


Representaciones Sociales del enfermero sobre el abordaje de niños y adolescentes víctimas de violencia*


Emanuella de Castro Marcolino¹

 <https://orcid.org/0000-0002-6135-8853>


Francisco de Sales Clementino²

 <https://orcid.org/0000-0001-8470-4694>


Rafaella Queiroga Souto³

 <https://orcid.org/0000-0002-7368-8497>

Renata Clemente dos Santos³

 <https://orcid.org/0000-0003-2916-6832>

Francisco Arnoldo Nunes de Miranda⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-8648-811X>

Objetivo: analizar las representaciones sociales desde la perspectiva de la vertiente estructural sobre el abordaje del enfermero a los niños y adolescentes víctimas de violencia, comparando los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria. **Método:** investigación analítica con enfoque cualitativo basada en el marco teórico metodológico de la Teoría de las Representaciones Sociales a partir de la Teoría del Núcleo Central. En el estudio participaron 76 enfermeros en total, 30 de atención primaria, 16 de atención secundaria y 30 de atención terciaria. Se aplicó una entrevista semiestructurada utilizando un cuestionario predefinido y el análisis de similitud a través del software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*. **Resultados:** estructuralmente, el árbol máximo reveló el núcleo central en el cuadrante superior derecho, la primera zona periférica en el cuadrante superior izquierdo; la segunda zona periférica en el cuadrante inferior izquierdo y en el cuadrante inferior derecho la zona muda. Las diez ramas del árbol máximo surgieron de los términos: *golpear, dejar, abordaje, recibir, abordar, recordar, contar, pasar, cuidado, madre*. **Conclusión:** las representaciones sociales del abordaje de los enfermeros en los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria de la salud demostraron que tenían puntos en común en cuanto a la falta de notificación, transferencia de responsabilidades, deficiencia en la identificación de situaciones de violencia y necesidad de capacitación.

Descriptor: Enfermeras y Enfermeros; Maltrato Infantil; Niño; Adolescente; Servicios de Salud; Enfermería Forense.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Análise da atuação do(a) enfermeiro(a) nos três níveis de atenção à saúde sob a ótica da Linha de Cuidado para atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violência", presentada en la Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

¹ Centro Universitário UNIFACISA, Departamento de Enfermagem e Medicina, Campina Grande, PB, Brasil.





² Universidade Federal de Campina Grande, Departamento de Enfermagem, Campina Grande, PB, Brasil.

³ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

Cómo citar este artículo

Marcolino EC, Clementino FS, Souto RQ, Santos RC, Miranda FAN. Social Representations of nurses on the approach to children and adolescents who are victims of violence. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3509.

[Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5414.3509>

Introducción

El maltrato infantil es una realidad internacional, nacional y regional que afecta a niños y adolescentes de diferentes contextos culturales, étnicos y sociales⁽¹⁾. Este fenómeno se considera una demanda de los servicios de salud en todo el mundo. Actualmente se observa que es necesario que se implementen de forma urgente abordajes con una visión integral y contextual de estas víctimas, esto requiere que el enfermero posea habilidades y experiencia para manejar estas situaciones de violencia⁽²⁾.

La violencia contra los niños y adolescentes, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), consiste en todas las formas de daño físico, emocional, sexual, abandono, explotación o negligencia llevada a cabo por relaciones de poder opresivas que afectan el desarrollo y la dignidad del niño y del adolescente⁽¹⁾; y las principales formas de abuso son: negligencia, abuso físico, psicológico y sexual⁽³⁾.

En este escenario de vulnerabilidad infantojuvenil, once de los 18 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 19 de los 53 indicadores de los ODS asociados a la salud están relacionados con la salud del niño y del adolescente. Proteger a este grupo vulnerable es un compromiso global de las agencias internacionales; sin embargo, se estima que, a nivel mundial, cada año uno de cada dos niños de 2 a 17 años sufre alguna forma de violencia; un tercio de los adolescentes entre 11 y 15 años son intimidados por sus compañeros en la escuela y 120 millones de niñas antes de los 20 años han sufrido alguna violencia sexual⁽⁴⁾.

En América del Norte, la prevalencia de abuso sexual en las niñas durante su vida es del 20%; y de violencia psicológica/emocional del 28%; mientras que en América del Sur los indicadores muestran una alta prevalencia de negligencia, con cifras del 55% en las niñas y del 57% en los niños⁽⁴⁾. En el escenario brasileño, la violencia interpersonal es la segunda o tercera causa de muerte entre niños y adolescentes, dependiendo de la región⁽⁵⁾. En el escenario nacional, en 2019, los datos del DISK 100 indicaron que hubo 17.000 denuncias de violencia sexual contra niños y adolescentes, el 73% de los casos ocurrió en el domicilio de la víctima y el 46% eran adolescentes (12-18 años) del sexo femenino⁽⁶⁾.

La violencia contra la niñez y la adolescencia es un problema de salud pública de alta prioridad, según la OMS. Entre las siete estrategias para combatir la violencia contra la niñez y adolescencia en el mundo se destaca el acceso a los servicios de salud, protección y justicia de calidad⁽⁷⁾. Por ende, el enfermero ha demostrado ser un elemento clave en el proceso de prevención, identificación temprana y atención del abuso infantojuvenil⁽⁸⁾; para

ello, es necesario que los profesionales sean capaces de detectar los posibles casos de violencia en los distintos servicios de salud⁽⁹⁾.

Sin embargo, el desempeño del enfermero para enfrentar situaciones de violencia se ve afectado por varios desafíos que involucran la cualificación profesional durante la formación académica y/o la educación continua en el trabajo, así como también dificultades para notificar los casos, necesidad de protocolos y rutinas de atención⁽¹⁰⁾.

Los estudios⁽¹¹⁻¹⁵⁾ señalan factores relevantes que van más allá de la intervención del enfermero en los casos de violencia en la población infantil y adolescente, tales como el motivo del silencio establecido en la familia, el miedo de los profesionales al tener dudas sobre cómo resolver el problema, definición de protocolos y flujos de atención, formación profesional, falta de resolución de las instituciones de protección infantojuvenil y falta de apoyo institucional y gubernamental para lidiar con esas familias⁽¹⁶⁾.

Desde esta perspectiva, entender las convergencias y divergencias sobre el abordaje de los enfermeros de los niños y adolescentes víctimas de violencia plantea la necesidad de comprender las representaciones sociales del trabajo del enfermero en los diferentes escenarios de la atención de la salud. El rol del enfermero en la atención primaria de la salud está marcado por el vínculo con las comunidades, que, por un lado, favorece la identificación de situaciones de violencia, pero, por el otro, conlleva miedos e inseguridades ante los casos⁽¹⁷⁾. En el servicio hospitalario, los enfermeros trabajan en un contexto donde hay urgencia y esto genera dificultades para identificar correctamente y notificar situaciones de abuso con niños y adolescentes⁽¹⁸⁾.

La Teoría de las Representaciones Sociales se basa en el análisis del conocimiento socialmente elaborado compartido en procesos específicos de interacción social, que contribuye a la formación de una realidad común en un determinado conjunto social, y revela lo que se comparte conscientemente con otros miembros del grupo social⁽¹⁹⁾.

Sin embargo, aún no existen estudios que incluyan las representaciones sociales⁽²⁰⁾ de los enfermeros sobre su desempeño profesional ante el maltrato infantil para comprender cualitativamente los elementos que afectan el abordaje de los enfermeros de estas víctimas de violencia considerando la estructura organizacional brasileña de salud por niveles de atención de la salud y sus especificidades.

