

Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes realizada por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde¹

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

Objetivo: analisar os fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes, realizada por enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde. Método: estudo transversal, realizado com 616 enfermeiros. Foi utilizado um questionário contendo dados sociodemográficos, formação profissional, instrumentação e conhecimento sobre o tema, identificação e notificação de casos de maus-tratos. Análises bivariada e multivariada por regressão logística foram realizadas. Resultados: predominaram enfermeiros do sexo feminino, na faixa etária entre 21 e 32 anos, não casados, com cinco ou mais anos de formado, com pós-graduação e com cinco ou mais anos de trabalho. O modelo logístico final evidenciou que fatores como tempo de trabalho de cinco ou mais anos, a unidade de saúde possuir a ficha de notificação, saber para onde encaminhar os casos, não ter medo de envolvimento legal e achar vantajosa a notificação na atenção primária facilitam a efetivação do ato notificador. Conclusão: os resultados desta pesquisa, além de sensibilizar os enfermeiros para o problema, poderão ser utilizados pelos profissionais da gestão na orientação de estratégias para o cumprimento da notificação como dispositivo legal de garantia dos direitos de crianças e adolescentes.

Descritores: Notificação de Abuso; Violência; Criança; Adolescente; Atenção Primária à Saúde.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em municípios cearenses", apresentada à Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil. Apoio financeiro da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), Brasil, processo nº 306061/2008-2.

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

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

⁴ Enfermeira, aluna do curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁵ Enfermeira, aluna do curso de Especialização em Gestão e Auditoria de Sistemas e Serviços de Saúde, Faculdade Leão Sampaio, Fortaleza, CE, Brasil.

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

Correspondência:

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 é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Reconhecida mundialmente como problema social e de saúde pública em virtude do impacto que provoca na morbimortalidade da população e no cotidiano das experiências humanas⁽¹⁾, a violência apresenta profundo enraizamento nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como na consciência individual e na dinâmica cultural. Essa, quando dirigida a crianças e adolescentes implica tanto a transgressão do dever de proteção do adulto e da sociedade em geral como a banalização dos direitos da infância e adolescência, o que sinaliza a negação da garantia que crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento.

A dimensão do problema pode ser evidenciada em estudos que apontam que as violências contra crianças, adolescentes e jovens estão entre as principais causas de morte e adoecimentos em vários países⁽²⁻⁴⁾, inclusive no Brasil⁽⁵⁾. No cenário internacional, a magnitude desse fenômeno preocupa órgãos governamentais, pesquisadores e sociedade civil, pois as repercussões são significativas na vida futura desse grupo^(2,6).

No panorama nacional, como parte da estratégia de enfrentamento do problema, compete aos profissionais de saúde e educação a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes, tendo sido instituída pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁽⁷⁾. No setor saúde, essa prática é respaldada pela Portaria nº1.968/2001, que institucionalizou a notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes, atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁸⁾ e pela Portaria nº104/2011, que dispõe sobre a violência doméstica, sexual e/ou outras violências como o 45º evento de notificação compulsória⁽⁹⁾.

Como parte do modelo de atenção à saúde brasileira, a Atenção Primária à Saúde (APS) se configura em um nível privilegiado para a identificação e o manejo de situações de maus-tratos dirigidas à população infantojuvenil. Isso porque seu modelo visa a prevenção de doenças e/ou agravos e se utiliza da promoção da saúde como alicerce que favorece o enfrentamento da violência contra o grupo.

Nesse campo da saúde coletiva, o enfermeiro ganha destaque por deter formação acadêmica que o capacita para realizar ações que promovem a saúde, bem como o cuidado familiar⁽¹⁰⁾. Essa profissão vem incorporando novas

práticas que extrapolam o modelo técnico-curativista em virtude da complexidade das demandas da APS⁽¹¹⁾. Nesse contexto, os maus-tratos em crianças e adolescentes e seus desdobramentos reverberam no cotidiano das equipes de saúde da família e requerem do profissional enfermeiro, e dos demais, cuidado ético e legal, respondendo aos dispositivos que legislam sobre o tema.

Em contrapartida, investigações apontam que a notificação da violência na APS tem se mostrado desafiadora por vários motivos, incluindo o despreparo na identificação e condução de casos e o receio de represálias pessoais e profissionais⁽¹¹⁻¹²⁾. Nessa perspectiva, o estudo se mostra relevante ao elencar os fatores que facilitam o ato notificador de maus-tratos em crianças e adolescentes, no que diz respeito ao papel profissional e cidadão do enfermeiro na APS, aspecto ainda pouco abordado na literatura.

