de setembro de 2017 [Acesso 2 fev 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
31. Ministério da Saúde (BR). Atenção Domiciliar. Brasília: MS; 2020.
32. Silva CSSL, Koopmans FF, Daher DV. The Situational Diagnosis as a tool for planning actions at the Primary Health. *Rev Pró-UniverSUS*. [Internet]. 2016 [Acesso 2 fev 2020];7(2):30-3. Disponível em: <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/345>
33. Mei J, Liang Y, Shi L, Zhao J, Wang Y, Kuang L. The Development and Validation of a Rapid Assessment Tool of Primary Care in China. *Biomed Res Int*. 2016;1-13. doi: <https://doi.org/10.1155/2016/6019603>
34. Bresick GF, Sayed AR, Le Grange C, Bhagwan S, Manga N, Hellenberg D. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). *Afr J Prim Heal Care Fam Med*. 2016;8(1):1-12. doi: 10.4102/phcfm.v8i1.1057
35. Carroll JC, Talbot Y, Permaul J, Tobin A, Moineddin R, Blaine S, et al. Academic family health teams part 1: patient perceptions of core primary care domains. *Can Fam Physician*. [Internet]. 2016 [cited Mar 3, 2020];62(1):23-30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27331228/>
36. Hoa NT, Tam NM, Peersman W, Derese A, Markuns JF. Development and validation of the Vietnamese primary care assessment tool. *PLoS One*. 2018;13(1):1-16. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191181>
37. Baratieri T, Peres CKP. Primary health care evaluation in a municipality in the south of Brazil. *Rev Univap*. [Internet]. 2019 [cited Mar 12, 2020];25(48):32-42. Available from: <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/viewFile/2214/1537>
38. Coutinho SED, Reichert APS, Nogueira JA, Toso BRG, Collet N. Health assessment: processual and structural dimension of child health in primary care. *Saude Debate*. 2020;44(124):115-29. doi: 10.1590/0103-1104202012408
39. D'Ávila OP, Pinto LFS, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. The use of the Primary Care Assessment Tool (PCAT): an integrative review and proposed update. *Cienc Saude Coletiva*. 2017;22(3):855-65. doi: 10.1590/1413-81232017223.03312016
40. Salci MA, Silva DMGV, Meirelles BHS. Evaluation in the Brazilian health system. *Ciência Cuid Saúde*. 2018;17(1):1-6. doi: <https://doi.org/10.4025/ciencsaude.v17i2.41937>
41. Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *J Adolesc*. 2018;62:116-27. doi:10.1016/j.adolescence.2017.11.010.
42. Salam RA, Das JK, Lassi ZS, Bhutta ZA. Adolescent Health Interventions: Conclusions, Evidence Gaps, and Research Priorities. *J Adolesc Health*. 2016;59(4):S88-S92. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.05.006
43. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Affi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423-78. doi:10.1016/s0140-6736(16)00579-1
44. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde do adolescente e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. [Internet]. Brasília: MS; 2010 [Acesso 3 Nov, 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf
45. Ministério da Educação (BR). Programa Saúde na Escola. [Internet]. Brasília: ME; 2018 [Acesso 3 nov 2020]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>
46. Ministério da Saúde (BR). Proteger e Cuidar da Saúde do Adolescente na Atenção Básica. [Internet]. 2017 [Acesso 3 nov 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf
47. Vieira CENK, Dantas DNA, Miranda LSMV, Araújo AKC, Monteiro AI, Enders BC. School Health Nursing Program: prevention and control of overweight/obesity in adolescents. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03339. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017025403339>

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho da pesquisa: Rosimara Oliveira Queiroz, Ieda Harumi Higarashi. **Obtenção de dados:** Rosimara Oliveira Queiroz. **Análise e interpretação dos dados:** Rosimara Oliveira Queiroz, Rosana Rosseto de Oliveira. **Análise estatística:** Rosimara Oliveira Queiroz, Rosana Rosseto de Oliveira. **Redação do manuscrito:** Rosimara Oliveira Queiroz, Márcia Moroskoski, Bianca Machado Cruz Shibukawa, Ieda Harumi Higarashi. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo**

intelectual importante: Rosimara Oliveira Queiroz, Márcia Moroskoski, Bianca Machado Cruz Shibukawa, Roberta Tognollo Borotta Uema, Rosana Rosseto de Oliveira, Ieda Harumi Higarashi.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.


Recebido: 15.07.2020

Aceito: 06.12.2020

Editor Associado:
Pedro Fredemir Palha

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:
Rosimara Oliveira Queiroz
E-mail: rosi.mdc@hotmail.com
 <https://orcid.org/0000-0001-7976-2259>