



Precisión de diagnósticos de enfermería para el enfrentamiento de la violencia doméstica infantil*

Acurácia de diagnósticos de enfermagem para o enfrentamento da violência doméstica infantil
Accuracy of nursing diagnoses for identifying domestic violence against children

Maíra Rosa Apostólico¹, Emiko Yoshikawa Egry², Lucimara Fabiana Fornari², Rafaela Gessner²

Como citar este artículo:

Apostólico MR, Egry EY, Fornari LF, Gessner R. Accuracy of nursing diagnoses for identifying domestic violence against children. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03290. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017019103290>

* Los Diagnósticos de Enfermería de los Cuadros 1 y 2 son libres traducciones en español, ya que no se han sometido a ninguna adaptación transcultural.

¹ Universidade Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Identify nursing diagnoses involving a hypothetical situation of domestic violence against a child and the respective degrees of accuracy. **Method:** An exploratory, evaluative, case study was conducted using a quantitative and qualitative approach, with data collected using an online instrument from 26 nurses working in the Municipal Health Network, between June and August 2010, in Curitiba, and also during the first half of 2014 in São Paulo. Both of these cities are in Brazil. Nursing diagnoses and interventions from the International Classification of Nursing Practices in Collective Health were provided, and accuracy was verified using the Nursing Diagnosis Accuracy Scale. **Results:** Thirty-nine nursing diagnoses were identified, 27 of which were common to both cities. Of these, 15 were scored at the null level of accuracy, 11 at high accuracy and 1 at medium accuracy. **Conclusion:** The difficulty the nurses had in defining diagnoses may be associated with the fact that nursing care generally focuses on clinical problems, and signs expressing situations of domestic violence against children go unnoticed. The results demonstrated the difficulty of participants in selecting the appropriate nursing diagnosis for the case in question.

DESCRIPTORS

Child Abuse; Domestic Violence; Nursing Diagnosis; Primary Care Nursing.

Autor correspondiente:

Emiko Yoshikawa Egry
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Cerqueira César
CEP 05403-000 – São Paulo, SP, Brasil
emiyegry@usp.br

Recibido: 19/04/2017
Aprobado: 09/09/2017

INTRODUCCIÓN

La violencia doméstica infantil es un problema global, que progresivamente contribuye al aumento de las tasas de mortalidad infantil. Datos de la Organización Mundial de la Salud⁽¹⁾ divulgados en informe del año de 2008 revelaron aproximadamente 57.000 muertes y alertan de la existencia de un número considerable de víctimas de injurias no fatales, las que no fueron precisamente determinadas en virtud de las inmensas variaciones entre las fuentes de información y los sistemas de notificación. La gravedad de ese fenómeno en Brasil puede averiguarse por las 21.199 notificaciones de violencia contra niños de 0 a 9 años, en los años 2009 y 2010. Además, las principales atenciones fueron debido a la negligencia (35,6%), violencia sexual (35,6%) y violencia física (32,8%)⁽²⁾.

La Atención Primaria de Salud (APS) despunta como sitio privilegiado para el enfrentamiento de esa problemática, pues su inserción estratégica en el territorio favorece el reconocimiento y la atención de los niños en situación de violencia. Investigación realizada en los países latinoamericanos y caribeños muestra que todavía faltan protocolos y entrenamientos de recursos humanos para hacer frente al fenómeno. El enfrentamiento a la violencia infantil carece de un abordaje que considere la identificación y el tratamiento de los casos, la proposición de acciones de prevención, la interpretación de situaciones de riesgo y vulnerabilidades de grupos específicos, el vínculo con las familias y, sobre todo, la articulación con otros servicios y organizaciones de la sociedad⁽³⁻⁴⁾.

La consulta de enfermería permite verificar las necesidades sanitarias por medio del razonamiento clínico y así identificar los diagnósticos de enfermería (DE) mediante un sistema clasificatorio que hace el embasamiento de las intervenciones, fortalece el carácter científico y produce acciones de cuidado directo e indirecto⁽⁵⁾. Sin embargo, la complejidad en la identificación y elaboración del diagnóstico de enfermería y la influencia de impresiones subjetivas del diagnosticador hacen el proceso de razonamiento clínico pasible de errores de juicio, sobre todo cuando conducido de modo no estructurado⁽⁶⁾.