Ante la falta de estudios cualitativos sobre el manejo de los enfermeros del maltrato infantojuvenil y la evidente necesidad de cualificación para afrontar estas situaciones en los servicios de salud, se justifica la profundización

científica de las relaciones que atraviesan esta práctica profesional.

Por consiguiente, surgió la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las representaciones sociales que atraviesan el abordaje de los enfermeros de los niños y adolescentes víctimas de violencia en los entornos de salud? Para responder a la pregunta en términos de representaciones sociales, se eligió la vertiente estructural, como una de formas de estudiar las representaciones sociales, según la Teoría del Núcleo Central (TNC)⁽²¹⁾, considerándola un elemento central de la actuación del enfermero en diferentes servicios de salud en la atención las víctimas infantojuveniles.

El objetivo fue analizar las representaciones sociales, desde la perspectiva de la vertiente estructural, del abordaje del enfermero de los niños y adolescentes víctimas de violencia, comparando los servicios de salud de atención primaria, secundaria y terciaria.

Método

Tipo de estudio

Se realizó una investigación analítica con enfoque cualitativo basado en el marco teórico metodológico de la Teoría de las Representaciones Sociales (TSR)⁽²²⁾ a partir de la Teoría del Núcleo Central⁽²²⁾. Se optó por esta teoría a fin de lograr traducir los significados y valores intrínsecos del trabajo del enfermero al abordar a los niños y adolescentes en situaciones de violencia, como seres históricamente determinados, inmersos en una sociedad y cultura particular, enfocándose en el Núcleo Central con el objetivo de reconocer la esencia central del abordaje del enfermero en los diferentes niveles de atención de la salud.

La construcción del manuscrito siguió las recomendaciones del COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*), cumpliendo con los requisitos científicos para un estudio cualitativo

Escenario de investigación

La investigación se diseñó en un municipio del interior del noreste de Brasil, que es un referente para la atención de la salud en los municipios aledaños del estado de Paraíba. Con el fin de maximizar el número de enfermeros que trabajan en los tres niveles de atención de los niños y adolescentes víctimas de violencia, se

seleccionaron equipos de Salud de la Familia (eSF) para abarcar la atención primaria; un hospital especializado en atención pediátrica que representa la atención secundaria; y un hospital de referencia en trauma y violencia a nivel regional, para la atención terciaria.

Al momento de la recolección de datos, existían en la ciudad 107 equipos de Salud de la Familia (eSF), distribuidos en 84 Unidades Básicas de Salud (UBS) y seis Distritos Sanitarios de Salud. El hospital especializado en atención pediátrica, que es característico de la atención secundaria que brinda atención ambulatoria y especializada, sin demanda de alta complejidad, se destaca como el único servicio hospitalario pediátrico de la ciudad, con 25 enfermeros trabajando en los sectores de recepción, urgencias y enfermería.

El nivel terciario fue representado por un hospital de referencia en trauma y violencia a nivel regional, que tiene el mayor número de visitas por situaciones graves de violencia que involucran a niños y adolescentes. En el trabajaban 62 enfermeros distribuidos entre los sectores: recepción, sala roja, observación pediátrica, sala de pediatría y UCI pediátrica.

Participantes del estudio y criterios de selección

En el estudio participaron 76 enfermeros seleccionados por conveniencia. El número de participantes para los grupos de enfermeros en el nivel primario y terciario se determinó por saturación teórica⁽²³⁾ y para los profesionales en el nivel secundario por criterio de agotamiento.

En esta investigación, la saturación teórica se observó a partir de la repetición de discursos y de la detección de un mismo patrón en la forma de abordar a las víctimas en lo que respecta a la recepción, identificación de víctimas, manejo del caso por parte del equipo multidisciplinario, evaluación clínica y consulta de enfermería de niños y adolescentes víctimas de violencia; cuando se detectó la repetición de la verbalización de los hechos, se suspendió la recolección de datos. El agotamiento se caracterizó por la inclusión de todos los individuos elegibles como participantes del estudio.

La Figura 1, a continuación, resume el número de participantes incluidos en cada nivel de atención, la descripción de los sectores/lugares de trabajo y los criterios de selección.

Nivel de Atención	Número de Participantes	Descripción del Sector/Lugar de Trabajo	Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Primario	30	Enfermeros de diferentes UBS y eSF	Experiencia mínima de un año en la APS, lo que asegura la experiencia del profesional en la interacción con la comunidad	Profesionales que estuvieran de licencia, de vacaciones o que tuvieran certificado médico durante el período de recolección de datos y la realización de hasta tres visitas a los enfermeros que demostraron falta de disponibilidad para participar en el estudio
Secundario	16	Sala de recepción, urgencias y pediatría	Haber asistido a un niño y/o adolescente en situación de violencia en sus sectores de trabajo al menos una vez	
Terciario	30	Recepción, sala roja, observación pediátrica, sala de pediatría y unidad de cuidados intensivos pediátricos		

Figura 1 - Caracterización del número de participantes, descripción del sector/lugar de trabajo y criterios de selección según el nivel de atención. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2021

No se registraron negativas a participar en el estudio por parte de los participantes del nivel primario, hubo una negativa en el servicio secundario y ocho en el nivel terciario debido a la dinámica de la intensa rutina de trabajo.

Procedimientos e instrumentos de recopilación de datos

La recolección de datos se llevó a cabo entre enero y junio de 2018, fue realizada en su totalidad, exclusivamente, por la investigadora responsable para minimizar los sesgos provocados por múltiples recolectores; la investigadora no tenía relación institucional, laboral o personal con las instituciones y/o enfermeros que trabajaban en los servicios de salud estudiados.

Inicialmente, se realizó el abordaje presencial de los enfermeros en la atención terciaria, según la escala profesional, en los cinco sectores seleccionados en el servicio hospitalario, posteriormente se abordó a los enfermeros del hospital especializado en la atención de niños y adolescentes, siguiendo los mismos procedimientos y, finalmente, a los enfermeros de la atención primaria; durante los abordajes se les explicó el objetivo del estudio y el vínculo entre la investigación y el programa de posgrado.

Se aplicaron dos instrumentos: un formulario individual para caracterizar a los participantes del estudio y un cuestionario para la entrevista semiestructurada que se utiliza como guía para la realización de las entrevistas. El cuestionario de la entrevista semiestructurada se basó en preguntas orientadoras enfocadas en el abordaje de los enfermeros de niños y adolescentes en situaciones de violencia en diferentes servicios de salud; tales como: ¿Cómo se llevan a cabo las acciones dirigidas a los niños y adolescentes en situación de violencia en el servicio de salud en el que trabaja?

Las entrevistas fueron grabadas íntegramente firmando el término de grabación de voz para su posterior transcripción completa, con una duración promedio de 20 a 30 minutos. Los enfermeros participantes fueron

codificados en los extractos del discurso con "enf" y un número arábigo que corresponde al orden en el que se realizó la entrevista; nivel de atención de salud y sector donde trabaja, respectivamente, se utilizó "nivel 01" para la atención primaria y "ds" 01 a 06 para los distritos de salud; "nivel 02" para la atención secundaria y sector 01 - recepción, 02 - urgencias, 03 - sala de pediatría; y "nivel 03" para atención terciaria y sector 01 - recepción, 02 - sala roja, 03 - observación pediátrica, 04 - sala de pediatría, 05 - UCI pediátrica.

