

Factores asociados a la notificación del maltrato en niños y adolescentes realizada por enfermeros en la Atención Primaria a la Salud¹

Ana Carine Arruda Rolim²
Gracyelle Alves Remigio Moreira³
Sarah Maria Mendes Gondim⁴
Soraya da Silva Paz⁵
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira⁶

Objetivo: analizar los factores asociados a la notificación de maltrato en niños y adolescentes realizado por enfermeros que actúan en la Atención Primaria a la Salud. **Método:** estudio transversal realizado con 616 enfermeros. Fue utilizado un cuestionario conteniendo datos sociodemográficos, formación profesional, instrumentación y conocimiento sobre el tema, identificación, y notificación de casos de maltrato. **Análisis** bivariado y multivariado por regresión logística. **Resultados:** predominaron enfermeros del sexo femenino, en la franja etaria de 21 a 32 años, no casados, con cinco o más años de graduación, con postgraduación y con cinco o más años de trabajo. El modelo logístico final evidenció que factores como tiempo de trabajo de cinco o más años, la unidad de salud poseer ficha de notificación, saber para donde encaminar los casos, no tener miedo de involucramiento legal y encontrar ventaja en la notificación en la atención primaria, son aspectos que facilitan la efectividad del acto de la notificación. **Conclusión:** los resultados de esta investigación, además de sensibilizar a los enfermeros para el problema, podrán ser utilizados por profesionales de la gestión en la orientación de estrategias para el cumplimiento de la notificación como dispositivo legal de garantía de los derechos de niños y adolescentes.

Descriptores: Notificación Obligatoria; Violencia; Niño; Adolescente; Atención Primaria de Salud.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "La notificación de maltrato en los niños y adolescentes en municipios de Ceará, Brasil", presentada a la Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil. Apoio financeiro de la Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), Brasil, proceso nº 306061/2008-2.

² Estudiante de doctorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

³ Estudiante de doctorado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Associação Ampla –Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil y Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Enfermeira, estudiante del curso de Especialización en Enfermería Ocupacional, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁵ Enfermera, estudiante del curso de Especialización en Gestión y Auditoría de Sistemas y Servicios de Salud, Faculdade Leão Sampaio, Fortaleza, CE, Brasil.

⁶ PhD, Profesor Titular, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

Correspondencia:

Ana Carine Arruda Rolim
Universidade de Fortaleza
Av. Washington Soares, 1321
Bairro: Edson Queiroz
CEP: 60811-905, Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: anacarine.rolim@hotmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

Reconocida mundialmente como problema social y de salud pública en virtud del impacto que provoca en la morbimortalidad de la población y en lo cotidiano de las experiencias humanas⁽¹⁾, la violencia presenta un profundo enraizamiento en las estructuras sociales, económicas y políticas, así como en las conciencias individuales y en la dinámica cultural; ésta, cuando dirigida a niños y adolescentes implica tanto la transgresión del deber de protección del adulto y de la sociedad en general, como la banalización de los derechos de la infancia y adolescencia, lo que señala la negación de la garantía que niños y adolescentes tienen de ser tratados como sujetos y personas en condiciones especiales de crecimiento y desarrollo.

La dimensión del problema puede ser evidenciada en estudios que apuntan que la violencia contra niños, adolescentes y jóvenes está entre las principales causas de muerte y enfermedades en varios países⁽²⁻⁴⁾, inclusive en Brasil⁽⁵⁾. En el escenario internacional, la magnitud de ese fenómeno preocupa a órganos gubernamentales, investigadores y sociedad civil, ya que las repercusiones son significativas en la vida futura de ese grupo^(2,6).

En el panorama nacional, como parte de la estrategia de enfrentamiento del problema, le compete a los profesionales de la salud y de la educación notificar el maltrato a niños y adolescentes, habiendo sido instituida por el Estatuto del Niño y del Adolescente (ENA)⁽⁷⁾. En el sector de la salud, esta práctica es respaldada por el decreto N° 1.968/2001 que institucionalizó la notificación compulsoria del maltrato en niños y adolescentes, atendidos en el Sistema Único de Salud (SUS)⁽⁸⁾ y por el decreto N° 104/2011 que dispone sobre la violencia doméstica, sexual y/u otras violencias como el 45° evento de notificación compulsoria⁽⁹⁾.