Como apoyo al proceso, la Enfermería cuenta con los sistemas clasificatorios, destacándose la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería en Salud Colectiva (CIPESC®), que consiste en un inventario de vocabulario y posibilita la elaboración de enunciados de diagnósticos e intervenciones de enfermería en la práctica de la APS^(4,7). El uso de un sistema clasificatorio puede instrumentalizar al enfermero para el enfrentamiento de la violencia doméstica infantil⁽⁸⁾. La CIPESC® es un derivativo de la CIPE (Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería), y los primeros estudios acerca de la importancia del sistema clasificatorio y la violencia se encuentran en el artículo de Coler y colaboradores acerca de la violencia social⁽⁹⁾.

Los sistemas clasificatorios pueden perfeccionar competencias intelectuales, técnicas e interpersonales necesarias para el pensamiento crítico y desarrollo de la precisión diagnóstica⁽¹⁰⁾. Precisión de un DE se refiere a la relevancia,

especificidad y consistencia de los datos inventariados durante la anamnesis, siendo fundamental para subsidiar la toma de decisión del profesional⁽¹¹⁾.

La precisión no es inmutable, pues describe el estado actual de la persona/familia/comunidad, el que puede rápidamente modificarse⁽¹²⁾; no obstante, las intervenciones planteadas mediante diagnósticos precisos producen mejores resultados, una documentación de enfermería menos redundante, más eficiente y, por consecuencia, un resultado enfermero positivo⁽¹³⁾. Varios diseños e instrumentos se han desarrollado para la verificación de precisión de diagnósticos de enfermería⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ y, en este estudio, para evaluar la precisión se utilizó el *Lunney Scoring Method for Rating Accuracy of Nursing Diagnoses*⁽¹⁶⁾. En Brasil, su versión adaptada se intitula *Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem* (Escala de Precisión de Diagnósticos de Enfermería), la EADE, por su sigla en portugués⁽¹⁷⁾.

Estudio realizado en Curitiba/Paraná, Brasil, demostró la contradicción entre la cantidad de casos de violencia infantil notificados y los registros de DE específicos de violencia en las consultas de enfermería realizadas en la APS⁽¹⁸⁾. Dicha contradicción ilustra la necesidad de estudiarse la precisión de DE relativos a la violencia doméstica infantil, suscitada por el tema orientador de este estudio: ¿son precisos los diagnósticos atribuidos a un caso hipotético de violencia doméstica, permitiendo al profesional dirigir sus intervenciones para modificar el diagnóstico previo? Pese a la relevancia, todavía no existen investigaciones que aborden esa temática.

Admitiéndose que de los focos de la práctica de la enfermería emergen los DE y las respectivas intervenciones para superación de las vulnerabilidades identificadas, este estudio tuvo como fin identificar los DE atribuidos a una situación hipotética de violencia doméstica infantil y los respectivos grados de precisión. El estudio podrá subsidiar la atención sanitaria del niño en el enfrentamiento de la violencia doméstica, así como auxiliar en la formación y cualificación de los profesionales de enfermería.

MÉTODO

Estudio exploratorio, de abordaje cualitativo, en que se utilizó la técnica de estudio de caso con recolección de datos en fuente primaria. La recolección de datos se llevó a cabo en Curitiba, Paraná, con enfermeros de la Red Municipal de Salud, entre los meses de junio y agosto de 2010, y, en São Paulo, participaron enfermeros del Distrito Capão Redondo durante el primer semestre de 2014. Todos los enfermeros que trabajaban en la Red Municipal de Curitiba y en el Distrito Capão Redondo, a la época de la recolección, fueron invitados mediante carta impresa y mensaje electrónico. Para cada escenario, 13 profesionales respondieron al estudio de caso.

Los criterios de inclusión adoptados fueron ser enfermero/a de la APS, con como mínimo seis meses de actuación profesional y haber asistido, como mínimo, un caso de violencia infantil, aunque el tema de la violencia sea cotidiano en las unidades básicas de salud y los enfermeros tengan proximidad con innumerables casos.

Dos aspectos son relevantes y justifican la selección de los escenarios. En Curitiba existe una Red de Protección al niño y adolescentes en situación de riesgo para violencia actuante

desde el 2004⁽¹⁹⁾ y una ficha electrónica para registro de las consultas de enfermería, con la CIPESC® como sistema clasificatorio integrado a la ficha desde 2004. En São Paulo, el enfrentamiento de la violencia doméstica infantil se realiza a partir de las directrices normativas para el tema, sin que exista, no obstante, una Red con las mismas características del otro escenario. El uso de la CIPESC® en São Paulo, aunque sea frecuente, es de elección del profesional y no está disponible en base informatizada.