Espera-se que os resultados forneçam dados para o planejamento de ações que contribuam para a reorientação das práticas que envolvam a gestão e a atenção da APS, com a finalidade de efetivar a notificação. Dessa forma, objetivou-se analisar os fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes, realizada por enfermeiros que atuam na APS.

Métodos

Realizou-se uma análise de corte transversal, que utilizou como fonte de informações o banco de dados de uma pesquisa mais ampla, intitulada "Violência envolvendo crianças e adolescentes: fatores condicionantes, processo de notificação e mecanismos de enfrentamento", que teve como objetivo analisar a notificação pelos profissionais (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) da Equipe de Saúde da Família de maus-tratos em crianças e adolescentes, em municípios cearenses. Este artigo se reporta, especificamente, aos profissionais enfermeiros.

O Estado do Ceará é composto por 184 municípios. Este estudo abrangeu 46,2% desses, totalizando 85 cidades investigadas, contemplando todas as regiões de saúde do Estado (Figura 1).

A população de enfermeiros foi obtida com base nos dados fornecidos pelo Departamento da Atenção Básica (DAB) que, na época da pesquisa, contava com 1.014 enfermeiros e, desses, 616 (60,7%) responderam a esta pesquisa.

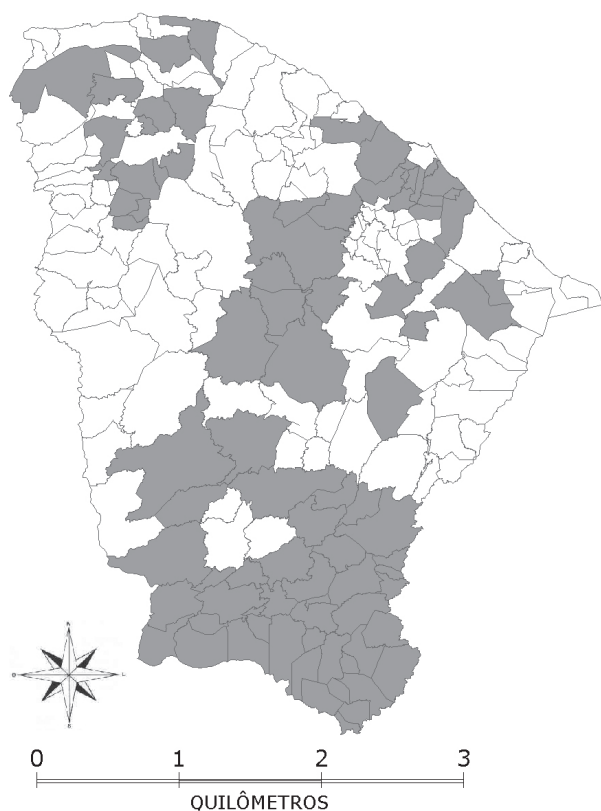


Figura 1 - Mapa do Estado do Ceará evidenciando os municípios investigados

A coleta de dados aconteceu nos anos de 2010 a 2012, por meio do envio de um conjunto de cartas-convite, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e questionários a todos os enfermeiros que trabalhavam na APS dos municípios participantes. Esses formulários, previamente organizados em envelopes lacrados e identificados por município, foram enviados aos gestores das Coordenadorias Regionais de Saúde e/ou às Secretarias Municipais de Saúde, que intermediaram a entrega aos enfermeiros de cada município. O retorno dos instrumentos preenchidos seguiu o fluxo inverso.

O questionário estruturado era composto por 32 questões adaptadas e revisadas, com os seguintes domínios analíticos: sociodemográfico, formação profissional, instrumentação e conhecimento sobre o tema, identificação e notificação de casos de maus-tratos em crianças e adolescentes.

O desfecho do estudo foi a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes e, como variáveis preditoras: sexo; idade; estado civil; tempo de formado; pós-graduação; tempo de trabalho na APS; e se participou de treinamento, conhece o ECA, conhece a ficha de notificação, ficha de notificação na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), confia nos órgãos de proteção, sabe para onde encaminhar os casos, medo

de envolvimento legal, se lê sobre a temática, se o assunto é discutido no trabalho, se conhece instituição de assistência à vítima e a vantagem de instituir a notificação na APS.

