

Orientación familiar y comunitaria en la adolescencia: evaluación en la estrategia de salud familiar*


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: evaluar la orientación familiar y comunitaria en la adolescencia, en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud. **Método:** estudio evaluativo, descriptivo con enfoque cuantitativo, desarrollado mediante la aplicación de la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria (*PCATool - Primary Care Assessment Tool*), junto a 70 profesionales de la Estrategia de Salud Familiar y 140 adolescentes de las áreas incluidas. La recolección de datos se llevó a cabo en las Unidades Básicas de Salud y en el domicilio de los adolescentes de un municipio del sur de Brasil, de mayo a septiembre de 2019. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva e inferencial mediante el ANOVA y la prueba de Tukey, ejecutados en el software *R Studio*. **Resultados:** se encontraron diferencias en la evaluación de los atributos de la orientación familiar y comunitaria entre los usuarios y los profesionales responsables, demostrando la existencia de debilidades en el proceso de comunicación y en la formación del vínculo asistencial, que impactan en la calidad de la atención. **Conclusión:** existe la necesidad de evaluar continuamente la práctica asistencial en la atención primaria de salud y de educar permanentemente a los profesionales para mejorar su cualificación para atender a los adolescentes.





Descriptor: Atención Primaria de Salud; Salud del Adolescente; Evaluación de Salud; Centros de Salud; Enfermería en Salud Comunitaria; Atención Integral de Salud; Educación en Salud.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Evaluación de las acciones de salud del adolescente desarrolladas por el equipo de estrategia de salud familiar", presentada en la Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. El presente trabajo fue realizado con apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001, Brasil.

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

² Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Cómo citar este artículo

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>

Introducción

La fase de la adolescencia está asociada a varios hitos y particularidades, siendo definida como el período de la vida al que el individuo ingresa cuando cumple 12 años, y corresponde a la etapa de transición de la niñez a la edad adulta. En este proceso, el adolescente enfrenta una serie de cambios en el desarrollo físico, cognitivo, psicosocial, sexual y crisis de identidad. También son comunes la necesidad de tener autonomía y la búsqueda de la identidad frente a la familia y la sociedad⁽¹⁻²⁾.

En el ámbito de la Atención Primaria de la Salud (APS), aún existen varias lagunas o dificultades en las acciones dirigidas a los adolescentes, que incluyen desde la falta de formación de los profesionales, pasando por deficiencias estructurales en las unidades de salud para la recepción de adolescentes, hasta la falta de participación de los mismos en el proceso de planificación de la acción, dando lugar a una serie de debilidades que compromete la calidad de la atención integral⁽³⁻⁵⁾.

Los desafíos de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) exigen, por lo tanto, un mayor esfuerzo político e institucional, a través de financiamientos, de la gestión y educación del personal y de la garantía de la atención integral, para lograr el justo equilibrio entre el abordaje individual de forma oportuna y el comunitario, para enfrentar los determinantes sociales, desafíos que dificultan la organización de la APS como eje principal del sistema de salud^(4,6-7).

Por consiguiente, la adherencia de los adolescentes a las acciones de atención primaria, especialmente en la ESF, se estimula mediante la estructuración del servicio, la preparación del profesional y el equipo, y la comprensión del adolescente sobre los procesos salud-enfermedad^(4,6). En este sentido, cabe mencionar que el proceso de trabajo de la ESF, en gran parte dirigido a públicos y programas específicos, puede ser el principal responsable de la concepción reduccionista de sus acciones que tienen el adolescente y otros usuarios del servicio⁽⁸⁾.

Las orientaciones familiares y comunitaria se destacan como herramientas que promueven una mayor interacción entre la ESF y la familia y la comunidad⁽⁹⁾. Se enfatiza la importancia del vínculo afectivo y de la confianza que se establece entre el usuario y el profesional de la salud como factores que posibilitan la atención integral de la salud de la población⁽¹⁰⁾.

Es evidente que las acciones que llevan a cabo los enfermeros para los adolescentes son guiadas por orientaciones, muchas veces de forma conjunta con la escuela, para una mayor efectividad en la conexión con este público, ya que los profesionales enfrentan la ausencia de los adolescentes en el servicio de salud⁽⁴⁻⁸⁾.