En la recolección de datos, se utilizó un instrumento en línea que presentaba un estudio de caso hipotético⁽⁷⁾. Los trechos subrayados señalan las pistas del caso que deberían ser identificadas por los participantes y consideradas en la descripción de los diagnósticos. La nomenclatura CIPESC® fue facilitada en árbol, reducida del original, excluyéndose los diagnósticos que se relacionan con enfermedades crónicas y no aplicables al caso y manteniendo la distribución original en 23 grupos de necesidades y 101 DE, con las respectivas intervenciones⁽⁷⁾.

El caso presentado tenía la siguiente redacción:

“es el caso de una niña que había menstruado hacía 6 meses y empezó a relatarme que ya deseaba tener relación sexual. Y ella no tenía mucha intimidad para hablar de eso con la madre. La madre es alcohólica y vive promiscuamente con cualquier compañero dentro de casa. Además de esa adolescente, en la familia hay dos niños más de seis y nueve años y otra niña que va a cumplir 10 años. Es una familia totalmente desestructurada. Después de unos cuatro meses, la niña vino hacer el primer test de embarazo. Fue cuando la unidad se quedó asustada, porque la niña tenía solamente 11 años de edad. Ella pasó por consulta, el doctor orientó el uso de anticoncepcional y la niña lo rechazó porque deseaba realmente quedarse embarazada. Y luego hacía testes cada 15 días, señal de que tenía relaciones sexuales con cualquier persona de la calle. Comprendemos que se estaba prostituyendo y la madre no lo sabía. Decía que no sabía. La niña está fuera de la escuela y si uno visita el barrio encuentra a la adolescente con ropas poco convencionales para su edad, con cualquier persona. En la consulta médica, la niña necesita estar acompañada de su madre, pero ella lo rechaza porque no quiere que la madre sepa lo que está haciendo ella. Relató que quería ser madre, que quería quedarse embarazada y nosotros la derivamos al psicólogo para descubrir por qué deseaba ella ser madre tan pronto. Descubrimos que la historia de esa niña era mucho más compleja de lo que se imaginaba. La niña había sido violada desde los nueve años, por miembros de la familia”.

Para estimar la correspondencia entre los datos presentados en el estudio de caso y los diagnósticos seleccionados por los entrevistados se utilizó la EADE. Los enfermeros participantes analizaron el caso y seleccionaron los diagnósticos e intervenciones. La aplicación de la EADE las hizo las investigadoras, considerándose los criterios de relevancia, consistencia y especificidad de las pistas presentes en el caso analizado. La puntuación varió entre 0 (precisión nula), 1,0 a 4,5 (precisión moderada) y 8,0 a 12,5 (precisión alta)⁽¹¹⁾. La escala fue aplicada por las investigadoras individualmente y se admitió el resultado válido en las concordancias mínimas de dos tercios. Las discordancias fueron discutidas entre las investigadoras y se adoptó la respuesta consensual.

La pequeña cantidad de datos inviabilizó la verificación de concordancias estadísticamente significativas.

Al tratarse de investigación involucrando a seres humanos, ambos proyectos los aprobó el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidade de São Paulo, así como las Secretarías Municipales de Salud correspondientes a los escenarios, bajo el número de expediente 829/09 (Resolución del Consejo Nacional de Salud, Orden 196/96) y dictamen 32299/12 (Resolución del Consejo Nacional de Salud, Orden 466/12).

RESULTADOS

En el escenario Curitiba, participaron 12 mujeres y un hombre, de los que seis entrevistados presentaban menos de cinco años de experiencia en la APS, cuatro tenían de 06 a 10 años y tres más de 11 años de experiencia. Nueve enfermeros habían recibido entrenamiento previo para el uso de la CIPESC® y 11 informaron utilizar esa herramienta en las consultas de enfermería. En el Distrito Capão Redondo, participaron 12 mujeres y un hombre, siendo que 10 presentaban menos de cinco años de experiencia en la APS. Siete entrevistados realizaron entrenamiento previo para el uso de la CIPESC® y todos relataron utilizarla en la práctica profesional.

La nomenclatura CIPESC® utilizada en el estudio de caso posibilitó la identificación de 39 DE (entre los 101 facilitados), de los que 27 fueron comunes a ambos escenarios, dos fueron identificados en el Distrito Capão Redondo y 10 solo en Curitiba. Estos 39 DE corresponden a 16 necesidades afectadas, entre las previstas por la CIPESC®. Vale resaltar que para una misma necesidad fueron atribuidos diagnósticos distintos y con precisiones diferentes.