O teste qui-quadrado (χ^2) foi utilizado para analisar a associação entre o desfecho e as variáveis preditoras. Estabeleceu-se $p < 0,05$ para significância estatística. Seguiram-se a essas análises os procedimentos de modelagem múltipla por meio de regressão logística, incluindo no modelo as variáveis preditoras que mostraram associação ao desfecho com significância $p < 0,25$. Permaneceram no modelo múltiplo as variáveis no nível de significância $p < 0,05$. A força de associação entre o desfecho e as variáveis preditoras foi expressa em valores estimados de *Odds Ratio* (OR) bruto e ajustado, com Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Todos os questionários foram conferidos e inseridos no banco com dupla entrada, a fim de verificar a consistência dos dados, que foram digitados no programa SPSS (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versão 17.0. Para análise, utilizou-se o programa STATA (Stata Corp LP, College Station, TX 77845, USA), versão 11.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, sob Parecer nº072/2007.

Resultados

Os enfermeiros apresentaram média de idade de 32,5 anos (Desvio-Padrão - $dp \pm 7,6$). Observou-se o predomínio do seguinte perfil: sexo feminino (86,4%), faixa etária de 21 a 32 anos (60,1%), não casados (51,7%), com cinco ou mais anos de formado (59,2%), com pós-graduação (83,1%) e com cinco ou mais anos de trabalho na APS (52,4%).

Em relação à identificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na sua prática profissional, 56,9% dos enfermeiros relataram não ter identificado casos de maus-tratos, enquanto 43,1% afirmaram positivamente. Desses, 69,7% identificaram essas situações por meio do relato da vítima, parentes ou outros. Quanto à notificação dos casos identificados, 58,4% não notificaram as ocorrências e 41,6% realizaram esse procedimento.

As variáveis tempo de formado ($p = 0,004$) e tempo de trabalho na APS ($p = 0,004$) apresentaram associação estatisticamente significativa com a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes, enquanto sexo, idade, estado civil e pós-graduação apresentaram $p > 0,05$ (Tabela 1).

Participou de treinamento sobre a temática, conhece a ficha de notificação, ficha de notificação na UAPS, confia nos órgãos de proteção, sabe para onde encaminhar os casos, medo de envolvimento legal, lê sobre a temática e acha vantagem em instituir a notificação na APS apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho ($p < 0,05$), enquanto as demais variáveis não apresentaram diferença estatística (Tabela 2).

As variáveis selecionadas ($p < 0,25$) para a análise múltipla foram: tempo de formado, pós-graduação, tempo de trabalho na APS, participou de treinamento, conhece o ECA, conhece a ficha de notificação, ficha de notificação na UAPS, confia nos órgãos de proteção, sabe para onde encaminhar os casos, medo de envolvimento legal, lê sobre a temática, assunto é discutido no trabalho e acha vantagem instituir a notificação na APS.

Estão apresentados na Tabela 3 os resultados da regressão logística. No modelo logístico final, tempo de trabalho na APS, ficha de notificação na UAPS, sabe para onde encaminhar os casos, medo de envolvimento legal e acha vantagem em instituir a notificação na APS permaneceram associados ao desfecho.

Tempo de trabalho na APS de cinco ou mais anos aumentou 3,09 vezes a chance de o enfermeiro notificar maus-tratos. A posse da ficha pela UAPS aumentou em mais de três vezes a efetivação da notificação. Da mesma forma, saber para onde encaminhar os casos de maus-tratos aumentou 3,33 vezes a prática da notificação. Não ter medo de envolvimento legal quase dobrou a chance do ato notificatório. E achar vantagem em instituir a notificação de maus-tratos na APS aumentou quase três vezes a chance do cumprimento dos dispositivos que legislam sobre o ato notificatório (Tabela 3).