Como parte del modelo de atención a la salud brasileña, la Atención Primaria a la Salud (APS) es un ámbito privilegiado para la identificación y el manejo de situaciones de maltrato dirigidas a la población infantil juvenil. Esto porque su modelo objetiva la prevención de enfermedades y/o daños y utiliza la promoción de la salud como base que favorece el enfrentamiento de la violencia contra ese grupo.

En el campo de la salud colectiva, el enfermero gana destaque por tener una formación académica que lo capacita para realizar acciones que promueven la salud, así como el cuidado familiar⁽¹⁰⁾. Esta profesión viene incorporando nuevas prácticas que extrapolan el

modelo técnico curativo en virtud de la complejidad de las demandas de la APS⁽¹¹⁾. En ese contexto, el maltrato a niños y adolescentes y sus desdoblamientos repercuten en lo cotidiano de los equipos de salud de la familia y requieren del profesional enfermero y de los demás, un cuidado ético y legal que responda a los dispositivos que legislan sobre el tema.

En contrapartida, algunas investigaciones apuntan que la notificación de la violencia en la APS se ha mostrado desafiadora por varios motivos, que incluyen la falta de preparación en la identificación y conducción de casos y el recelo de represalias personales y profesionales⁽¹¹⁻¹²⁾. En esa perspectiva, el estudio se muestra relevante al incluir los factores que facilitan el acto de la notificación del maltrato en niños y adolescentes, en lo que se refiere al papel profesional y ciudadano del enfermero en la APS, aspecto todavía poco abordado en la literatura.

Se espera que estos resultados suministren datos para la planificación de acciones que contribuyan para la reorientación de las prácticas, en las que participan la administración y la atención de la APS, con la finalidad de efectivizar la notificación. De esa forma, se objetivó analizar los factores asociados a la notificación del maltrato en niños y adolescentes realizada por enfermeros que actúan en la APS.

Métodos

Se realizó un análisis de corte transversal, que utilizó como fuente de informaciones el banco de datos de una investigación más amplia, titulada "Violencia que involucra niños y adolescentes: factores condicionantes, proceso de notificación y mecanismos de enfrentamiento", que tuvo como objetivo analizar la notificación por los profesionales (médicos, enfermeros y cirujanos dentistas) del Equipo de Salud de la Familia del maltrato en niños y adolescentes, en municipios del estado de Ceará. Este artículo se refiere, específicamente, a los profesionales enfermeros.

El Estado de Ceará está compuesto por 184 municipios. Este estudio abarcó 46,2% de estos, totalizando 85 ciudades investigadas, contemplando todas las regiones de salud del Estado (Figura 1).

La población de enfermeros fue obtenida con base en los datos suministrados por el Departamento de la Atención Básica (DAB), que, en la época de la investigación, contaba con 1.014 enfermeros, de estos, 616 (60,7%) respondieron a esta investigación.