El Cuadro 1 describe las necesidades afectadas, los respectivos diagnósticos comunes a ambos escenarios y la precisión verificada tras la aplicación de la EADE. El número de accionamientos (Cuadro 1) corresponde a los enfermeros participantes que eligieron un determinado diagnóstico. Para los DE comunes a ambos escenarios, se observó que los enfermeros participantes accionaron 15 diagnósticos evaluados con precisión nula, 11 con alta precisión y solo uno se clasificó con precisión moderada. Los dos DE más accionados y evaluados con alta precisión fueron Abuso Sexual (necesidad Ambiente), seguido de Actividad Sexual Insatisfactoria (necesidad Sexualidad). El tercer DE más accionado fue el de Autocuidado Inadecuado (necesidad Cuidado Corporal), sin embargo, ese diagnóstico se clasifica como de precisión nula, pues no hay elementos que lo definan en la situación presentada.

Los grupos de necesidades más destacados entre los DE accionados fueron: Ambiente, con 28 accionamientos; Gregaria, con 23 accionamientos de DE; y Aprendizaje – Educación Sanitaria, con 19 accionamientos.

Los resultados, heterogéneos y divergentes, retratan la dificultad expresada por los participantes en seleccionar los DE apropiados para el caso y priorizar los focos de práctica. Se observó que el DE Abuso sexual es contundente con el caso presentado, pero no fue accionado por todos los participantes de la encuesta (16). En contrapartida, el DE Autocuidado Inadecuado evaluado con precisión nula fue empleado por 11 participantes (Cuadro 1).

Cuadro 1 – Diagnósticos de enfermería identificados por los participantes, en los escenarios São Paulo y Curitiba y respectivas necesidades, número de accionamientos y característica de la precisión según la aplicación de la EADE.

Necesidad	Diagnósticos de enfermería	Accionamientos	Precisión
Ambiente (PB)	Abuso sexual	16	Alta
	Riesgo para violencia doméstica	8	Alta
	Uso de alcohol y otras drogas	4	Moderada
Aprendizaje – Educación Sanitaria (PS)	Comprensión comprometida	5	Nula
	Procesamiento de información limitado	4	Nula
	Prevención del embarazo: métodos de barrera	4	Nula
	Conocimiento insuficiente sobre el estado de salud actual	2	Nula
	Prevención del embarazo: métodos hormonales	4	Nula
Autoimagen (PS)	Imagen corporal distorsionada	8	Alta
Crecimiento y desarrollo (PB)	Desarrollo del niño inadecuado	4	Nula
	Madurez femenina adecuada	2	Nula
Cuidado corporal (PB)	Autocuidado inadecuado	11	Nula
	Higiene de los genitales modificada	3	Nula
Gregaria (PS)	Relación familiar conflictiva	6	Alta
	Vínculo madre e hijo comprometido	3	Alta
	Apoyo familiar perjudicado	3	Alta
	Vínculo conflictivos	2	Alta
	Vínculo familiar ausente	8	Nula
Libertad (PS)	Toma de decisión comprometida	7	Alta
Recreación (PS)	Actividad recreativa deficiente en el niño	4	Alta
Regulación inmunológica (PB)	Estado inmunológico comprometido	2	Nula
Reproducción (PB)	Embarazo no deseado	3	Nula
	Riesgo para aborto	4	Nula
Seguridad (PS)	Vergüenza presente en la mujer víctima de violencia	7	Alta
	Negación	4	Nula
Sexualidad (PB)	Actividad sexual insatisfactoria	12	Alta
Terapéutica (PB)	Uso de contraceptivo inadecuado	4	Nula

PS: necesidad psicosocial; PB: necesidad psicobiológica.

Fuente: Elaborado por los autores.

Ambos diagnósticos citados solo en el escenario São Paulo los accionó y clasificó con alta precisión solo un enfermero: Autoestima perjudicada (necesidad psicosocial Autoestima) y Relación interpersonal comprometida (necesidad psicosocial Gregaria).

Los 10 DE identificados solo en el escenario Curitiba están descritos en el Cuadro 2. De esos, solo tres fueron evaluados con alta precisión: Enfrentamiento inadecuado, Derecho de ciudadanía limitado y Riesgo para soledad, pero los dos últimos los indicó solo un participante cada.