Tabela 1 - Análise bivariada entre notificação de maus-tratos, dados sociodemográficos e formação profissional de enfermeiros. Atenção Primária à Saúde, CE, Brasil, 2010-2012

Variável	Enfermeiro notificou maus-tratos				Não ajustada	
	Sim		Não		OR (IC95%)	p
	n	%	n	%		
Sexo (n=317)					1,10 (0,54–2,28)	0,763
Masculino	17	12,9	26	14,1		
Feminino	115	87,1	159	85,9		
Idade (em anos) (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		
Não casado	61	46,2	88	47,6		
Tempo de formado (n=317)					2,06 (1,21–3,55)	0,004
<5 anos	30	22,7	70	37,8		
≥5 anos	102	77,3	115	62,2		
Pós-Graduação (n=315)					1,56 (0,73–3,43)	0,212
Sim	118	90,1	157	85,3		
Não	13	9,9	27	14,7		
Tempo de trabalho na APS* (n=316)					1,99 (1,20–1,30)	0,004
<5 anos	38	71,0	83	44,9		
≥5 anos	93	29,0	102	55,1		

*APS – Atenção Primária à Saúde.

Tabela 2 - Análise bivariada entre notificação de maus-tratos, instrumentação e conhecimento de enfermeiros. Atenção Primária à Saúde, CE, Brasil, 2010-2012

Variável	Enfermeiro notificou maus-tratos				Não ajustada	
	Sim		Não		OR (IC95%)	p
	n	%	n	%		
Participou de treinamento (n=313)					2,46 (1,49–4,06)	<0,001
Sim	64	48,5	50	27,6		
Não	68	51,5	131	72,4		
Conhece o ECA* (n=315)					1,60 (0,81–3,26)	0,146
Sim	114	87,7	151	81,6		
Não	16	12,3	34	18,4		

(continua...)

Tabela 2 - *continuação*

Variável	Enfermeiro notificou maus-tratos				Não ajustada	
	Sim		Não		OR (IC95%)	p
	n	%	n	%		
Conhece a ficha de notificação (n=315)					3,96 (2,28–6,98)	<0,001
Sim	107	81,1	95	51,9		
Não	25	18,9	88	48,1		
Ficha de notificação na UAPS† (n=307)					3,47 (2,10–5,75)	<0,001
Sim	79	62,7	59	32,6		
Não	47	37,3	122	67,4		
Confia nos órgãos de proteção (n=310)					1,67 (1,02–2,76)	0,030
Sim	86	67,2	100	54,9		
Não	42	32,8	82	45,1		
Sabe para onde encaminhar (n=311)					4,17 (2,11–8,71)	<0,001
Sim	116	89,9	124	68,1		
Não	13	10,1	58	31,9		
Medo de envolvimento legal (n=309)					1,57 (0,97–2,55)	0,049
Sim	61	48,0	108	59,3		
Não	66	52,0	74	40,7		
Lê sobre a temática (n=317)					1,61 (0,98–2,63)	0,042
Sim	56	42,4	58	31,3		
Não	76	57,6	127	68,7		
Assunto é discutido no trabalho (n=317)					1,42 (0,88–2,28)	0,121
Sim	73	55,3	86	46,5		
Não	59	44,7	99	53,5		
Conhece instituição assiste à vítima (n=311)					1,20 (0,68–2,10)	0,491
Sim	33	25,8	41	22,4		
Não	95	74,2	142	77,6		
Acha vantagem instituir à notificação na APS‡ (n=314)					2,40 (1,08–5,73)	0,019
Sim	122	92,4	152	83,5		
Não	10	7,6	30	16,5		

*ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

†UAPS: Unidade Atenção Primária à Saúde

‡APS: Atenção Primária à Saúde

Tabela 3 - Análise multivariada entre notificação de maus-tratos e fatores associados. Atenção Primária à Saúde, CE, Brasil, 2010-2012

Variável	Enfermeiro notificou maus-tratos				Ajustada	
	Sim		Não		OR (IC95%)	p
	n	%	n	%		
Tempo de trabalho na APS* (n=316)					3,09 (1,74–5,49)	<0,001
<5 anos	38	71,0	83	44,9		
≥5 anos	93	29,0	102	55,1		
Ficha de notificação na UAPS† (n=307)					3,73 (2,18–6,38)	<0,001
Sim	79	62,7	59	32,6		
Não	47	37,3	122	67,4		
Sabe para onde encaminhar (n=311)					3,33 (1,60–6,93)	0,001
Sim	116	89,9	124	68,1		
Não	13	10,1	58	31,9		
Tem medo de envolvimento legal (n=309)					1,87 (1,09–3,20)	0,021
Sim	61	48,0	108	59,3		
Não	66	52,0	74	40,7		
Acha vantagem instituir à notificação na APS* (n=314)					2,83 (1,21–6,63)	0,016
Sim	122	92,4	152	83,5		
Não	10	7,6	30	16,5		