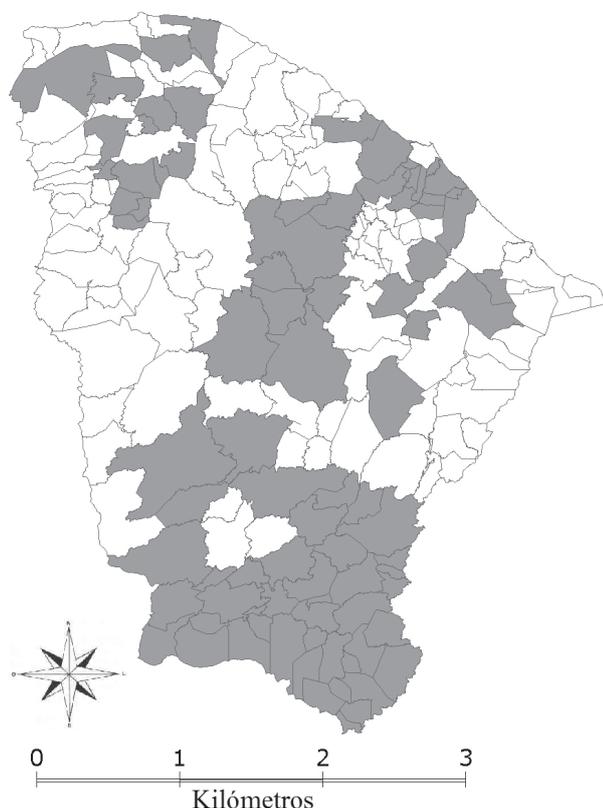


Figura 1 - Mapa del estado de Ceará, Brazil, que muestra los municipios investigados

La recolección de datos aconteció entre los años de 2010 y 2012, por medio del envío de un conjunto de cartas de invitación, términos de consentimiento libre e informado y cuestionarios, a todos los enfermeros que trabajaban en la APS en los municipios participantes. Esos formularios, previamente organizados en sobres sellados e identificados por municipio, fueron enviados a los administradores de la Coordinación Regional de Salud y/o a las Secretarías Municipales de Salud, que intermediaron la entrega a los enfermeros de cada municipio. El retorno de los instrumentos respondidos siguió el flujo inverso.

El cuestionario estructurado era compuesto por 32 preguntas adaptadas y revisadas, con los siguientes dominios analíticos: sociodemográfico, formación profesional, instrumentación y conocimiento sobre el tema, identificación y notificación de casos de maltrato en niños y adolescentes.

El resultado del estudio fue la notificación de maltrato en niños y adolescentes y como variables predictoras: sexo; edad; estado civil; tiempo de graduación; postgraduación; tiempo de trabajo en la APS; participó de entrenamiento; conoce el ECA; conoce la ficha de notificación; existencia de ficha de notificación en la Unidad de Atención Primaria a la Salud (UAPS); confía en los órganos de protección; sabe para donde

debe encaminar los casos; miedo de involucramiento legal; lee sobre la temática; el asunto es discutido en el trabajo; conoce la institución de asistencia a la víctima; y, ventaja de instituir la notificación en la APS.

La prueba Chi-cuadrado (χ^2) fue utilizada para analizar la asociación entre el resultado y las variables predictoras. Se estableció $p < 0,05$ para que sea estadísticamente significativo. Se siguieron a estos análisis los procedimientos de modelaje múltiple por medio de la regresión logística, incluyendo en el modelo las variables predictoras que mostraron asociación con el resultado, siendo significativas con $p < 0,25$. Permanecieron en el modelo múltiple las variables significativas con $p < 0,05$. La fuerza de asociación entre el resultado y las variables predictoras fue expresada en valores estimados de Odds Ratio (OR) bruto y ajustado, con Intervalo de Confianza (IC) de 95%. Todos los cuestionarios fueron revisados e inseridos en el banco de datos con doble entrada, con la finalidad de verificar la consistencia de los datos, los que fueron digitados en el programa SPSS (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versión 17.0. Para el análisis, se utilizó el programa STATA (Stata Corp LP, College Station, TX 77845, USA), versión 11.0.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Fortaleza – UNIFOR, bajo el dictamen nº 072/2007.

Resultados

Los enfermeros presentaron edad promedio de 32,5 años ($DE \pm 7,6$). Se observó el predominio del siguiente perfil: sexo femenino (86,4%), franja etaria de 21 a 32 años (60,1%), no casados (51,7%), con cinco o más años de graduación (59,2%), con postgraduación (83,1%) y con cinco o más años de trabajo en la APS (52,4%).