Tratamiento y análisis de datos

Los datos se procesaron mediante el *software* IRAMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*)⁽²⁴⁾, que permitió la producción del árbol máximo (análisis de similitud).

La organización de los datos para el análisis en el *software* se realizó, inicialmente, a través de la construcción del *corpus* textual según los procedimientos definidos por IRAMuTeQ, a saber: organización del contenido textual en el *software Libre Office*; definición de la línea de comando para cada entrevista usando marcadores de asterisco (ej: **** *enf_01 *ds_03 *posgrad_02 *capacit_01); construcción del contenido de manera monotemática con eliminación de preguntas y párrafos, estandarización de siglas o palabras compuestas por el símbolo *underline*, inclusión de números en forma de algoritmo y exclusión de símbolos como comillas, apóstrofes, guiones, signo pesos, porcentaje, puntos suspensivos y asterisco en el *corpus* textual, dicha organización arrojó como resultado un *corpus* de 186 páginas.

Para el análisis de los datos se adoptó como fundamento teórico metodológico la Teoría de las Representaciones Sociales, más particularmente la Teoría del Núcleo Central, que se considera un abordaje complementario de la primera, considerada, entre otras, como vertiente estructural⁽²¹⁾.

Partiendo de la premisa de que toda representación social se organiza en torno a un núcleo central asociado a otras instancias estructurales complementarias, se considera la función organizadora del núcleo central como elemento unificador y estabilizador de la representación⁽²⁵⁾.

Por ende, el análisis de similitud se llevó a cabo mediante la técnica de levantamiento del núcleo central, considerada la técnica principal para detectar el grado de conexión entre los elementos de una representación y, en consecuencia, para definir el núcleo central. El análisis de similitud es una de las principales técnicas de análisis para lograr Representaciones Sociales.

El análisis de similitud, vía IRAMuTeQ, se basó en la relación entre el número de coocurrencias y el número de sujetos involucrados, construyendo conexiones entre estos elementos con base en la teoría de grafos, la representación gráfica de las conexiones produce el árbol máximo. Los parámetros para la construcción del árbol máximo incluyeron el índice de coocurrencia y la variable descriptiva destacada en la representación gráfica, que es el nivel de atención en salud⁽²⁶⁾. En el árbol máximo, el código I representa los términos asociados con los enfermeros de la APS; el código II al servicio de atención secundaria y el código III al servicio de atención terciaria en cada eje analítico; los términos sin codificación no se asociaron con ningún nivel específico de atención médica.

El árbol máximo representa la organización de las representaciones sociales de los enfermeros al abordar a las víctimas de violencia desde un núcleo central y en ramificaciones, estas estructuradas por las especificidades del nivel de atención de salud (variable descriptiva); de esta forma, el análisis brindó la traducción de los sentidos y significados en los que se basan las representaciones sociales de los enfermeros, poniendo de manifiesto los aspectos comunes y periféricos de dichas representaciones de acuerdo con el nivel de atención del servicio de salud: atención primaria, secundaria y terciaria.

Con el *corpus* textual organizado, se realizó un análisis de similitud para obtener el árbol máximo. Posteriormente, se seleccionaron los extractos de los discursos relevantes que coincidían con la organización del árbol máximo en cuanto a las aproximaciones y distancias de las representaciones sociales de los enfermeros.

A partir de la estructuración de las Representaciones Sociales, proporcionada por el análisis de similitud asociado a los segmentos de texto de las declaraciones de los enfermeros, se constituyó el análisis de coocurrencias de Bardin⁽²⁷⁾ con el fin de consolidar los elementos comunes y divergentes en el abordaje del enfermero

de los niños y adolescentes víctimas de violencia que se presentó en una figura resumida. El análisis de coocurrencia sigue el siguiente enfoque: elección de unidades de registro; elección de unidades de contexto; codificación; cálculo de coocurrencias; representación e interpretación de datos.

El análisis y la estructuración intelectual de los datos fue llevado a cabo por la investigadora principal junto con el orientador de la investigación, quien era experto en el uso de la Teoría de las Representaciones Sociales, lo que aseguró la confiabilidad del alcance de las Representaciones Sociales obtenidas mediante el análisis con la ayuda del *software*.

Aspectos éticos

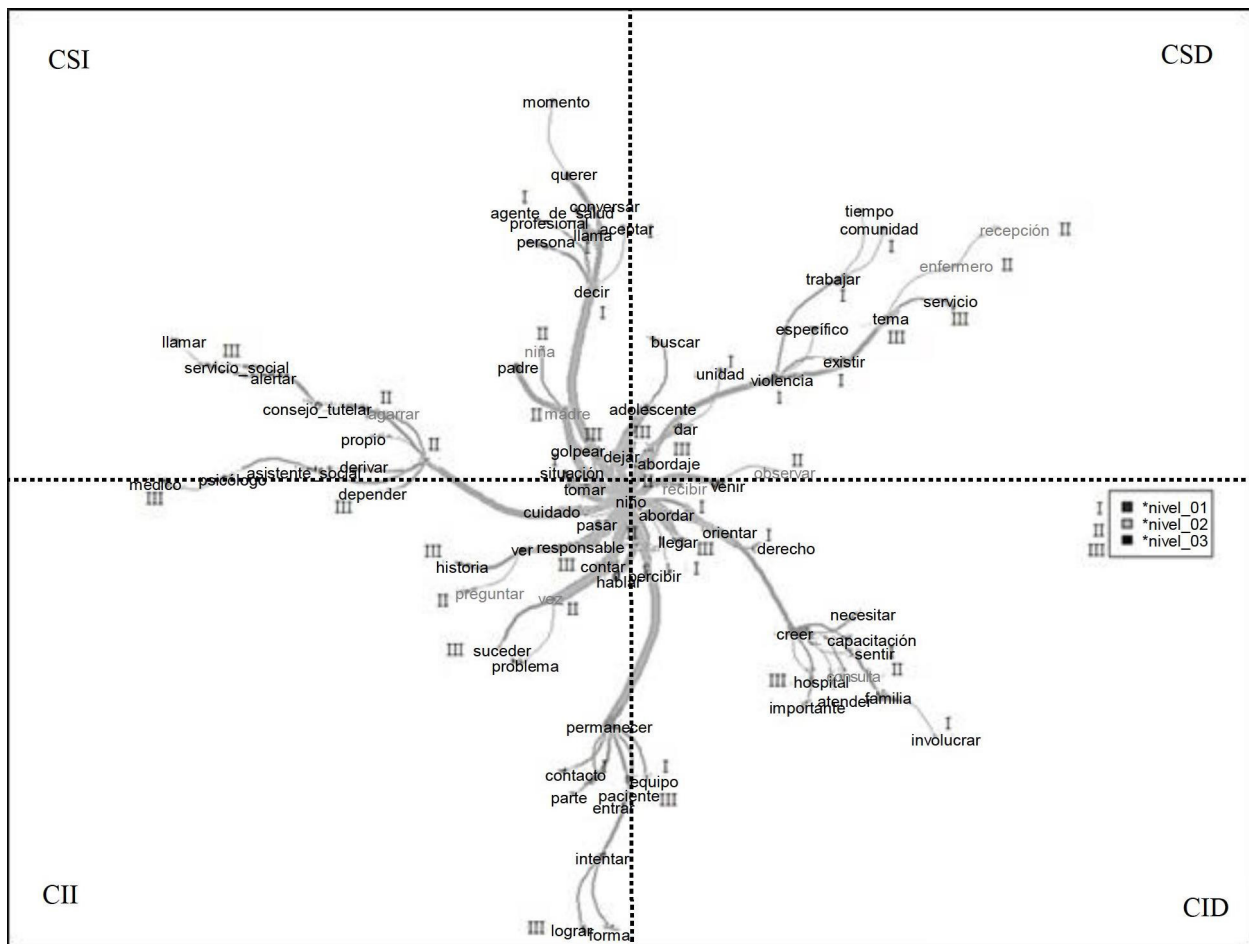
La investigación siguió los parámetros éticos del Consejo Nacional de Salud, siendo autorizada por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte y aprobada con dictamen nro. 2.456.493.