*APS: Atenção Primária à Saúde

†UAPS: Unidade de Atenção Primária à Saúde

Discussão

Apesar de o estudo se reportar aos fatores associados ao ato notificador entre os enfermeiros da APS, os dados mostram que predomina a não notificação, mesmo em situações identificadas de maus-tratos em crianças e adolescentes. É possível inferir que a organização do processo de trabalho no contexto da APS para o enfrentamento de demandas sociais não está respondendo às diretrizes políticas e aos princípios que tentam reorientar o modelo de atenção à saúde.

Essa fragilidade na prática de enfermeiros diante da notificação também é verificada em outras regiões brasileiras^(11,13) e em países inseridos em diferentes contextos socioculturais⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Em Israel, pesquisa empreendida com 143 enfermeiros e 42 médicos revelou que 60,0% dos profissionais não relataram casos de maus-tratos⁽¹⁶⁾. Nos EUA, apesar de os sistemas de atendimento serem mais aprimorados e a notificação ter sido estabelecida há mais tempo, ainda verificam-se barreiras que impedem os enfermeiros de efetivarem esse ato⁽¹⁵⁾.

Uma das explicações para a subnotificação encontrada pode ser a internalização equivocada do vocábulo “notificação”, pois, cultural e historicamente, encontra-se associado à denúncia⁽¹⁷⁾. Nesse sentido, considerando a questão da aproximação do profissional de saúde que atua na APS com a comunidade e o território – seguindo a lógica do modelo de saúde brasileiro –, o enfermeiro pode estar adquirindo uma postura retraída no enfrentamento de questões delicadas e complexas, como é o caso da violência. Essa barreira é entendida aqui como fator de dificuldade no enfrentamento da questão, pois a subnotificação gera desconhecimento da magnitude do problema por parte da gestão em saúde, que depende de informações de nível local para a implantação de políticas de enfrentamento.

A associação entre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes com maior tempo de trabalho na APS, apontada na análise, demonstra que profissionais com maior experiência profissional se sentem mais preparados para lidar com a problemática. Sobre esse achado, é possível partir da hipótese de que o profissional que desenvolve atividades na APS há mais tempo pode ter tido mais oportunidades de vivenciar situações de violência e, portanto, pode ter tido mais aproximação com o manejo adequado de casos. A importância da experiência em serviço é sinalizada em estudo⁽¹⁸⁾, que mostra que “o contato cotidiano com a violência à criança desperta no profissional um estado

de atenção que o mobiliza a identificar sinais de alerta para detectar a violência”.

Outra hipótese que emerge é que esses enfermeiros podem ter aperfeiçoado o modo de lidar com as condições de maus-tratos, incluindo a decisão de notificar, a partir do amadurecimento profissional e de capacitações sobre o tema. A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) tem promovido treinamentos sistemáticos sobre o enfrentamento de violências, com foco na reorientação da prática de profissionais da APS. Alguns dos enfermeiros que compuseram a amostra do estudo podem ter sido alvo dessas capacitações, justificando o aumento da chance de notificar.

A presença da ficha de notificação na UAPS também se mostrou associada à notificação realizada por enfermeiros. Sobre esse aspecto, outras investigações já mostraram que a existência de protocolos que firmem condutas na unidade de saúde propicia a instrumentação dos profissionais para a atuação no tema, mesmo que esse instrumento não seja a ficha de notificação, pois podem existir outras formas de padronização da comunicação das formas de violências às autoridades competentes⁽¹⁹⁾.

Dessa forma, a gestão deve garantir, no mínimo, o material necessário para uma prática de qualidade na APS. Queixas de profissionais e usuários sobre a fragilidade da estrutura física e a insuficiência de insumos em unidades de saúde são frequentemente apontadas pela mídia brasileira e confirmadas pela literatura⁽²⁰⁻²¹⁾. Esse resultado confirma que a resolução dessas carências é prioritária, pois compromete o fluxo de atendimento do serviço, inviabilizando procedimentos que culminem com soluções preconizadas na legislação.