En relación a la identificación del maltrato en niños y adolescentes en su práctica profesional, 56,9% de los enfermeros relataron no haber identificado casos de maltrato, en cuanto 43,1% afirmaron positivamente. De estos, 69,7% identificaron esas situaciones por medio del relato de la víctima, parientes u otros. En cuanto a la notificación de los casos identificados, 58,4% no notificaron las ocurrencias y 41,6% realizaron ese procedimiento.

Las variables tiempo de graduación ($p = 0,004$) y tiempo de trabajo en la APS ($p = 0,004$) presentaron asociación estadísticamente significativa con la notificación del maltrato en niños y adolescentes, en cuanto sexo, edad, estado civil y postgraduación presentaron $p > 0,05$ (Tabla 1).

Participó de entrenamiento sobre la temática, conoce la ficha de notificación, existe ficha de notificación en la UAPS, confía en los órganos de protección, sabe para donde encaminar los casos, miedo de involucramiento legal, lee sobre la temática y encuentra ventaja en instituir la notificación en la APS presentaron asociación estadísticamente significativa con el resultado ($p < 0,05$), en cuanto las demás variables no presentaron diferencia estadística (Tabla2).

Las variables seleccionadas ($p < 0,25$) para el análisis múltiple fueron: tiempo de graduación, postgraduación, tiempo de trabajo en la APS, participó de entrenamiento, conoce el ECA, conoce la ficha de notificación, existe ficha de notificación en la UAPS, confía en los órganos de protección, sabe para donde encaminar los casos, miedo de involucramiento legal, lee sobre la temática, asunto es discutido en el trabajo y encuentra ventaja en instituir la notificación en la APS.

En la Tabla 3 se presentan los resultados de la regresión logística. En el modelo logístico final: tiempo de trabajo en la APS, existe ficha de notificación en la UAPS, sabe para donde encaminar los casos, miedo de involucramiento legal y encuentra ventaja en instituir la notificación en la APS, permanecieron asociados al resultado.

El tiempo de trabajo en la APS de cinco o más años aumentó 3,09 veces la probabilidad del enfermero notificar el maltrato. La existencia de ficha en la UAPS aumentó en más de tres veces el hacer efectiva la notificación. De la misma forma, saber para donde encaminar los casos de maltrato aumentó 3,33 veces la práctica de la notificación. No tener miedo de involucramiento legal aumentó casi al doble la probabilidad del acto de la notificación. Y encontrar ventaja en instituir la notificación de maltrato en la APS aumentó en casi tres veces la probabilidad del cumplimiento de los dispositivos que legislan sobre el acto de la notificación (Tabla3).

Tabla1 - Análisis bivariado entre notificación del maltrato, datos sociodemográficos y formación profesional de enfermeros. Atención Primaria a la Salud, CE, Brasil, 2010-2012

Variable	Enfermero notificó maltrato				No Ajustada	
	Si		No		OR (IC95%)	p
	n	%	n	%		
Sexo (n=317)					1,10 (0,54–2,28)	0,763
Masculino	17	12,9	26	14,1		
Femenino	115	87,1	159	85,9		
Edad (en años) (n=282)					1,00 (0,60–1,66)	0,979
21 – 32	64	54,7	90	54,5		
> 32	53	45,3	75	45,5		
Estado civil (n=317)					1,05 (0,65–1,69)	0,811
Casado	71	53,8	97	52,4		
No casado	61	46,2	88	47,6		
Tiempo de graduación (n=317)					2,06 (1,21–3,55)	0,004
< 5 años	30	22,7	70	37,8		
≥ 5 años	102	77,3	115	62,2		
Postgraduación (n=315)					1,56 (0,73–3,43)	0,212
Si	118	90,1	157	85,3		
No	13	9,9	27	14,7		
Tiempo de trabajo en la APS* (n=316)					1,99 (1,20–1,30)	0,004
< 5 años	38	71,0	83	44,9		
≥ 5 años	93	29,0	102	55,1		

*Atención Primaria a la Salud.