Generalmente, la demanda de los servicios de salud de los adolescentes es impuesta por los padres o tutores, y no por decisión propia; tampoco se les permite a los adolescentes una participación más activa en la atención, lo que restringe el proceso de comunicación entre el adolescente y el profesional de la salud, dado que los sentimientos de timidez o vergüenza son comunes⁽¹¹⁾.

Otra estrategia utilizada por los equipos de la ESF para llegar a los adolescentes son las visitas domiciliarias, promoviendo prácticas de salud y cuidado basadas en la confianza y el vínculo entre profesionales y adolescentes, poniendo en práctica orientaciones familiar y comunitaria⁽¹²⁾.

Sin embargo, a través de una encuesta general de servicios de APS a nivel mundial, evaluada con el instrumento *PCATool*, determinó que los atributos orientación familiar, comunitaria y otros tienen debilidades. Gran parte de los estudios abordados en esta revisión se realizaron en Brasil, lo que destaca la necesidad de fortalecer los diferentes componentes que integran el *PCATool*, como una forma de mejorar el desempeño de la APS en dicho país⁽¹³⁾.

Por lo tanto, la realización de la evaluación de las orientaciones familiares y comunitaria permite la creación de herramientas capaces de contribuir para la cualificación de la asistencia, enfatizando el proceso de comunicación, tan importante en el contexto de atención de este sector de la población. Sin embargo, se plantea la hipótesis de que la orientación familiar y comunitaria que brinda la ESF para los adolescentes tienen debilidades.

A través de este contexto, el objetivo fue evaluar la orientación familiar y comunitaria en la adolescencia, en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud.

Método

Se trata de una investigación evaluativa, descriptiva y cuantitativa, desarrollada mediante la aplicación del Instrumento de Evaluación de Atención Primaria *PCATool*, versión infantil y profesional, que evalúa los atributos de Orientación Familiar y Comunitaria. Para garantizar la calidad metodológica de este estudio, se utilizaron las recomendaciones de la Red *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research* (EQUATOR) a través de la *checklist The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)*⁽¹⁴⁾.

El estudio se realizó en Maringá, municipio ubicado en el estado de Paraná, sur de Brasil. La recolección de datos se llevó a cabo de mayo a septiembre de 2019.

La población de este estudio fue compuesta por adolescentes de 12 a 18 años, según se define en el

Estatuto de la Niñez y la Adolescencia⁽¹⁾ y por los enfermeros de la ESF. La elección de este miembro del equipo se debió a que es un profesional líder en el equipo de la ESF y tiene mayor vínculo con la población.

Para el cálculo de la muestra, los adolescentes fueron seleccionados al azar, para garantizar la representatividad de todas las áreas cubiertas por la ESF. El municipio de estudio cuenta con 77 equipos de ESF, cada uno de los cuales tiene un enfermero; se descubrió que siete equipos carecían de esta categoría, razón por la cual fueron excluidos del estudio.

En el caso de muestras independientes con diferentes tamaños, se utilizó el α combinado, que representa la estimación de la desviación estándar agregada de las muestras, $n1-1$ y $s1^2$, corresponden al grado de libertad y varianza del primer grupo, $n2-1$ y $s2^2$ al segundo grupo. La muestra final fue conformada por 140 adolescentes y 70 enfermeros de la ESF mediante contacto previo y programación de día y horario con enfermeros, adolescentes y sus tutores. Para la entrevista, la investigadora visitó el lugar de trabajo de los enfermeros y los hogares de los adolescentes, y aplicó el instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCATool)* Brasil, versión infantil y profesional⁽¹⁵⁾.

El instrumento evalúa los atributos de la orientación familiar y comunitaria para profesionales y adolescentes. Las respuestas de este instrumento siguieron una escala Likert, con un puntaje de 1 a 4 (definitivamente, sí = 4; probablemente, sí = 3; probablemente, no = 2; definitivamente, no = 1)⁽¹⁵⁾.

Para el análisis de los datos, se computaron los puntajes de los atributos de orientación familiar y orientación comunitaria de los adolescentes y profesionales promediando los valores de las respuestas de los ítems que los componen, siendo posteriormente transformados en una escala de 0 a 10 a través de la fórmula recomendada por el instrumento de investigación: $[\text{puntaje obtenido} - 1] \times 10$ dividido por 3. Los puntajes $\geq 6,6$ se clasificaron como altos, lo que corresponde a un valor de tres o más en la escala Likert y $<6,6$, como bajos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Para determinar la potencia del análisis, se utilizó el paquete "pwr" del software *R Studio*. Fijando el tamaño de la muestra (70 enfermeras y 140 adolescentes), el tamaño del efecto (0,5) y el nivel de significancia (5%), se obtuvo una potencia de aproximadamente 93%.