Resultados

Entre los tres niveles de complejidad, predominaron los enfermeros de sexo femenino con edades comprendidas entre los 30 y los 40 años. La mayoría de los profesionales del primer y tercer nivel de atención tenían más de 10 años de finalización de la carrera, mientras que los del servicio especializado tenían entre 5 y 9 años de graduados. En cuanto a la capacitación específica para abordar a los niños y adolescentes en situación de violencia, la mayoría de los profesionales de los tres niveles manifestaron que no habían realizado ninguna capacitación.

El análisis del abordaje del enfermero de las situaciones de violencia en la niños y adolescentes demostró que había similitudes y divergencias en el manejo de los casos entre los enfermeros de los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria, debido al contexto de acción, el proceso de formación y capacitación.

La Figura 2 representa el árbol máximo producido por el análisis de similitud que revela el núcleo central de la representación social de los enfermeros en cuanto al cuidado de la población infantojuvenil en situaciones de violencia. Se observó que el foco del abordaje del niño es un elemento común entre los enfermeros en los tres niveles de atención de la salud, una centralidad representacional basada en la nucleación de las declaraciones de los enfermeros.



*I - Atención primaria; *II - Atención secundaria; *III - Atención terciaria

Figura 2 – Análisis de similitud de enfermeros que trabajan en los tres niveles de complejidad sobre el abordaje de niños y adolescentes en situaciones de violencia. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2021

El árbol máximo tiene diez ramas con fuerte conexión con el núcleo central, determinando los lazos que unen los elementos constitutivos de la representación social. Cada rama fuerte tiene un término con un mayor grado de conectividad con el núcleo, a saber: *golpear*, *dejar*, *abordaje*, *recibir*, *abordar*, *recordar*, *contar*, *pasar*, *cuidado*, *madre*. Tales ramificaciones constituyen el sistema periférico de representación social, que se basa en las características del contexto inmediato, es decir, los comportamientos y posiciones de los sujetos; por lo tanto, las ramificaciones demuestran las interfaces que guían el abordaje de los enfermeros de las víctimas.

Para hacer didáctica la presentación de la semejanza, los términos se organizaron en cuatro cuadrantes, a saber: cuadrante superior derecho (CSD), que constituye el núcleo central que surge del término *niño* fuertemente ligado a los términos *abordaje* y *violencia*; en el cuadrante superior izquierdo (CSI) se ubica la 1ª periferia que incluye la base de las ramificaciones los términos *golpear*, *madre* y *dejar*; el cuadrante inferior izquierdo (CII) se ubica en la 2ª periferia e incluye las expresiones *cuidado*, *pasar* y

contar; y el cuadrante inferior derecho (CID) representa la zona muda con las frases *recordar*, *recibir* y *abordar* vinculadas a *capacitación* y *sentir*.

En el CSI se evocaron los términos *golpear*, *madre* y *dejar*. La palabra *golpear* está fuertemente ligada al término *decir* y éste, a su vez, se ramifica en *persona*, *profesional*, *telefonar*, *conversar*, *agente de salud* y *querer*, representativos de los profesionales de la APS. El término *madre* está fuertemente ligado al término *padre* y al término *niña*. Mientras que el término *dejar* se asocia con *adolescente* y se ramifica en el término *buscar*. A continuación, se muestran extractos de las declaraciones de los enfermeros que representan tales ramificaciones:

La madre vino con el niño, incluso noté que no había señales de nada y como ella dijo que parece que era algo así como un palo con lo que golpeaba al niño y yo la orienté la orienté sobre el daño que podría causarle dependiendo con qué golpeará al niño agrediera al niño y todo lo demás. (Enf. 18; Nivel 01; DS 05).

Y a veces hasta un adolescente acude al servicio en el puesto de salud son pocos vienen más cuando están enfermos muy enfermos cuando las chicas vienen a hacerse el examen citológico vienen más en caso de enfermedad cuando están enfermas para

buscar los anticonceptivos está el agente de salud trabajamos juntos. (Enf. 02; Nivel 01; DS 03)

Es como lo que te dije sobre el agente de salud, ella dijo: pero mujer, no hagas nada, no hagas nada". Yo le dije: pero mujer, tengo que ir allí, tengo que investigar, tengo que ir a la casa". Entonces ella: No, mujer. Entonces dije: No, no te preocupes. No voy a ir allí diciendo que sé que están golpeando al niño. (...) ella vino aquí, hablé claro. Y este es el obstáculo al que a veces le tememos, ¿comprendes? (Enf. 18; Nivel 01; DS V 05)

El término *abordaje* fue evocado en el CSD, que se vincula con el término *violencia*, y se ramifica, por un lado, en los términos *existir, trabajar, comunidad, unidad*; todos estos asociados con la APS; y por otro, en *tema y servicio*, como característica de la atención terciaria, y *enfermero y recepción* del servicio especializado. Los segmentos de texto mencionados por enfermeros que se refieren a esta rama se destacan a continuación:

Y creo que el tema de la violencia, aunque está tan presente en el día a día de las comunidades en las que trabajamos, creo que hemos estado trabajando poco, creo que deberíamos trabajar más. (Enf. 22; Nivel 01; DS 04).

Eso, por lo general cuando llega nosotros hacemos el abordaje del caso, hacemos las primeras consultas según la prescripción, en ocasiones solicitamos la opinión del asistente social, psicología para poder intensificar en otras áreas. (Enf. 01; Nivel 03; Sector 03).

El tema del servicio no siempre es así hace una selección precisamente observa el historial de la persona responsable y ve las condiciones a veces del niño o adolescente. (Enf. 07; Nivel 03; Sector 01).

El papel del enfermero aquí en la recepción es precisamente realizar esa selección para clasificar lo que llega de la gran demanda que proviene de la población. (Enf. 09; Nivel 02; Sector 01).

Y el tiempo de recepción es muy rápido allí, uno no pasa tiempo con el paciente. Entonces, no hay forma de hacerlo realmente, el sector en sí es un sector de tránsito. (Enf. 07; Nivel 03; Sector 01).

El CII evocó las expresiones *cuidar, pasar y contar*. La rama que surge del término *cuidado* se subdivide en la evocación de los términos *tomar* vinculado a *situación y caso*, que, a su vez, evoca *derivar, depender, asistente social, psicólogo, médico*. Y para el otro, con los términos: *propio, agarrar, consejo_tutelar, alertar, servicio_social, llamar*. El término *pasar* que se relaciona con *responsable, ver*, y ese último se ramifica en los términos *historia y preguntar*. El núcleo central con el término *contar* se asocia al término *vez* y este se bifurca en *sucedir y problema*. Las declaraciones de los enfermeros que se relacionan con los términos de dichas ramificaciones se encuentran a continuación:

Realizamos el cuidado si obtenemos la información en seguida llamamos al psicólogo va a otro sector está aquí dentro del hospital no fui testigo de nada. (Enf. 06; Nivel 03; Sector 02).