Tabla 2 - Análisis bivariado entre notificación del maltrato, instrumentación y conocimiento de enfermeros. Atención Primaria a la Salud, CE, Brasil, 2010-2012

Variable	Enfermero notificó maltrato				No Ajustada	
	Si		No		OR (IC95%)	p
	n	%	n	%		
Participó de entrenamiento (n=313)					2,46 (1,49–4,06)	<0,001
Si	64	48,5	50	27,6		
No	68	51,5	131	72,4		

(continúa...)

Tabla 2 - *continuación*

Variable	Enfermero notificó maltrato				No Ajustada	
	Si		No		OR (IC95%)	p
	n	%	n	%		
Conoce el ECA* (n=315)					1,60 (0,81–3,26)	0,146
Si	114	87,7	151	81,6		
No	16	12,3	34	18,4		
Conoce la ficha de notificación (n=315)					3,96 (2,28–6,98)	<0,001
Si	107	81,1	95	51,9		
No	25	18,9	88	48,1		
Existe ficha de notificación en la UAPS† (n=307)					3,47 (2,10–5,75)	<0,001
Si	79	62,7	59	32,6		
No	47	37,3	122	67,4		
Confía en los órganos de protección (n=310)					1,67 (1,02–2,76)	0,030
Si	86	67,2	100	54,9		
No	42	32,8	82	45,1		
Sabe para donde encaminar (n=311)					4,17 (2,11–8,71)	<0,001
Si	116	89,9	124	68,1		
No	13	10,1	58	31,9		
Miedo de involucramiento legal (n=309)					1,57 (0,97–2,55)	0,049
Si	61	48,0	108	59,3		
No	66	52,0	74	40,7		
Lee sobre la temática (n=317)					1,61 (0,98–2,63)	0,042
Si	56	42,4	58	31,3		
No	76	57,6	127	68,7		
Asunto es discutido en el trabajo (n=317)					1,42 (0,88–2,28)	0,121
Si	73	55,3	86	46,5		
No	59	44,7	99	53,5		
Conoce institución asiste a la víctima (n=311)					1,20 (0,68–2,10)	0,491
Si	33	25,8	41	22,4		
No	95	74,2	142	77,6		
Encuentra ventaja en instituir la notificación en la APS‡ (n=314)					2,40 (1,08–5,73)	0,019
Si	122	92,4	152	83,5		
No	10	7,6	30	16,5		

*Estatuto de la Niño y del Adolescente

†Unidad Atención Primaria a la Salud

‡Atención Primaria a la Salud

Tabla 3 - Análisis multivariado entre notificación de maltrato y factores asociados. Atención Primaria a la Salud, CE, Brasil, 2010-2012

Variable	Enfermero notificó maltrato				Ajustada	
	Si		No		OR (IC95%)	p
	n	%	n	%		
Tiempo de trabajo en la APS* (n=316)					3,09 (1,74–5,49)	<0,001
< 5 años	38	71,0	83	44,9		
≥ 5 años	93	29,0	102	55,1		
Existe ficha de notificación en la UAPS† (n=307)					3,73 (2,18–6,38)	<0,001
Si	79	62,7	59	32,6		
No	47	37,3	122	67,4		
Sabe para donde encaminar (n=311)					3,33 (1,60–6,93)	0,001
Si	116	89,9	124	68,1		
No	13	10,1	58	31,9		
Tiene miedo de involucramiento legal (n=309)					1,87 (1,09–3,20)	0,021
Si	61	48,0	108	59,3		
No	66	52,0	74	40,7		

(continúa...)

Tabla 3 - *continuación*

Variable	Enfermero notificó maltrato				Ajustada	
	Si		No		OR (IC95%)	p
	n	%	n	%		
Encuentra ventaja en instituir la notificación en la APS* (n=314)					2,83 (1,21–6,63)	0,016
Si	122	92,4	152	83,5		
No	10	7,6	30	16,5		

*Atención Primaria a la Salud

†Unidad de Atención Primaria a la Salud

Discusión

A pesar de que el estudio se refiere a factores asociados al acto de la notificación por parte de los enfermeros de la APS, los datos muestran que predomina la no-notificación, inclusive en situaciones identificadas de maltrato en niños y adolescentes. Es posible deducir que la organización del proceso de trabajo en el contexto de la APS para el enfrentamiento de demandas sociales no está respondiendo a las directrices políticas y a los principios que tratan de reorientar el modelo de atención a la salud.