Se realizó la prueba de Análisis de Varianza, seguida del uso de la prueba de Tukey para comparar los promedios individuales, y el ANOVA para comparar los puntajes promedios de las respuestas de adolescentes

y profesionales de la salud, se adoptó un nivel de significancia del 5%.

Las medidas del tamaño del efecto se definen en tres niveles, calculados según la "d de Cohen" en la que el valor es pequeño si $0,20 < d < 0,50$, medio si $0,50 < d < 0,80$ y grande si $0,80 < d$ ⁽¹⁷⁾. Para este estudio, se utilizaron tamaños promedios de $d = 0,5$, ya que, para valores inferiores a este, la investigación sería inviable. Todos los análisis se realizaron en la *R Studio* versión: 1.2.5001-2019.

El estudio siguió todos los preceptos éticos y legales contenidos en las Resoluciones 466/2012⁽¹⁸⁾ y 510/2016⁽¹⁹⁾ del Consejo Nacional de Salud brasileño. La investigación fue aprobada por el Comité Permanente de Ética e Investigación con Seres Humanos de la Universidad Estatal de Maringá., bajo CAAE nro. 10627519.1.0000.0104 y dictamen nro. 3.266.229. Todos los participantes fueron informados sobre el estudio y firmaron el formulario de consentimiento informado y el formulario de asentimiento informado.

Resultados

El análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento *PCATool* con los 140 adolescentes y 70 enfermeros profesionales de la ESF entrevistados, reveló que hay discrepancia en las opiniones sobre los atributos de orientación familiar y comunitaria. Por lo tanto, mientras que los profesionales consideran que cumplen adecuadamente las orientaciones propuestas en el instrumento, los adolescentes revelan que no vieron dichas acciones.

Cabe destacar que, en cuanto al atributo orientación familiar, el mayor porcentaje de divergencia en las respuestas entre adolescentes y profesionales se refirió a la pregunta "I1 - ¿Tu médico/enfermero te pregunta que piensas u opinas del tratamiento?", los adolescentes respondieron que no les hicieron ese tipo de preguntas durante la atención (82,86%). Para la misma pregunta, sin embargo, los profesionales afirmaron que sí, suelen hacer este tipo de preguntas durante las consultas (71,43%).

Incluso hay una laguna en el componente de orientación familiar, según los adolescentes, los profesionales de la ESF no preguntan sobre los problemas y enfermedades de sus familiares y poco más de la mitad de los adolescentes no creen que los profesionales se encuentren con miembros de la familia para discutir algún tipo de estrategia de salud, como se puede ver en la Tabla 1.

Tabla 1 - Orientación familiar en la percepción de adolescentes y profesionales de la Estrategia de Salud Familiar en un municipio del Sur del país. Maringá, PR, Brasil, 2020

Respuestas	Adolescente					Profesional				
	Sí		No		Total	Sí		No		Total
Preguntas	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N
I1 [†] /G1 [†]	24	17,14	116	82,86	140	50	71,43	20	28,57	70
I2 [‡] /G2 [‡]	49	35,00	91	65,00	140	69	98,57	1	1,43	70
I3 [§] /G3 [§]	70	50,00	70	50,00	140	69	98,57	1	1,43	70

[†]I1 = ¿Tu médico/enfermero te pregunta que piensas u opinas del tratamiento?; [†]G1 = ¿Le pregunta a los pacientes que piensan u opinan a la hora de planificar el tratamiento y cuidado del paciente o familiar?; [‡]I2 = ¿Tu médico/enfermero te preguntó qué enfermedades o problemas hay en tu familia?; [‡]G2 = ¿Pregunta sobre enfermedades y problemas de salud que puedan presentarse en las familias de los adolescentes?; [§]I3 = Su médico/enfermero se reuniría con otros miembros de tu familia si lo creyeras necesario; [§]G3 = ¿Está dispuesto y es capaz de ayudar a los familiares de los adolescentes a discutir un problema de salud o un problema familiar?