Existe el Consejo Tutelar, ¿verdad? El servicio social, el Consejo Tutelar, entonces, en este caso, cuando sucede aquí, llamamos al servicio social y el servicio social alerta al Consejo Tutelar, ¿no? Que es quien va a monitorear el caso y ver exactamente lo que está haciendo. (Enf. 27; Nivel 03; Sector 05).

Porque la parte que se hace aquí en el hospital es la de la atención, la asistencia, cuando el médico o sospecha que la historia que cuenta el cuidador no es compatible con lo que tiene el niño o adolescente. (Enf. 07; Nivel 03; Sector 01).

Generalmente de toda esa parte se encarga el servicio social y los médicos hacen los informes, las cosas y ellos realizan la notificación. (Enf. 25; Nivel 03; Sector 04).

A veces el niño llega por eso me gusta que el niño hable me gusta preguntarle al niño que a veces la madre deja que el niño hable, que cuente lo que pasó. (Enf. 07; Nivel 03; Sector 01)

En mi mente, creo que debo alertar al NASF, Asistente Social y, junto con ella, ver el lugar adonde se debe derivar a este niño o adolescente. (Enfermera 04; DS 02).

Siempre recibimos orientación para alertar al CRAS. A ellos ... Porque dentro del CRAS alertan al Consejo Tutelar, ven que, realmente derivar al paciente al destino. Pero que nosotros lo derivemos, no. (Enf. 08; DS 02).

Del CID surgen las expresiones *recordar, recibir y abordar*. La rama *recordar* se bifurca en *hablar*, por un lado, y por otro, *notar* que se conecta con *permanecer, contacto, casa, paciente, equipo, intentar, lograr*. La raíz con el término *recibir*, se ramifica en los términos *venir y observar*. El verbo *abordar* evocó una bifurcación en los términos *llegar y orientar*, de este último surgen otras ramificaciones, primero en *derechos*, luego en los términos: *creer, necesitar, capacitación, sentir, familiar e involucrar*. Se destaca una rama débil aislada para el término *escuela*. Los extractos evocados por los enfermeros que apuntan a los términos antes mencionados se encuentran a continuación:

A veces notamos hiperemia o alguna presencia de secreción o incluso es una fractura se nota registrado en el registro del servicio como parte del examen físico (Enf. 09; Nivel 02; Sector 01)

Solo se puede notar con esa mirada clínica que el hematoma que salió ahí no es una cosa más simple es realmente una agresión supongamos que una mancha en el ojo hay gente que no lo quiere decir. (Enf. 01; Nivel 03; Sector 03).

No siento, no siento. Entonces, siento ... creo que tengo la sensibilidad, pero no la capacitación. Nos hace mucha falta. (Enf. 22; Nivel 01; DS 04).

Entonces creo que si hubiera una capacitación, una mejor orientación para nosotros, para todos los profesionales, en el Hospital sería mucho mejor manejar esta situación. (Enf. 15; Nivel 02; Sector 03).

El año pasado tuvimos una actividad educativa en la escuela, en las escuelas sobre la cultura de la paz. Donde el niño era abordado junto como los padres. El tema abordado fue ese, violencia, cultura de la paz y uno de los temas estaba relacionado con los niños. (Enf. 20; DS 06).

Por ende, se destacan como puntos de convergencia entre los enfermeros de los tres niveles de atención de la salud: la falta de notificación de las situaciones de violencia que se observan en niños y adolescentes; transferencia del caso a otros profesionales; dificultad para identificar y confirmar la violencia contra niños y adolescentes; necesidad de capacitación; foco en el cuidado de los niños y dificultad para relacionarse con las familias de las víctimas.

El subregistro de situaciones de violencia con niños y adolescentes sigue relacionado con la falta de desconocimiento y de aproximación a la ficha de notificación y confusión entre notificación epidemiológica y notificación al Consejo Tutelar; sumado a la mistificación de las responsabilidades legales y judiciales, y a la inseguridad para realizar la notificación por considerarla como una denuncia.

La derivación de los casos de violencia de niños y adolescentes a otros profesionales se asocia a la dificultad

para identificar y constatar la violencia, que a su vez se debe a la falta de capacitación específica.

Uno de los puntos en los que hubo divergencia es la forma en la que los enfermeros manejan la recepción en los distintos niveles de atención de la salud. En la APS, debido a los lazos que se establecen con la comunidad, la recepción se basa en la escucha; mientras que, en los servicios hospitalarios, se basa en una acción del tipo atención de la queja, en la atención secundaria se basa en una consulta de enfermería con un abordaje inicial sin profundización clínica y en la atención terciaria en una selección.

La Figura 3 condensa los puntos de convergencia y divergencia involucrados en el comportamiento de los enfermeros considerando los tres niveles de atención de la salud, desde la perspectiva estructural de las representaciones sociales, dado que hace referencia a una figura y un significado⁽²²⁾.



Figura 3 – Puntos de convergencia y divergencia del enfermero en el abordaje de casos de niños y adolescentes víctimas de violencia en los tres niveles de atención de la salud. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019

Discusión

Toda representación social se organiza estructuralmente en torno a un núcleo central y un sistema periférico con la existencia de una zona muda, según el autor que elaboró la Teoría del Núcleo Central⁽²⁵⁾, esta premisa se constituye a partir de la gran teoría de Moscovici. El núcleo central está relacionado con la memoria colectiva, que le da sentido, consistencia y permanencia a la representación, por ende, es estable

y resistente al cambio, lo cual es fundamental para el significado y la organización de la representación⁽²¹⁾.

Se señala en este estudio que el núcleo central se centra en el abordaje del niño víctima de violencia en lo simbólico del proceso de cuidado que realiza el enfermero, que revela un significado que está muy marcado en la memoria colectiva de estos profesionales asociados al niño, lo que puede estar relacionado con la vulnerabilidad biopsicosocial intrínseca de la infancia, esto deja al adolescente en segundo plano.

El núcleo central asume una función generadora de significado y de sentido para los elementos complementarios (zona periférica), ya que pone en evidencia los valores y significados que atraviesan las conductas que tienen los enfermeros, presentadas en el área periférica del árbol máximo⁽²⁵⁾; como una función organizadora que determina la naturaleza de las conexiones que se establecen entre los elementos de representación.

En este sentido, se exploran en la zona periférica y muda los elementos que caracterizan las particularidades del abordaje de las víctimas de violencia en los niveles de atención de la salud. En el sistema periférico se evidencian elementos comunes a los enfermeros que trabajaban en los tres niveles de atención de la salud, sin embargo, también se revelan las particularidades del comportamiento de los enfermeros, relacionadas con el servicio de salud en el que se desempeñan; por lo tanto, es en el sistema periférico donde se asigna la heterogeneidad de las representaciones de los grupos, en el que se sustentan las contradicciones e historias individuales de forma contextualizada⁽²²⁾.

En el sistema periférico se identificaron las prácticas diferenciadas de los enfermeros en el abordaje de los niños y adolescentes víctimas de violencia. En la atención primaria de salud, el abordaje de estas víctimas tiene especificidades, dado que la mayoría de ellas sufren situaciones de violencia en el ámbito doméstico; para abordar esos casos, es fundamental conocer a las familias y realizar un seguimiento de las mismas⁽²⁸⁾.