Esta fragilidad en la práctica de los enfermeros delante de la notificación también es verificada en otras regiones brasileñas^(11,13) y en países que poseen diferentes contextos socioculturales⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. En Israel, una investigación emprendida con 143 enfermeros y 42 médicos reveló que 60,0% de los profesionales no relataron casos de maltrato⁽¹⁶⁾. En los EUA, a pesar de que los sistemas de atención son mejores y la notificación hubiese sido establecida hace más tiempo, todavía se verifican barreras que impiden a los enfermeros efectivizar este acto⁽¹⁵⁾.

Una de las explicaciones, para la subnotificación encontrada, puede ser la internalización equivocada del vocablo “notificación”, ya que culturalmente e históricamente se encuentra asociado a denunciar⁽¹⁷⁾. En ese sentido, considerando el aspecto de la aproximación del profesional de salud que actúa en la APS con la comunidad y el territorio – siguiendo la lógica del modelo de salud brasileño – el enfermero puede estar adquiriendo una postura refractaria en el enfrentamiento de asuntos delicados y complejos, como es el caso de la violencia. Esta barrera es entendida aquí como un factor que dificulta el enfrentamiento de este asunto, ya que la subnotificación genera desconocimiento de la magnitud del problema por parte de la administración de la salud, que depende de informaciones del ámbito local para la implantación de políticas de enfrentamiento.

La asociación entre la notificación del maltrato en niños y adolescentes con mayor tiempo de trabajo en la APS, apuntada en el análisis, demuestra que profesionales con mayor experiencia profesional se sienten más preparados para lidiar con esta problemática. Sobre ese hallazgo, es posible partir de la hipótesis de que el profesional que desarrolla actividades en la APS, desde hace más tiempo, pudo haber tenido más oportunidades de experimentar situaciones de violencia y, por tanto, haber tenido más aproximación con el manejo adecuado de esos casos. La importancia de la experiencia en el servicio es señalada en un estudio⁽¹⁸⁾, que muestra que “el contacto cotidiano con la violencia al niño despierta en el profesional un estado de atención, que lo moviliza para identificar señales de alerta para detectar la violencia”.

Otra hipótesis que surge es que estos enfermeros pudieron haber perfeccionado el modo de lidiar con las condiciones del maltrato, incluyendo la decisión de notificar, a partir de la madurez profesional y de capacitaciones sobre el tema. La Secretaría de Salud del Estado de Ceará (SESA) ha promovido entrenamientos sistemáticos sobre el enfrentamiento de la violencia, con enfoque en la reorientación de la práctica de profesionales de la APS. Algunos de los enfermeros que compusieron la muestra del estudio pudieron haber participado de esas capacitaciones, justificando el aumento en la probabilidad de notificar.

La presencia de la ficha de notificación en la UAPS también se mostró asociada a la notificación realizada por enfermeros. Sobre este aspecto, otras investigaciones ya mostraron que la existencia de protocolos que afirmen conductas en la unidad de salud propicia la instrumentación de los profesionales para la actuación en el tema, inclusive cuando este instrumento no sea la ficha de notificación, ya que pueden existir otras formas de estandarización de la comunicación de la formas de violencia a las autoridades competentes⁽¹⁹⁾.

De esa forma, la administración debe garantizar, por lo menos, el material necesario para una práctica de

calidad en la APS. Las quejas de profesionales y usuarios sobre la fragilidad de la estructura física y la insuficiencia de insumos en unidades de salud son frecuentemente apuntadas por los medios de comunicación brasileños, y confirmadas por la literatura⁽²⁰⁻²¹⁾. Este resultado confirma que la resolución de esas carencias es prioritaria, ya que compromete el flujo de la atención del servicio, obstaculizando procedimientos que culminen con soluciones preconizadas por la legislación.