DISCUSIÓN

Este estudio identificó los DE, y los grados de precisión correspondientes, accionados por los enfermeros de la APS para un caso hipotético de violencia doméstica infantil. Los resultados mostraron la presencia de DE con precisión alta, moderada y nula en los escenarios de Curitiba y del Distrito Capão Redondo.

Se observó que 15 DE fueron evaluados con alto grado de precisión y 12 con precisión nula, señalando la complejidad del proceso de aplicación del DE, pues este puede

Cuadro 2 – Diagnósticos de enfermería identificados por los participantes del escenario Curitiba y característica de la precisión según la aplicación de la EADE.

Necesidad	Diagnósticos de enfermería	Accionamientos	Precisión
Crecimiento y desarrollo (PB)	Desarrollo del niño inadecuado	1	Nula
Cuidado corporal (PB)	Higiene oral inadecuada	1	Nula
Integridad cutáneo mucosa (PB)	Integridad de la piel comprometida en el niño	1	Nula
Participación (PS)	Enfrentamiento inadecuado	6	Alta
	Derecho de ciudadanía limitado	1	Alta
	Enfrentamiento ausente	2	Nula
Reproducción (PS)	Infertilidad	1	Nula
Seguridad (PS)	Riesgo para soledad	1	Alta
	Tristeza	1	Nula
	Ansiedad consecuente del estado de salud actual	1	Nula

PS: Necesidad psicosocial; PB: necesidad psicobiológica.

Fuente: Elaborado por los autores.

presentar diferentes abordajes. Resultado semejante fue encontrado por investigación que comparó la precisión diagnóstica entre estudiantes y residentes en Enfermería, con números aproximados de diagnósticos con alta precisión y precisión nula⁽²⁰⁾. Dicha complejidad también se observó por estudio realizado con estudiantes de pregrado de enfermería con respecto a la utilización de DE relacionados con salud de la persona mayor, el que identificó que el 68% de los DE seleccionados fueron de precisión nula⁽²¹⁾.

La dificultad de los enfermeros de definir los DE puede estar asociada con la estandarización de la atención de enfermería para la identificación de problemas clínicos, pasando desapercibidos señales que expresan situaciones de violencia doméstica infantil. Un solo dato no es suficiente para establecer cualquier diagnóstico preciso y, en el caso de la enfermería, la subjetividad de las respuestas humanas no permite una identificación precisa del diagnóstico, como en situaciones que pueden aprenderse por otros métodos diagnósticos, tales como análisis de laboratorio, imágenes, entre otros. De esa manera, la determinación de un diagnóstico de enfermería depende directamente de la habilidad del profesional y consecuentemente de su formación para actuación en determinadas situaciones sanitarias⁽¹⁵⁾.

Complementariamente, dependiendo de la urgencia en la toma de decisión, la precisión en identificar los DE puede no asumir relevancia para los profesionales. Dicha postura refleja la inadecuación del proceso de cuidar y revela inconsistencia en el conocimiento de los enfermeros sobre el establecimiento de diagnósticos con base en una estandarización taxonómica⁽²²⁾. La precisión nula también se observó en otros estudios que se propusieron a evaluar la precisión de DE para otros casos clínicos⁽²²⁻²³⁾. Por lo tanto, se hace necesaria la profundización y el desarrollo de la capacidad de diagnosticar de los enfermeros, sobre todo para mejora de la precisión diagnóstica, con interpretación de señales y síntomas a fin de promover cuidados más fidedignos y metas tangibles⁽²⁴⁾.

Pese a que la problemática que involucra la violencia doméstica infantil sea explícita en el caso hipotético, solo 16 enfermeros accionaron el DE para Abuso Sexual y 12 para Actividad Sexual Insatisfactoria con alto grado de precisión, desvelando la dificultad en el pensamiento crítico de esos profesionales. En este sentido, el pensamiento crítico es sustancial para mejorar la precisión de los DE, siendo fundamental para el desarrollo de las habilidades cognitivas del profesional⁽²⁵⁾.

La práctica de enfermería requiere la toma de decisiones complejas mediante razonamiento clínico y la habilidad para comunicación, con intervenciones generalmente implementadas en corto lapso temporal. Se desarrolla en el transcurso del proceso de formación y se perfecciona en la calificación profesional, a fin de promover un cuidado de enfermería seguro y eficaz, basado en evidencias científicas. Estudio brasileño mostró que enfermeros en el segundo año de programa de residencia en Enfermería identificaron menos diagnósticos de baja precisión que residentes de primer año y estudiantes de pregrado en Enfermería. Los

resultados apuntados por las investigadoras sugieren que el entrenamiento en servicio favorece el proceso de desarrollo de la precisión diagnóstica⁽²⁰⁾.