De forma similar, se detectó en la orientación comunitaria el mismo tipo de desacuerdo entre las respuestas, donde sobresale la pregunta "J4 - ¿Algún profesional de la salud invita a participar a miembros de la familia en el consejo de salud local (consejo de gestión/consejo de usuarios)?" Los adolescentes negaron haber recibido la invitación (79,29%), en contraste con los profesionales, que informaron haber hecho la invitación (71,43%).

En cuanto a la orientación comunitaria, se destaca el papel de las visitas domiciliarias, cuya realización fue informada por el 52,14% de los adolescentes participantes y el 97,14% de los profesionales de la salud. No obstante, señalaron deficiencias en la implementación de la orientación comunitaria, manifestadas por falta de investigación de los problemas de salud, mencionados por el 78,57% de los adolescentes y 51,43% de los profesionales (Tabla 2).

Tabla 2 - Orientación comunitaria desde el punto de vista de los adolescentes y profesionales de la Estrategia de Salud Familiar en un municipio del Sur del país. Maringá, PR, Brasil, 2020

Respuestas	Adolescente					Profesional				
	Sí		No		Total	Sí		No		Total
Preguntas	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N
J1 [†] /H1 [†]	73	52,14	67	47,86	140	68	97,14	2	2,86	70
J2 [‡] /H2 [‡]	69	49,29	71	50,71	140	61	87,14	9	12,86	70
J3 [§] /H5 [§]	30	21,43	110	78,57	140	34	48,57	36	51,43	70
J4 ^{**} /H6 ^{**}	29	20,71	111	79,29	140	50	71,43	20	28,57	70
H3 ^{††}	-	-	-	-	-	63	90,00	7	10,00	70
H4 ^{§§}	-	-	-	-	-	39	55,71	31	44,29	70

[†]J1 = ¿Alguien del servicio de salud/médico/enfermero realiza visitas domiciliarias?; [†]H1 = ¿Usted o alguien de su servicio de salud realiza visitas domiciliarias?; [‡]J2 = ¿Los profesionales de la salud conocen los problemas de salud importantes en su vecindario?; [‡]H2 = ¿Cree que su servicio de salud tiene un conocimiento adecuado de los problemas de salud de la comunidad a la que atiende?; [§]J3 = ¿Algún profesional de la salud investiga para identificar problemas de salud que debería conocer?; [§]H5 = ¿Investiga en la comunidad para identificar problemas de salud que él debería conocer?; ^{**}J4 = Algún profesional de la salud, invita a los familiares a participar en el Consejo de Salud Local (Consejo de Gestión/Consejo de Usuarios); ^{**}H6 = Presencia de usuarios en el Consejo Local de Salud (Consejo de Gestión, Consejo de Usuarios); ^{††}H3 = ¿Su servicio de salud escucha las opiniones e ideas de la comunidad sobre cómo mejorar los servicios de salud?; ^{§§}H4 = ¿Les pregunta a los pacientes si los servicios satisfacen (atienden) las necesidades de las personas?

Ante estas respuestas, al calcular los puntajes de los atributos de acuerdo a las instrucciones del instrumento *PCATool*⁽¹²⁾, los profesionales obtuvieron puntajes más altos en ambas orientaciones, familia (7,89) y comunidad (6,99), evaluando, de esta forma, como efectiva la implementación de las orientaciones. Sin embargo, los puntajes de las respuestas de los adolescentes fueron bajos para las orientaciones familiar (3,28) y comunitaria (3,64), considerando ineficaces las orientaciones, desde su punto de vista; demostrando, por lo tanto, una debilidad

en el vínculo y en el proceso de comunicación entre profesional/servicio y usuario.

Dados los resultados de la evaluación de la orientación familiar y comunitaria encontrados en el presente estudio, con puntajes de los adolescentes significativamente bajos, en comparación con los puntajes de los profesionales, significativamente altos, es posible inferir un importante déficit en el proceso de comunicación entre estos dos públicos, como se expone en la Tabla 3.

Tabla 3 - Puntajes de los atributos orientación familiar y comunitaria según las respuestas de los adolescentes y profesionales Estrategia de Salud Familiar en un municipio del Sur del país. Maringá, PR, Brasil, 2020

	Adolescente		Profesional	
	Familiar	Comunitaria	Familiar	Comunitaria
Promedio	3,28	3,64	7,89	6,99
Desvío Estándar	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

Cabe destacar la comparación de los puntajes promedios de los grupos con el análisis de varianza (ANOVA), que demostró diferencias significativas entre los puntajes promedios para profesionales/orientaciones y adolescentes/orientaciones, poniendo en evidencia el

desacuerdo entre ellos sobre las orientaciones familiares y comunitaria, dando como resultado un p-valor de <2,2 y-16 y <0,0081 respectivamente, considerando un nivel de significancia del 5% (Tabla 4).