Esta interacción con la familia afecta a todo el equipo multidisciplinario, especialmente a los Agentes Comunitarios de Salud, quienes, a través del contacto directo con las familias, pueden realizar una detección temprana y establecer un vínculo con las Unidades Básicas de Salud que sirven de referencia y apoyo a las comunidades⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Un estudio señala la fuerza de la APS para enfrentar la violencia por dos vías: la posibilidad de diálogos horizontales, relaciones duraderas y escucha receptiva en un proceso de corresponsabilidad con los usuarios; y la articulación del cuidado en una red asistencial, según la propuesta de reorganización del modelo asistencial de salud brasileño, como espacio protagonista de articulaciones, reflexiones e intervenciones en red⁽³⁰⁾.

A pesar del potencial que presenta la APS, los estudios señalan que hay una brecha importante entre las recomendaciones de las políticas de salud orientadas a la atención integral de los grupos poblacionales y la atención que se les brinda a las víctimas de violencia en el contexto de las comunidades y en las Unidades Básicas de Salud⁽³⁰⁻³²⁾.

Dado que las consultas de puericultura son rutinarias en el proceso de trabajo de los enfermeros en la UBS, son vistas como herramientas que posibilitan un mayor acceso de los enfermeros a los diferentes aspectos de la

atención integral del niño, ya que involucran evaluación del crecimiento y desarrollo, inmunización, alimentación, cuidados higiénicos específicos, prevención de accidentes, que incluye la prevención e identificación de situaciones de violencia⁽³³⁾.

La atención de la salud de los adolescentes no ha recibido asistencia en igual medida, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Escolar⁽³⁴⁾; en la misma, se identificó que solo el 48% de los adolescentes acudieron a algún servicio o profesional de la salud en los últimos 12 meses de la encuesta. Las barreras de acceso pueden dificultar la consulta, como, por ejemplo, el desconocimiento sobre los servicios de salud, la incomodidad al compartir inquietudes de salud, además de la forma en la que los equipos de salud reciben a estos adolescentes⁽³⁴⁾.

Un elemento importante para que se creen vínculos estrechos entre los niños y adolescentes y los equipos de salud de la familia es la realización de acciones de promoción de la salud en espacios como la escuela, la comunidad y la propia UBS⁽³⁵⁾. Al llevar a cabo estas acciones, el enfermero tiene la oportunidad de fomentar la cultura de la paz, las relaciones afectivas saludables y la prevención de la violencia⁽³⁶⁾ mediante la identificación de situaciones de riesgo basadas en la proximidad con los niños y adolescentes.

En el servicio de salud de atención secundaria, el eje de la atención se basa en el enfoque médico-céntrico de la violencia, centrado en el cuerpo biológico, sin tener en cuenta los aspectos subjetivos, psicológicos y sociales⁽³⁷⁾; si bien existe un espacio físico y organizativo para que el enfermero reciba a la víctima, en este nivel de atención de la salud, dicha práctica no se da de manera efectiva, como una oportunidad de escucha cualificada y más abierta⁽³⁸⁾.

Este punto se refiere a la efectividad de la consulta de enfermería durante la recepción del niño y adolescente víctima de violencia. Se hace hincapié en que es necesario que haya avances en este escenario, desde la recepción inicial, esencial y efectiva, la identificación de síntomas y signos, la notificación, que implican también la atención de las lesiones y sus consecuencias a través de registros y planificación de conductas a fin de lograr una atención humanizada de las víctimas, ya que la consulta de enfermería se caracteriza por ser una de las principales herramientas para identificar la violencia en este grupo⁽¹⁰⁾.

En la atención terciaria, el foco en la atención de la queja favorece que el enfermero siga viendo a las víctimas de violencia desde un punto de vista hospitalocéntrico, cuya asistencia está dirigida a satisfacer las demandas de urgencia y emergencia física. Al presentar un comportamiento centrado en el problema físico de la víctima, los estudios muestran que los servicios de emergencia no reconocen, rastrear o denuncian

situaciones de violencia, porque los profesionales de las salas de emergencia no le prestan atención a ese fenómeno⁽³⁹⁻⁴⁰⁾.

Cuando se trata de violencia contra niños y adolescentes, el enfermero no solo debe enfocarse en los signos clínicos detectados en la revisión, sino también en los indicadores psicosociales del examen físico completo asociado con la anamnesis, la percepción del lenguaje no verbal y las necesidades físicas y emocional, para ello el profesional debe entablar un diálogo de confianza para confrontar los discursos de los responsables y de las víctimas⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

Es parte del rol del enfermero percibir o reconocer situaciones violentas, ya sea en la atención primaria, al reconocer posibles situaciones de violencia en el ámbito del hogar con niños y adolescentes, como en el ámbito hospitalario, al advertir signos que no están expuestos o revelados, especialmente en los servicios de emergencia, donde se atienden más casos de maltrato infantil⁽⁹⁾.

La identificación del abuso infantojuvenil aparece como una dificultad e inhibe la notificación de estos casos, como lo demuestra un estudio en Arabia Saudita⁽¹⁴⁾. Identificar situaciones de violencia en la niñez es complejo, se acuerda iniciar el abordaje del posible caso de violencias a través de la historia clínica, dado que en ese momento es factible comprender las circunstancias que revelan la situación de violencia; por lo tanto, el enfermero debe escuchar de forma atenta y abierta y en todo momento para detectar si el niño o el adolescente sufre una posible situación de violencia⁽⁴³⁾.

Para tener un enfoque dirigido a las necesidades de las víctimas, se requieren conocimientos técnico-científicos. El estudio destaca la evidente falta de capacitación profesional de los enfermeros para abordar los casos de niños y adolescentes víctimas de violencia, lo que coincide con los resultados de un estudio reciente⁽⁴⁴⁾ que involucró a médicos, enfermeros y odontólogos y con los resultados de otros estudios^(14,45-46) que señalan que la falta de conocimiento y la necesidad de capacitación son barreras importantes para identificar el maltrato físico en niños y adolescentes.

Este contexto es reflejo de la formación académica y de un escaso estímulo para la capacitación de los profesionales y de definir flujos y protocolos de atención en los servicios de salud, lo que incide directamente en los sentimientos que expresaron los enfermeros ante los casos de violencia y en la atención que brindan^(10,16,41).

La capacitación profesional de los enfermeros para el tratamiento de los casos de violencia con niños y adolescentes surgió en la zona muda, que corresponde a un subconjunto de significados, creencias y pensamientos, que, si bien existen, no se expresan habitualmente debido a los valores y normas del grupo en sí⁽²⁵⁾. La falta de capacitación

de los enfermeros respecto al tema en cuestión se presenta en el contexto del trabajo, sin embargo, en la práctica diaria, al enfermero se le exige social e institucionalmente que realice la atención, independientemente de si recibió o no la capacitación para ello.

La atención del enfermero en conjunto con el equipo multidisciplinario se considera otro desafío, poder establecer la diferencia entre compartir la atención y derivarla influye en la acción de los enfermeros, que muchas veces les derivan los casos a los asistentes sociales, quienes establecen un vínculo entre el cuidado de la salud y otras instancias de protección, se los considera como un puente para resolver los casos de violencia, e incluso para identificar situaciones sospechosas y/o confirmadas, asumiendo la responsabilidad de los casos⁽¹⁶⁾.