Sin embargo, una revisión bibliográfica reveló que el perfeccionamiento del razonamiento clínico está privilegiando el área de la enfermería hospitalaria, siendo pocos los estudios volcados a temas psicosociales que requieren estrategias más reflexivas capaces de promover el enfrentamiento de determinado fenómeno social⁽²⁶⁾, como es el caso de la violencia doméstica infantil.

Los resultados permitieron identificar accionamientos específicos de distintos DE en los escenarios estudiados: 10 DE en Curitiba y dos DE en el Distrito Capão Redondo. Dicha discrepancia puede estar relacionada con la existencia de la Red de Protección al Niño y al Adolescente en situación de violencia en el municipio de Curitiba, que viene capacitando a profesionales sanitarios para el enfrentamiento de la violencia infantil. Además, se están entrenando más a los profesionales de ese municipio para la implementación de la CIPESC® en la APS. La importancia de la calificación profesional para la precisión de DE fue demostrada por el estudio desarrollado por investigadora hindú⁽²⁷⁾, en el que los enfermeros sometidos a una intervención educativa relacionada con el uso de DE, pensamiento crítico y razonamiento clínico obtuvieron mejor precisión de los DE establecidos en estudios de caso hipotéticos.

Pese al número total de DE indicados en Curitiba haber sido mayor, el accionamiento de DE de alta precisión fue superior entre los participantes del Distrito Capão Redondo. Se puede llevar a cabo algunas especulaciones acerca de ese resultado: la experiencia profesional y el entorno social de mayor vulnerabilidad a la violencia asociada con esa región de São Paulo pueden haber hecho que los profesionales estuviesen más atentos a dicha problemática. De hecho, Capão Redondo presentó, entre los años de 2002 a 2011, tasas de violencia urbana cinco veces mayores que el promedio observado en lo restante del municipio de São Paulo⁽²⁸⁾. En lo que se refiere a los enfermeros de Curitiba, estos eran provenientes de diversas regiones de la ciudad, que mezclan grados de violencia variados. La ausencia de Red dirigida al enfrentamiento de la violencia doméstica infantil también puede haber influenciado a los profesionales a tomar para sí la responsabilidad de combatir esa problemática. Para validar esos supuestos, son necesarios nuevos estudios que relacionen aspectos de la vulnerabilidad con la violencia infantil en el marco de actuación de los profesionales con la precisión de DE.

La dificultad de los profesionales de Curitiba y Capão Redondo de seleccionar DE relacionados con la violencia infantil con alta precisión puede reflejar la invisibilidad de la violencia infantil en la sociedad⁽¹⁸⁾, la que puede reproducirse en los servicios sanitarios. Investigación realizada en Brasil y los Estados Unidos demostró el desconocimiento de los profesionales que actúan en la atención a los niños víctimas de violencia sexual sobre la evaluación del abuso sexual infantil⁽²⁹⁾, reforzando la idea de que el abordaje de la

violencia infantil no se restringe al tema conceptual y a los daños presentados por los niños victimizados. Frente a la necesidad de espacios de discusión de la práctica profesional, la asistencia multiprofesional despusna como una estrategia adoptada para el enfrentamiento de la problemática, así como la toma de decisión compartida⁽³⁰⁾.

Se subraya la necesidad de fortalecimiento de las políticas públicas de salud y la formación y calificación profesional para actuación junto al tema, así como la capacitación de los profesionales para el uso de instrumentos, tal como los Sistemas Clasificatorios utilizados por la Enfermería.

El escaso número de participantes, si considerada la cantidad de enfermeros que actúan en la APS en ambos escenarios de investigación, inviabilizó el tratamiento de los resultados a partir de pruebas estadísticas de significación. Sin embargo, dicha limitación no invalida el estudio, toda vez que la EADE permite identificar el nivel de precisión de los DE independientemente del número de participantes.

Este es el primer estudio que evalúa la precisión de DE para la violencia doméstica infantil en el marco de la APS. Los resultados señalan la necesidad de ampliar la calificación de los profesionales y fortalecer la utilización de los DE de la CIPESC® relacionados con la violencia doméstica infantil para perfeccionar la precisión de los DE accionados por los enfermeros.