Tabla 4 - Análisis comparativo de puntajes promedios de atributos de orientación comunitaria y familiar según el análisis de prueba de varianza (ANOVA). Maringá, PR, Brasil, 2020

	Grado de libertad	Suma de los cuadrados	Suma promedio de los cuadrados	Valor F	Valor-p (>F)
Orientación (Fam [†] /Com [‡])	1	0,41	0,41	0,080	0,7775
Grupo (Prof [§] /Ado)	1	1480,83	1480,83	2.861,904	<2,2 y-16
Orientación: Grupo	1	36,65	36,65	70,832	<0,0081
Residuales	416	2152,50	5,17	-	-

*Valor-p(>F) = Nivel de significancia; [†]Fam = Familiares; [‡]Com = Comunitaria; [§]Prof = Profesionales; ^{||}Ado = Adolescentes

Para una comparación detallada de estas diferencias obtenidas en la prueba de Tukey, se realizaron ocho combinaciones: orientación familiar/orientación comunitaria; profesional/adolescente; orientación familiar (adolescentes)/orientación comunitaria (adolescentes); orientación familiar (profesionales)/orientación comunitaria (adolescentes); orientación comunitaria (profesionales)/orientación comunitaria (adolescentes); orientación familiar (profesionales)/orientación familiar (adolescentes); orientación comunitaria (profesionales)/

orientación familiar (adolescentes); orientación familiar (profesionales)/orientación comunitaria (profesionales).

Las combinaciones muestran la falta de concordancia entre adolescentes y profesionales tanto en las orientaciones comunitarias como familiares, solo hubo concordancia dentro del mismo grupo, como se muestra en la Tabla 5. Por ende, a través de los resultados presentados, se confirma la hipótesis de la presencia de debilidad en la orientación familiar y comunitaria que brinda la ESF para los adolescentes.

Tabla 5 - Múltiples comparaciones entre los puntajes promedios de los grupos de profesionales y adolescentes. Maringá, PR, Brasil, 2020

Variables	‡	IC [§]	Valor P
O.F [†] /O.C [†]	0,0628	0,37-0,50	0,7775
Profesional/Adolescente	3,9832	3,52-4,45	<0,001
O.F [†] Adolescente/O.C [†] Adolescente	0,3550	1,06-0,35	0,5598
O.F [†] Profesional/O.C [†] Adolescente	4,2549	3,40-5,11	<0,001
O.C Profesional/ O.C [†] Adolescente	3,3566	2,50-4,22	<0,001
O.F [†] Profesional/O.F [†] Adolescente	4,6099	3,75-5,47	<0,001
O.C Profesional/O.F [†] Adolescente	3,7116	2,85-4,58	<0,001
O.F [†] Profesional/O.C Profesional	0,8983	0,09-1,89	0,0916

[†]O.F. = Orientación familiar; [†]O.C. = Orientación comunitaria; [‡]Diferencia de los promedios; [§]IC = Intervalo de confianza; ^{||}Valor P = Nivel de significancia

Discusión

Los resultados de este estudio muestran debilidades en el proceso de comunicación y de construcción de vínculos entre los profesionales de la ESF y los adolescentes, en el contexto de la APS, al considerar las discrepancias entre los resultados en la evaluación de los atributos de orientación comunitaria y familiar entre estos dos grupos.

Los atributos de las orientaciones familiares y comunitaria son reconocidos como aquellos que reflejan la mayor interacción de la ESF con la familia y la comunidad⁽⁹⁾. Por lo tanto, se enfatiza la importancia del vínculo afectivo y la confianza que se establece entre los profesionales y los adolescentes, factores que facilitan la atención integral de la salud de la población^(10,20).

La falta de protagonismo de los adolescentes en sus propias consultas, en las que el cuidado es asumido por los tutores que los acompañan, constituye un desafío en el proceso de construcción de la autonomía de la salud del adolescente⁽³⁾.