Todo este contexto de transferencia de víctimas genera una ruptura en el seguimiento de los casos, lo que mantiene una desarticulación entre los niveles de atención de la salud, debilitando las relaciones de referencia y contrarreferencia y favoreciendo la revictimización, ya que las acciones fragmentadas no abarcan la complejidad de la problemática. Por lo tanto, el Consejo Tutelar asume el rol concreto de realizar el seguimiento de los niños y adolescentes sin la participación del sector salud.

Mientras tanto, el estudio indica opciones para cualificar el abordaje de los niños y adolescentes víctimas de violencia por parte de los enfermeros en los servicios de salud al señalar las deficiencias de cada nivel de atención de la salud y los puntos específicos de posibles intervenciones desde la organización del proceso de trabajo, instrumentos de acción y capacitación para el ejercicio del enfermero en la gestión de los servicios de salud.

Se consideran limitaciones del estudio, el reducido número de enfermeros que trabajan en la sala roja del servicio de salud de emergencia que participó debido a las particularidades de la rutina del sector; así como también la dificultad que tuvieron algunos profesionales de la salud para discutir el tema de la violencia y la praxis en sí para abordar estos casos.

Se parte de la premisa de que existen diferentes formas de conocer y comunicar la violencia que sufren los niños y adolescentes, guiadas por distintos objetivos del enfermero en los tres niveles de atención, formas que son móviles y entre las que se pueden definir dos de ellas, en términos de manejo o actuación, que, a su vez, están establecidas en nuestras sociedades: las consensuales y las científicas⁽²²⁾. En este sentido, cada enfermero, según el nivel de atención de la salud en el que trabaja, genera su propio universo representacional de la violencia; este hecho, que se sitúa como una modalidad de conocimiento particular, cuya función es el desarrollo de conductas y la comunicación entre los individuos en una sociedad que produce significados⁽²²⁾.

También se puede destacar que el objeto de estudio atraviesa la información dimensionada por la TRS, al igual que la información, el campo de representación y la actitud del profesional ante el complejo y polisémico fenómeno de la violencia contra los niños y adolescentes, ya que el análisis de similitud permite deducir el conocimiento sobre el fenómeno forzando la inferencia, el compromiso y la información⁽²²⁾.

Conclusión

Los servicios de salud de la atención primaria, secundaria y terciaria desde el punto de vista de la teoría de las representaciones sociales, bajo la perspectiva estructural de la Teoría del Núcleo Central, considerando el núcleo central, el sistema periférico y la zona muda, mostraron puntos en común en el abordaje de niños y adolescentes que atraviesan situaciones de violencia, es decir que, los enfermeros en los tres servicios no notificaban las situaciones de violencia; derivaban las responsabilidades a otros profesionales del equipo multidisciplinario; carecían de capacidad para identificar si los niños y adolescentes sufrían situaciones de violencia; le dedicaban mayor atención al cuidado infantil; tenían dificultad para relacionarse con los familiares de las víctimas en diferentes momentos de la atención y necesitaban capacitación para abordar a los niños y adolescentes víctimas de violencia.

Por otro lado, la atención primaria de la salud tiene como particularidades la posibilidad de generar un mayor vínculo con las víctimas y las familias, lo que puede favorecer el abordaje de los casos y el rol de los enfermeros; así como también el desarrollo de acciones para promover la salud y fomentar la cultura de la paz. En los servicios de salud hospitalaria, la especificidad se centra en el enfoque médico-céntrico que se basa en la atención de la queja, poca vinculación con el paciente y escaso seguimiento del caso.

Se destacan las lagunas en el abordaje de los enfermeros de los niños y adolescentes víctimas de violencia que demuestran la falta de instrumentos que contribuyan a la práctica de los enfermeros en estos casos. La instrumentalización de la práctica de enfermería a través de directrices, protocolos, diagramas de flujo y profundización técnico-científica es fundamental para un desempeño eficaz, preciso y que responda plenamente a las necesidades de las víctimas.

Referencias

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. Relatório mundial sobre violência e saúde. [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [cited 2021 Jul 15]

Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>

2. Know Violence in Childhood. Ending Violence in Childhood. Global Report 2017. [Internet] New Delhi: Know Violence in Childhood; 2017. [cited 2021 Jul 21] Available from: <https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/Global-Report-2017.pdf>

3. Rizvi MB, Conners GP, Rabiner J. New York State Child Abuse, Maltreatment, and Neglect. 2021 Mar 6 [cited 2021 Mar 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565843/>

4. World Health Organization. Global status report on preventing violence against children. [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Mar 12]. Available from: <https://www.unicef.org/media/70731/file/Global-status-report-on-preventing-violence-against-children-2020.pdf>

5. Child and Adolescent Health Collaborators. Diseases, Injuries, and Risk Factors in Child and Adolescent Health, 1990 to 2017: Findings From the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2017 Study. JAMA Pediatr. 2019;173(6):e190337. doi: <http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.0337>

6. Ministério da Saúde (BR); Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF/Fiocruz. Covid-19 e Saúde da Criança e do Adolescente. [Internet]. Brasília: MS; 2020 [cited 2021 Mar 12]. Available from: http://www.iff.fiocruz.br/pdf/covid19_saude_crianca_adolescente.pdf

7. Evidence of Better Lives Consortium (UK). Addressing Violence against Children: Mapping the Needs and Resources in Eight Cities across the World. [Internet]. Cambridge: Cambridge University; 2019 [cited 2021 Mar 12]. Available from: https://www.end-violence.org/sites/default/files/paragraphs/download/EBLS%20Nara%20Report_.pdf

8. Honda C, Yoshioka-Maeda K, Iwasaki-Motegi R. Child abuse and neglect prevention by public health nurses during the COVID-19 pandemic in Japan. J Adv Nurs. 2020 Nov;76(11):2792-3. doi: <http://doi.org/10.1111/jan.14526>

9. Rizvi MB, Conners GP, King KC, Lopez RA, Rabiner J. Pennsylvania Child Abuse Recognition and Reporting. 2021 Mar 10 [cited 2021 Mar 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565852/>

10. Silva MS, Milbrath VM, Santos BA, Bazzan JS, Gabatz RIB, Freitag VL. Nursing care for child/adolescent victims of violence: integrative review. Rev Fun Care Online. 2020;12:115-23. doi: <http://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7102>

11. Sathiadhas MG, Viswalingam A, Vijayaratnam K. Child abuse and neglect in the Jaffna district of Sri Lanka – a study on knowledge attitude practices and behavior of health care