CONCLUSIÓN

Los resultados del estudio revelan la complejidad inherente a la realización del proceso de DE de modo preciso para el caso hipotético de violencia doméstica infantil presentado a los enfermeros de Curitiba y del Distrito Capão Redondo. Se enfatiza la necesidad de inversiones en la profundización y el desarrollo del pensamiento crítico del enfermero, con vistas a mejorar la identificación y la documentación de los DE y, por consiguiente, la atención al niño en situación de violencia.

Este estudio refuerza que la utilización precisa de los DE presentes en la CIPESC® puede favorecer la visibilidad y el enfrentamiento del fenómeno social de la violencia doméstica infantil en el contexto de la APS y expresa potencialidades para subsidiar intervenciones de impacto en esa problemática y consecuentemente cambios efectivos en la realidad brasileña. Los resultados retratan la necesidad urgente de revisar cómo se están trabajando las temáticas de la violencia doméstica y del razonamiento lógico en los planes de estudio de formación y calificación profesional.

Como limitación del estudio se señala el número reducido de participantes, lo que impidió la aplicación de pruebas estadísticas para identificación de asociaciones y significación en los resultados. Sin embargo, en la propuesta metodológica de estudio de caso, los resultados refuerzan la necesidad de continuidad de estudios de esa naturaleza.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los Diagnósticos de Enfermería atribuidos a una situación hipotética de violencia doméstica infantil y los respectivos grados de precisión. **Método:** Estudio exploratorio, evaluativo, de abordaje cuantitativo y cualitativo, tipo estudio de caso, con recolección de datos por instrumento en línea con 26 enfermeros de la Red Municipal de Salud, entre junio y agosto de 2010 en Curitiba y durante el primer semestre de 2014 en São Paulo, ambos escenarios brasileños. Fueron ofrecidos los diagnósticos e intervenciones de enfermería de la Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería en Salud Colectiva, y la precisión fue verificada con la Escala de Precisión de Diagnósticos de Enfermería. **Resultados:** Fueron identificados 39 Diagnósticos de Enfermería, de los que 27 fueron comunes a ambos escenarios. De esos, 15 fueron evaluados con precisión nula, 11 con precisión alta y uno con precisión media. **Conclusión:** La dificultad de los enfermeros de definir diagnósticos puede estar asociada con la atención de enfermería enfocada en problemas clínicos, pasando desapercibidos señales que expresan situaciones de violencia doméstica infantil. Los resultados demostraron la dificultad de los participantes en seleccionar los Diagnósticos de Enfermería apropiados al caso.

DESCRIPTORES

Maltrato a los Niños; Violencia Doméstica; Diagnóstico de Enfermería; Enfermería de Atención Primaria.

RESUMO

Objetivo: Identificar os Diagnósticos de Enfermagem atribuídos a uma situação hipotética de violência doméstica infantil e os respectivos graus de acurácia. **Método:** Estudo exploratório, avaliativo, de abordagem quantitativa e qualitativa, tipo estudo de caso, com coleta de dados por instrumento *on-line* com 26 enfermeiros da Rede Municipal de Saúde, entre junho e agosto de 2010 em Curitiba e durante o primeiro semestre de 2014 em São Paulo, ambos cenários brasileiros. Foram oferecidos os diagnósticos e intervenções de enfermagem da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva, e a acurácia foi verificada com a Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem. **Resultados:** Foram identificados 39 Diagnósticos de Enfermagem, dos quais 27 foram comuns aos dois cenários. Destes, 15 foram avaliados com acurácia nula, 11 com acurácia alta e um com acurácia média. **Conclusão:** A dificuldade dos enfermeiros de definir diagnósticos pode estar associada ao atendimento de enfermagem focado em problemas clínicos, passando despercebidos sinais que expressam situações de violência doméstica infantil. Os resultados demonstraram a dificuldade dos participantes em selecionar os Diagnósticos de Enfermagem apropriados para o caso.