Fue evidenciado que saber para donde encaminar los casos aumenta la probabilidad de que los profesionales notifiquen. De alguna forma, esto puede reflejar el compromiso de los enfermeros con la salud integral de niños y adolescentes en situación de violencia y su confianza en los órganos de apoyo y protección. Algunos estudios destacan al enfermero como un profesional importante en el manejo de casos de maltrato en la APS, especialmente cuando comparados a otras categorías profesionales⁽¹¹⁻¹²⁾.

Por otro lado, al encaminar los casos de violencia y tener la sensación de deber cumplido (de acuerdo con la legislación) ¿El enfermero “terminaría” su coparticipación en el acompañamiento de este caso? ¿Querría decir que esos casos deben ser monitorizados por otras categorías de profesionales que forman la red de apoyo y protección para ese grupo? Como las condiciones de violencia todavía no fueron internalizadas en el proceso de trabajo en salud, muchas veces, los profesionales no se perciben habilitados y con competencia para el enfrentamiento del problema. Una investigación⁽¹¹⁾ evidenció relatos de enfermeros de la APS que demuestran encarar el problema del maltrato infantil y juvenil como competencia de otros profesionales (asistente social y psicólogo).

El hecho del enfermero no tener miedo de involucramiento legal también favoreció el cumplimiento de la notificación de casos de maltrato. El dato ratifica que es imprescindible una red de protección y apoyo a las personas que sufren violencia, así como a los profesionales responsables por el acto de la notificación. Instaurar y articular esa red es competencia de los gestores y comprende las tres esferas gubernamentales. Esta red debe estar integrada con otros segmentos sociales, llamándose la atención para la importancia del soporte del Ministerio Público sobre la responsabilidad de los perpetradores, minimizando posibles represalias personales y profesionales.

Una investigación señala que es real el dilema del profesional de la atención primaria, que inclusive consciente de su obligación legal, opta por la “política

de la buena vecindad” a fin de garantizar su propia seguridad en el ambiente de trabajo, cuando expuesto a las situaciones que colocan en riesgo su integridad física y moral⁽¹¹⁾.

Otro aspecto relevante de esta investigación es que los enfermeros que relataron considerar ser una ventaja la institución de la notificación en la APS están más propensos a realizar este procedimiento. Atendiendo a la concepción social y sanitaria, posiblemente esos profesionales reconocen la importancia del vínculo con el territorio vivo y entienden el núcleo familiar como una fuerza motriz en el rescate de valores. Además de eso, perciben la violencia como un problema del sector de la salud, reconociendo el concepto de salud multidimensional tratado en la constitución brasileña⁽²²⁾.

Delante de esas interpretaciones que se presuponen válidas, cabe apuntar las limitaciones del estudio. La adhesión de 60,7%, a pesar de constituir la mayoría de los enfermeros, puede suponer que representa a los más comprometidos con las acciones de salud, a los que tienen más afinidad con la temática, y/o a los que presentan mayor conocimiento proveniente de capacitaciones previas. No obstante esas ponderaciones que justificarían porcentajes significativos de notificaciones realizadas, se evidenciaron fragilidades en la identificación y en el cumplimiento de la notificación del maltrato. También, se acrecienta que los hallazgos de la población estudiada, de nivel primario, no son generalizables para el conjunto general de enfermeros, a pesar de que los datos presentados también están en consonancia con la literatura que retrata otros niveles de atención a la salud.

Conclusión

Este estudio elucidó aspectos relacionados a la notificación, por enfermeros de la APS, del maltrato a niños y adolescentes. El modelo logístico evidenció que factores como tiempo de trabajo en la APS de cinco o más años, existencia de ficha de notificación en la UAPS, saber para donde encaminar los casos, no tener miedo de involucramiento legal y encontrar ventaja en la notificación en la APS facilitan el cumplimiento de este dispositivo legal de garantía de los derechos del grupo.