Dichos obstáculos suelen estar representados por una actitud inflexible de los padres o tutores, cuando no consideran la opinión de los adolescentes, en diversos aspectos de su vida y, principalmente, en asuntos relacionados con su salud^(7,21). De esta manera, es posible explicar las declaraciones de los enfermeros en las orientaciones familiares y comunitarias, ya que no consideran como protagonista de las orientaciones al adolescente, sino a sus tutores.

El compromiso con los adolescentes es fundamental para una atención de salud eficaz, así como para la creación de conductas adecuadas de atención y toma de decisiones⁽²²⁾. Por lo tanto, los profesionales y servicios de salud deben adoptar una actitud acogedora con este público y acciones que fomenten la autonomía del adolescente en su transición a la edad adulta, fortaleciendo así los atributos de la orientación familiar y comunitaria en el contexto de la APS^(4,22). También hay que recalcar que la adherencia de los adolescentes a los servicios de salud está vinculada al método utilizado para captarlos, al interés del equipo multidisciplinario y a la difusión de las acciones⁽²³⁾.

En este contexto, es evidente un mayor interés por parte de los adolescentes en temas relacionados con la salud y la calidad de vida. Por ende, además de no tener contacto con el tema en casa, y de tener que buscar información de otra forma, los adolescentes dicen desconocer la existencia de programas dirigidos a la salud del adolescente en la localidad donde viven, lo que pone de manifiesto la falta de iniciativas de este tipo entre las funciones de los servicios disponibles para estas personas⁽²⁴⁾.

Los adolescentes de este estudio negaron la presencia de un vínculo con la APS, lo que, en definitiva, genera una relación endeble del adolescente con su salud. Esta situación contribuye a la formación de adultos desinformados y poco comprometidos con la atención y los servicios de salud, lo que, en definitiva, se refleja en el aumento de colas en los hospitales, especialidades, cirugías e incluso en muertes prematuras por causas prevenibles⁽⁶⁻⁷⁾.

Considerar al adolescentes como un sujeto autónomo no implica dejarlo al margen de las medidas de protección o de las acciones de protección política, sino buscar garantizar su inclusión en el proceso de planificación de acciones de promoción de la salud, entendiendo la especificidad de la fase que atraviesan y las particularidades de cada individuo⁽²⁵⁻²⁸⁾.

Además del desafío de comprender y establecer vínculos con los adolescentes, es necesario asegurar el supuesto fundamental del respeto al individuo, a cualquier edad, como ciudadano o futuro ciudadano, con derecho a la dignidad. Dicha condición, extendida al público adolescente y contemplada en las políticas públicas, debe buscar garantizar, entre otros aspectos, la autonomía respecto de su propia condición de salud⁽²¹⁾.

Otro aspecto de carácter ético a ser destacado en el caso de los adolescentes es la confidencialidad durante las consultas de salud. En este sentido, se recomienda brindar la atención en dos etapas o momentos, una solo con el adolescente y la otra, en presencia de su tutor, cuando sea necesario⁽²²⁾. Por otro lado, el incumplimiento de la confidencialidad solo puede darse en una situación excepcional, y estar restringido únicamente a los casos previstos en el código deontológico profesional⁽²²⁻²⁶⁾.

La atención de la salud debe incluir todos los aspectos biopsicosociales de la vida del adolescente, por lo tanto, debe fomentarse siempre la orientación familiar, buscando también considerar el contexto familiar. Un estudio señala que, cuando los enfermeros dan importancia a la inclusión de las familias en el cuidado de enfermería luego de una intervención educativa, se generan impactos positivos en las prácticas asistenciales^(10,27).

En el presente estudio, se mencionó que hubo visitas domiciliarias, pero no se investigó en profundidad cuando fueron realizadas. La visita domiciliaria de la ESF debe tener como objetivo el seguimiento de los grupos en riesgo y vulnerables, con la intención de promover la salud y prevenir enfermedades, de manera que las visitas, para estos grupos, se realicen en promedio mensualmente⁽²⁷⁾.

La atención domiciliaria brinda a los profesionales y al servicio un diagnóstico adecuado de los problemas y las necesidades de las comunidades atendidas, además de orientarlos sobre aspectos relacionados con la estructura familiar e infraestructura del hogar, ampliando

el entendimiento de los enfermeros de este público, posibilitando evitar hospitalizaciones innecesarias y una acción rápida ante las demandas de salud⁽²⁸⁾.