Foi evidenciado que saber para onde encaminhar os casos aumenta a chance de os profissionais notificarem. De alguma forma, isso pode refletir o compromisso dos enfermeiros com a saúde integral de crianças e adolescentes em situação de violência e sua confiança nos órgãos de apoio e proteção. Estudos destacam o enfermeiro como profissional importante no manejo de casos de maus-tratos na APS, especialmente quando comparados a outras categorias profissionais⁽¹¹⁻¹²⁾.

Por outro lado, ao encaminhar os casos de violência e ter a sensação de dever cumprido (de acordo com a legislação), o enfermeiro “encerraria” a sua coparticipação no acompanhamento desse caso? Ensenaria que esses casos fossem monitorados por outras categorias profissionais que formam a rede de apoio e proteção a esse grupo? Como as condições de violências ainda não foram internalizadas no processo

de trabalho em saúde, muitas vezes, os profissionais não se percebem habilitados e com competências para o enfrentamento do problema. Pesquisa⁽¹¹⁾ evidencia relatos de enfermeiros da APS que demonstraram encarar o problema dos maus-tratos infantojuvenis como competência de outros profissionais (assistente social e psicólogo).

O fato de o enfermeiro não ter medo de envolvimento legal também favoreceu o cumprimento da notificação de casos de maus-tratos. O dado ratifica que é imprescindível uma rede de proteção e apoio às pessoas que sofrem violências, bem como aos profissionais responsáveis pelo ato notificatório. Instaurar e articular essa rede compete aos gestores, envolvendo as três esferas governamentais. Essa rede deve estar integrada a outros segmentos sociais, chamando-se a atenção para a importância do suporte do Ministério Público na responsabilização dos perpetradores, minimizando possíveis represálias pessoais e profissionais.

Investigação sinaliza que é real o dilema de o profissional da atenção primária, mesmo ciente de sua obrigação legal, optar pela "política da boa vizinhança", a fim de garantir sua própria segurança no ambiente de trabalho, quando exposto às situações que colocam em risco a sua integridade física e moral⁽¹¹⁾.

Outro aspecto relevante desta pesquisa é que enfermeiros que relataram considerar vantagem a instituição da notificação na APS estão mais propícios a realizar esse procedimento. Atendendo a concepção socio-sanitária, possivelmente esses profissionais reconhecem a importância do vínculo com o território vivo e entendem o núcleo familiar como força motriz no resgate de valores. Além disso, percebem a violência como um problema do setor saúde, reconhecendo o conceito de saúde multidimensional tratado na Constituição brasileira⁽²²⁾.

Diante dessas interpretações que se pressupõem válidas, cabe apontar as limitações do estudo. A adesão de 60,7%, apesar de constituir a maioria dos enfermeiros, pode-se supor que represente os mais comprometidos com as ações de saúde; os que tenham mais afinidade com a temática; e/ou os que apresentem maior conhecimento decorrente de capacitações prévias. Não obstante essas ponderações, que justificariam percentuais significativos de notificações realizadas, evidenciaram-se fragilidades na identificação e no cumprimento da notificação de maus-tratos. Acrescenta-se, ainda, que os achados da população estudada, de nível primário, não são generalizáveis para o conjunto geral de enfermeiros, embora os dados apresentados

também estejam em consonância com a literatura que retrata outros níveis de atenção à saúde.

Conclusão

Este estudo elucidou aspectos relacionados à notificação, por enfermeiros da APS, de maus-tratos em crianças e adolescentes. O modelo logístico evidenciou que fatores como tempo de trabalho na APS de cinco ou mais anos, UAPS possuir a ficha de notificação, saber para onde encaminhar os casos, não ter medo de envolvimento legal e achar vantajosa a notificação na APS facilitam o cumprimento desse dispositivo legal de garantia dos direitos do grupo.

Acredita-se que esses resultados, aqui, além de sensibilizar os enfermeiros para o problema, poderão ser utilizados pelos profissionais da gestão na orientação de estratégias para efetivação do ato notificatório. Esta pesquisa revela a necessidade de incluir, no planejamento dos serviços de saúde da APS, processos de educação permanente que instiguem a reflexão dos profissionais da atenção e da gestão, para identificar fatores intervenientes que estão perpetuando as subnotificações de violências contra crianças e adolescentes e, ao mesmo tempo, fragilizando a efetivação de um sistema de garantia de direitos.

Referências

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.

Recebido: 28.2.2014

Aceito: 15.10.2014