Se piensa que estos resultados, además de sensibilizar a los enfermeros sobre el problema, podrán ser utilizados por los profesionales de la gestión en la orientación de estrategias para hacer efectivo el acto de la notificación. Esta investigación revela la necesidad de

incluir en la planificación de los servicios de salud de la APS procesos de educación permanente que instiguen la reflexión de los profesionales de la atención y de la administración, para identificar factores participantes que están perpetuando las subnotificaciones de violencia contra niños y adolescentes y, al mismo tiempo, fragilizando la posibilidad de hacer efectivo el sistema de garantía de derechos.

Referencias

1. Lima MADS, Rückert TR, Santos JLG, Colomé ICS, Costa AM. Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas de saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(4):625-32.
2. Troiano MA. Child Abuse. *Nurs Clin North Am.* 2011;46(4):413-22.
3. Liao M, Lee AS, Roberts-Lewis AC, Hong JS, Jiao K. Child maltreatment in China: An ecological review of the literature. *Child Youth Serv Rev.* 2011;33(9):1709-19.
4. Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, Hamby SL. Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: an update. *JAMA Pediatr.* 2013;167(7):614-21.
5. Matos KF, Martins CBG. Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: uma revisão bibliográfica. *Rev Espaço para a Saúde.* 2013;14(1):82-93.
6. Fenton MC, Geier T, Keyes K, Skodol AE, Grant BF, Hasin DS. Combined role of childhood maltreatment, family history, and gender in the risk for alcohol dependence. *Psychol Med.* 2013;43:1045-57.
7. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 (BR). [Internet]. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990. [acesso 5 ago 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.
8. Portaria GM/MS n. 1.968, de 25 de outubro de 2001 (BR). [Internet]. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. (2001). [acesso 10 set 2013]. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/12960-1968>.
9. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011 (BR). [Internet]. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional e estabelece fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais de saúde. (2011). [acesso 27 ago 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.
10. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(1):65-72.
11. Aragão AS, Ferriani MGC, Vendruscollo TS, Souza SL, Gomes R. Primary care nurses' approach to cases of violence against children. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(Spe):172-9.
12. Lima MCCA, Costa MCOC, Bigras M, Santana MAO, Alves TDB, Nascimento OC, et al. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. *Rev Baiana de Saúde Pública.* 2011;35(Supl 1):118-37.
13. Silva MAI, Ferriani MGC. Domestic violence: from the visible to the invisible. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(2):275-81.
14. Eisbach SS, Driessnack M. Am I sure I want to go down this road? Hesitations in the reporting of child maltreatment by nurses. *J Spec Pediatr Nurs.* 2010;15(4):317-23.
15. Smith JS, Rainey SL, Smith KR, Alamares C, Grogg D. Barriers to the mandatory reporting of domestic violence encountered by nursing professionals. *J Trauma Nurs.* 2008;15(1):9-11.
16. Natan MB, Faour C, Naamhah S, Grinberg K, Klein-Kremer A. Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse. *Int Nurs Rev.* 2012;59(3):331-7.
17. Dobke VM, Santos SS, Dell'Aglio DD. Abuso sexual intrafamiliar: da notificação ao depoimento no contexto processual-penal. *Temas Psicol.* 2010;18(1):167-76.
18. Angelo M, Prado SI, Cruz AC, Ribeiro MO. Vivências de enfermeiros no cuidado de crianças vítimas de violência intrafamiliar: uma análise fenomenológica. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(3):585-92.
19. Deslandes S, Mendes CHF, Lima JS, Campos DS. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(8):1633-45.
20. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(Supl. 1): s7-s16.
21. Senna MCM, Costa AM, Silva LN. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. *Soc Debate.* 2010;16(1):121-37.
22. Constituição (1988) (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Recibido: 28.2.2014

Aceptado: 15.10.2014