Cabe mencionar que, dentro de la ESF, los agentes comunitarios de salud son fundamentales en la organización del modelo de atención, por lo que deben ser incluidos en la planificación de la atención, desde las actividades de diagnóstico poblacional, hasta las necesidades que surgen en la comunidad, y en la implementación de acciones de salud, ayudando a la participación social⁽²⁹⁾.

El conocimiento comunitario es fundamental para la construcción del diagnóstico situacional, que posibilita el desarrollo de acciones y planificación acorde a las necesidades de la comunidad, además de acciones dialógicas de escucha activa que involucran a profesionales y usuarios para la planificación de la asistencia⁽³⁰⁾.

La falta de comunicación efectiva entre servicios (representados por profesionales de la ESF) y usuarios (representados por adolescentes) encontrada en este estudio es bastante preocupante. Es evidente que se necesitan, urgentemente, inversiones dirigidas a fortalecer estos atributos de la APS, que representan la base del vínculo entre comunidad y servicio, y la piedra angular para el éxito del proceso de promoción de la salud de este público^(20,22).

El trabajo con adolescentes aún representa un gran desafío para los enfermeros de la ESF, dado que es un público que apenas utiliza el servicio de salud. Además, la falta de desarrollo de acciones específicas para esta población está dada por la falta de estructura, de recursos, y por la sobrecarga de trabajo de los equipos^(2,22-25).

Otro desafío evidente son los obstáculos presentes en la atención de este público, como la falta y la inadecuada estructura física de las unidades, con implicaciones negativas para la realización de reuniones y encuentros con adolescentes, y también la alta demanda de trabajo del equipo, que dificulta la realización de prácticas educativas^(8-9,11,21).

Debe ser una prioridad en la ESF la intervención grupal para adolescentes, sin embargo, las acciones para promover, prevenir y recuperar la salud de este sector de la población, deben ser planificadas estratégicamente, ya que la adhesión del adolescente está ligada al método utilizado, el interés del equipo multidisciplinario y a la difusión de las acciones^(13,31).

A nivel mundial, los servicios de APS evaluados con el instrumento *PCATool*, demostraron que los atributos orientación familiar, comunitaria y otros tienen debilidades⁽²¹⁻³⁶⁾. En Brasil, la situación no es diferente, lo que destaca la necesidad de fortalecer los diferentes componentes que integran el *PCATool*, como forma de mejorar el desempeño de la APS en Brasil⁽³⁷⁻⁴⁰⁾.

La literatura internacional también señala que, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, las acciones dirigidas a la salud de los adolescentes están fragmentadas, mal coordinadas y presentan calidad irregular, además de que los profesionales no están preparados para lidiar con el comportamiento y el lenguaje adolescente. Tales factores dificultan la inserción de los adolescentes en la atención primaria de salud, impidiendo una alfabetización en salud adecuada, lo que puede generar perjuicios incalculables para este grupo que ya es vulnerable⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

A pesar del reconocimiento de la importancia de la APS en la organización de la atención por ser la puerta de entrada al cuidado de la salud, aún es necesaria una inversión para mejorar los atributos, para que la APS cumpla con la asistencia como se recomienda⁽³⁹⁻⁴⁰⁾, ayudando a los adolescentes en la alfabetización en salud, con respecto a la prevención y el tratamiento de enfermedades; así como también medidas de promoción de la salud, actitudes que promuevan los beneficios económicos y sociales, además de cumplir con los requisitos de la Organización Mundial de la Salud para la convergencia en salud global para el 2030⁽⁴³⁾.

Ante estas circunstancias, corresponde a los servicios de salud revisar sus actitudes y conceptos sobre el proceso de atención y la evaluación del servicio brindado a los adolescentes. En este sentido, la evaluación debe basarse en el entendimiento de que cualquier resultado negativo debe ser visto como un aporte efectivo para la mejora del sistema, permitiendo a los profesionales reflexionar sobre sus acciones, promoviendo la planificación y el proceso de toma de decisiones, aspectos que ayudan a mejorar cada vez más la asistencia brindada⁽⁴⁰⁾.

Por lo tanto, para mejorar la atención del adolescente, es importante incorporar a las demandas de este público los lineamientos nacionales de atención de salud para adolescentes y jóvenes, que indican adoptar acciones de planificación y promoción de la salud que tengan como centro de articulación a los adolescentes, teniendo en cuenta sus proyectos de vida, contexto familiar y sociocultural económico⁽⁴⁴⁾.