- professionals. *BCM Pediatrics*. 2018;18(52):1-9. doi: <http://doi.org/10.1186/s12887-018-1138-3>
12. Barrenechea LI, Ribeiro CC, Canva AML, Azevedo OP. Nurses' perception on violence against children and adolescents by their companion in pediatric ward. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):1-8. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0495>
13. Garcia GS, Marañón R, Muñoz MM, Volle SL, García-Morín M, García AR. Child abuse in the Emergency department: epidemiology, management, and follow-up. *An Pediatr (Barc)*. 2019; 91(1). doi: <http://doi.org/10.1016/j.anpede.2018.09.005>
14. Elarousy W, Abed S. Barriers that inhibit reporting suspected cases of child abuse and neglect among nurses in a public hospital, Jeddah, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*. 2019 Aug 19;25(6):413-21. doi: <http://doi.org/10.26719/emhj.18.055>
15. Paek SH, Kwak YH, Noh H, Jung JH. A survey on the perception and attitude change of first-line healthcare providers after child abuse education in South Korea: A pilot study. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(2):1-7. doi: <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000014085>
16. Silva PLN, Veloso GS, Queiroz BC, Ruas EFG, Alves CR, Oliveira VV. Challenges of nurses' performance in the face child and adolescent sexual violence. *J Nurs Health*. 2021;11(2):e2111219482. doi: <https://doi.org/10.15210/JONAH.V11I2.19482>
17. Egry EY, Apostolico MR, Morais, TCP. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(1):83-92. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>
18. Poropat F, Canuto A, Caddeo G, Predonzani E, Novello L, Zorzetto A, et al. Judicial outcome and follow-up of abused child protection acts in a pediatric emergency department: 12-year experience in a third level pediatric hospital. *Ital J Pediatr*. 2020;46(1):1-6. doi: <http://doi.org/10.1186/s13052-020-00823-6>
19. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizator. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001. p.17-44.
20. Silva MS, Milbrath VM, Santos BA, Bazzan JS, Gabatz RIB, Freitag VL. Nursing care for child/adolescent victims of violence: integrative review. *Rev Pesq Cuid Fundam Online [Internet]*. 2021 May [cited 2021 Jul 23];12:115-23. Available from: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7102>
21. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizators. *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2ª ed. Goiânia: AB Editora; 2000. p. 27-38.
22. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
23. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Cad Saúde Pública*. 2008 Jan;24(1):17-27. doi: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
24. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). [Internet]. Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição da Universidade Federal de Santa Catarina; 2018 [cited 2020 Oct 15] Available from: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>
25. Abric JC. L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique. In: Guimelli C, organizator. *Structures et transformations des Représentations Sociales*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé; 1994. p. 73-84.
26. Salvati ME. Manual do Aplicativo IRAMuTeQ (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3). [Internet]. Planaltina: EMBRAPA Cerrados; 2017 [cited 2020 Oct 15] Available from: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salvati>
27. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
28. Marinho RAQC, Aguiar RS. Primary attention as a structuring axis of the reduction of violence indicators against children and adolescents. *REVISA*. 2019 Jun;8(2):228-41. doi: <http://doi.org/10.36239/revisa.v8.n2.p228a241>
29. Carlos DM, Pádua EMM, Ferriani MGC. Violence against children and adolescents: the perspective of Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2017 Jun;70(3):511-8. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0471>
30. Mendonça CS, Machado DF, Almeida MAS, Castanheira ERL. Violence and Primary Health Care in Brazil: an integrative literature review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020 Jun;25(6):2247-57. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018>
31. Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Public health agendas addressing violence against rural women - an analysis of local level health services in the State of Rio Grande do Sul, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 May;20(5):1379-87. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015205.04412014>
32. Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IS, Brilhante AVM. Factors associated with the report and adolescent abuse in primary healthcare. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(10):4267-76. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-812320141910.17052013>
33. Góes FGB, Silva MA, Paula GK, Oliveira LPM, Mello NC, Silveira SSD. Nurses' contributions to good practices in child care: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 6):2808-17. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0416>

34. Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto JEP, Amorim LDAF. Adolescent and youth access to primary health care services in a city in the state of Bahia, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2019 Jan 21;35(1):1-15. doi: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00044718>
35. Silva RF, Engstrom EM. Comprehensive health care of teenagers by the Primary Health Care in the Brazilian territory: an integrative review. *Interface (Botucatu)*. 2020 Sep;24(Suppl 1):e190548. doi: <http://doi.org/10.1590/Interface.190548>
36. Vieira NMF, Deslandes SF. Family Health Strategies to tackle violence involving adolescents. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 May;21(5):1583-96. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015215.145420>
37. Rodrigues EAS, Tavares R, Melo VH, Silva JM, Melo EM. Violence and Primary Health Care: perceptions and experiences of professionals and users. *Saúde Debate*. 2018 Dec;42(Sp 4):55-66. doi: <http://doi.org/10.1590/0103-11042018s404>
38. Camargo DS, Castanheira ERL. Amplifying access: Team Embracement as a demand management strategy in Primary Health Care (APS). *Interface (Botucatu)*. 2020 Oct 05;24(Suppl. 1):e190600. doi: <http://doi.org/10.1590/Interface.190600>
39. Tiyyagura G, Schaeffer P, Gawel M, Leventhal JM, Auerbach M, Asnes AG. A Qualitative Study Examining Stakeholder Perspectives of a Local Child Abuse Program in Community Emergency Departments. *Acad Pediatr*. 2019 Jan 29;18(4):438-45. doi: <http://doi.org/10.1016/j.acap.2019.01.006>
40. Paek SH, Jung JH, Kwak YH, Kim DK, Ryu JM, Noh H, et al. Development of screening tool for child abuse in the korean emergency department. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Dec;97(51):e13724. doi: <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000013724>
41. Martins DC. Violência: abordagem, atuação e educação em enfermagem. *Cad. Graduação Ciênc Biol Saúde UNIT Sergipe*. [Internet] 2017 Oct [cited 2019 Apr 17];4(2):155-68. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/4603>
42. Fernandes FS, Cruz KD, Assis BF, Assis VKB, Nery FS. O Olhar do Enfermeiro no Reconhecimento de Violência Sexual em Crianças e Adolescentes durante o Atendimento Hospitalar. In: *Anais do Congresso Internacional de Enfermagem* [Internet]; 2017 May 9-12; Aracaju, SE. Aracaju: Universidade Tiradentes; 2017 [cited 2019 Oct 16]. Available from: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/5944>
43. Gomes A. *Enfermagem Forense*. Lisboa: Editora Lidel; 2014.
44. Martins-Júnior PA, Ribeiro DC, Peruch GSO, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Physical abuse of children and adolescents: do health professionals perceive and denounce? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019 Jul 22;24(7):2609-16. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018247.19482017>
45. Merrild CH, Frost L. Identifying signs of child neglect and abuse in general practice. *Dan Med J*. [Internet] 2021 [cited 2021 Mar 1];68(2):A05200396. Available from: <https://ugeskriftet.dk/dmj/identifying-signs-child-neglect-and-abuse-general-practice>
46. Tufford L, Lee B, Bogoy M, Wenghofer E, Etherington C, Thieu V, et al. Decision-Making and Relationship Competence When Reporting Suspected Physical Abuse and Child Neglect: An Objective Structured Clinical Evaluation. *Clin Soc Work J*. 2021 Feb;6:1-15. doi: <http://doi.org/10.1007/s10615-020-00785-6>

Contribución de los autores:

Concepción y dibujo de la pesquisa: Emanuella de Castro Marcolino, Renata Clemente dos Santos, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda. **Obtención de datos:** Emanuella de Castro Marcolino. **Análisis e interpretación de los datos:** Emanuella de Castro Marcolino, Francisco de Sales Clementino, Rafaella Queiroga Souto, Renata Clemente dos Santos, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda. **Análisis estadístico:** Emanuella de Castro Marcolino, Francisco de Sales Clementino, Rafaella Queiroga Souto, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda. **Redacción del manuscrito:** Emanuella de Castro Marcolino, Francisco de Sales Clementino, Rafaella Queiroga Souto, Renata Clemente dos Santos, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Emanuella de Castro Marcolino, Francisco de Sales Clementino, Rafaella Queiroga Souto, Renata Clemente dos Santos, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

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


Recibido: 05.05.2021

Aceptado: 12.09.2021

Editora Asociada:
Sueli Aparecida Frari Galera

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:
Emanuella de Castro Marcolino
E-mail: emanuella.de.castro@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-6135-8853>