Es necesario incluir a los adolescentes en la construcción de planes y acciones de salud para que estén más involucrados con su salud, garantizando así su autonomía y apoyando el trabajo de la ESF. Además, se recomienda sensibilidad a las demandas y necesidades de esta población, enfatizando su diversidad individual, social, étnica y territorial, y el trabajo conjunto con actividades culturales, deportivas y escuelas que operan en un mismo territorio^(11,21,23,25,44).

También se aconseja poner en práctica el Programa Salud en las Escuelas (PSE), que es un programa creado por el gobierno brasileño con el objetivo de contribuir a la

educación integral de los estudiantes a través de acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención de la salud⁽⁴⁵⁾. Algunos estudios han señalado la importancia y el beneficio del PSE en las acciones de promoción de la salud y en la construcción del vínculo entre adolescentes y profesionales de la salud. De esta forma, el equipo de ESF establece un vínculo de confianza y respeto, factor fundamental para llevar a cabo la asistencia eficaz de este público⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾.

Se destaca la importancia del conocimiento desarrollado por el estudio para propiciar cambios en el contexto de la atención de los adolescentes, que deben ser pensada para el adolescente de manera participativa. Es necesario desarrollar la autonomía en salud, ejerciendo el protagonismo de la asistencia y enfatizando la relevancia de evaluar el servicio como ejercicio del derecho democrático para garantizar la calidad de la atención a los adolescentes.

Finalmente, cabe mencionar como limitaciones de este estudio, que muchos programas y acciones no están diseñados para ser evaluados, presentando poca información exacta sobre todos los puntos esperados, dificultando tanto su implementación como su posterior evaluación. Otro factor limitante fueron los equipos de ESF que carecían de enfermero, lo que imposibilitó la recolección de datos en el área que abarcaban, además de la dificultad de encontrar otros estudios orientados a evaluar la APS en el área de atención a la salud del adolescente.

Conclusión

Los atributos de orientación familiar y comunitaria fueron evaluados negativamente por los adolescentes atendidos por la ESF, sin embargo, desde el punto de vista de los enfermeros, ambos atributos fueron considerados satisfactorios. Tal discrepancia da lugar a dos preocupaciones importantes: la primera, relacionada con la importancia de estimular el proceso de evaluación continua y coherente, libre de sesgos que impidan la propuesta de cambios en las prácticas y, por ende, la mejora del sistema y la cualificación de la atención; y la segunda, relacionada con una evidente desconexión e ineficacia del proceso de comunicación entre comunidad y servicio, entre usuarios y profesionales.

Por lo tanto, y considerando la importancia de los atributos de la orientación familiar y comunitaria como precursores y facilitadores para la formación de los lazos de confianza fundamentales para el proceso asistencial y terapéutico en la salud, es evidente la necesidad de que todos los que integran el equipo de la ESF se esfuercen para fortalecer dichos componentes de la APS para favorecer la promoción, prevención y recuperación de la salud de los adolescentes.

Agradecimientos

Agradezco a todos los que colaboraron con esta investigación, especialmente a los sujetos entrevistados durante la fase de recolección de datos.

Referencias

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/read-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
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
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/cienccuidsaude.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://bvsmis.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://bvsmis.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://bvsmms.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.universidadedevasouras.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/ciencucuidsaude.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, Afifi 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://bvsmms.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://bvsmms.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>

Contribución de los autores:

Concepción y dibujo de la pesquisa: Rosimara Oliveira Queiroz, Ieda Harumi Higarashi. **Obtención de datos:** Rosimara Oliveira Queiroz. **Análisis e interpretación de los datos:** Rosimara Oliveira Queiroz, Rosana Rosseto de Oliveira. **Análisis estadístico:** Rosimara Oliveira Queiroz, Rosana Rosseto de Oliveira. **Redacción del manuscrito:** Rosimara Oliveira Queiroz, Márcia Moroskoski, Bianca Machado Cruz Shibukawa, Ieda Harumi Higarashi. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Rosimara Oliveira Queiroz, Márcia Moroskoski, Bianca Machado Cruz Shibukawa, Roberta Tognollo Borotta Uema, Rosana Rosseto de Oliveira, Ieda Harumi Higarashi.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

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


Recibido: 15.07.2020

Aceptado: 06.12.2020

Editor Asociado:
Pedro Fredemir Palha

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