DESCRITORES

Maus-Tratos Infantis; Violência Doméstica; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem de Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World report on child injury prevention [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [cited 2016 Sept 20] Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011 [Internet]. Brasília: MS; 2013 [citado 2016 set. 20] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf
3. Wirtz VJ, Hogerzeil HV, Gray AL, Bigdeli MJ, Cornelis P, Ewen MA, et al. Essential medicines for universal health coverage. *Lancet*. 2017;389(10067):406-76. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31599-9
4. Albuquerque LM, Carvalho CMG, Apostólico MR, Sakata KN, Cubas MR, Eгры EY. Nursing Terminology defines domestic violence against children and adolescents. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(3):393-400. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680311i
5. Silva SH, Cubas MR, Fedalto MA, Silva SR, Lima TCC. Evaluative study of nursing consultation in the basic networks of Curitiba, Brazil. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2016 Sept 20];44(1):67-74. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en_a10v44n1.pdf
6. Cleires ABB, Brandão MAG, Dias BF, Primo CC. Content analysis of a technology to the nursing diagnostic reasoning. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(2):261-8. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680211i.
7. Apostólico MR, Eгры EY. Uso da internet na coleta de dados primários na pesquisa em Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(6):949-955. DOI: 10.1590/S0034-71672013000600021.
8. Apostólico MR, Hino P, Eгры EY. Possibilities for addressing child abuse in systematized nursing consultations. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2016 Sept 20];47(2):318-24. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_07.pdf
9. Coler MS, Araújo LC, Coêlho AZ, Figueiredo TM, Freire MR, Moreira ME. Social violence: a case for classification as a sub-phenomenon of community in the ICNP. *Int Nurs Rev*. 2000;47(1):8-18. DOI: 10.1046/j.1466-7657.2000.00004.x
10. Lunney M. Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análises. Porto Alegre: Artmed; 2010.
11. Matos FGOA, Cruz DALM. Development of an instrument to evaluate diagnosis accuracy. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2016 Sept 20];43(n.spe):1087-95. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a13v43ns.pdf
12. Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(n.esp):134-41. DOI: 10.1590/S0034-71672013000700017
13. D'Agostino F, Barbaranelli C, Paans W, Belsito R, Juarez Vela R, Alvaro R, et al Psychometric evaluation of the D-Catch, an instrument to measure the accuracy of nursing documentation. *Int J Nurs Knowl*. 2017;28(3):145-52. DOI: 10.1111/2047-3095.12125
14. Sousa VEC, Lopes MVO, Silva VM. Systematic review and meta-analysis of the accuracy of clinical indicators for ineffective airway clearance. *J Adv Nurs*. 2014;71(3):498-513. DOI: 10.1111/jan.12518
15. Lopes MVOL, Silva VM, Araujo TL Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs Knowl*. 2012;23(3):134-9. DOI: 10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x
16. Lunney M. Self-monitoring of accuracy using an integrated model of the diagnostic process. *J Adv Med Surg Nurs*. 1989;1(3):43-52.
17. Cruz DALM, Fontes CMB, Braga CG, Volpato MP, Azevedo SL. Adaptação para a língua portuguesa e validação do *Lunney Scoring Method for Rating Accuracy of Nursing Diagnoses*. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):127-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000100017>
18. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Eгры EY. Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2012;20(2), 266-73. DOI:10.1590/S0104-11692012000200008
19. Franzin LCS, Olandovski M, Vettorazzi ML, Werneck RI, Moysés SJ, Kusma SZ, et al. Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. *Child Abuse Negl*. 2014;38(10):1706-14. DOI: 10.1016/j.chiabu.2014.02.003
20. Oliveira IM, Silva RCG. Comparação do grau de acurácia diagnóstica de graduandos e enfermeiros em programas de residência. *Rev Min Enferm*. 2016;20:e952. DOI: 10.5935/1415-2762.20160021
21. Peres HHC, Jensen R, Martins TYC. Assessment of diagnostic accuracy in nursing: paper versus decision support system. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(2):218-24. DOI: 10.1590/1982-0194201600030
22. Marini M, Chaves EHB. Evaluation of the accuracy of nursing diagnoses in a Brazilian emergency service. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2011;22(2):56-67. DOI: 10.1111/j.1744-618X.2010.01175.x
23. Moraes SCR, Nóbrega MML, Carvalho EC. Convergence, divergence and diagnostic accuracy in the light of two nursing terminologies. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(6):777-83. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680613i
24. Pereira JMV, Cavalcanti ACD, Lopes MVO, Silva VG, Souza RO, Gonçalves LC. Accuracy in inference of nursing diagnoses in heart failure patients. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(3):690-96. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680417i
25. Lunney M. Use of critical thinking in the diagnostic process. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010;21(2):82-8. DOI: 10.1111/j.1744-618X.2010.01150.x
26. Cerullo JASB, Cruz DAL. Clinical reasoning and critical thinking. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2010;18(1):124-9. DOI: 10.1590/S0104-11692010000100019
27. Collins A. Effect of continuing nursing education on nurses' attitude toward and accuracy of nursing diagnosis. *Int J Nurs Knowl*. 2013;24(3):122-8. DOI: 10.1111/j.2047-3095.2013.01237.x
28. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde; Coordenação de Epidemiologia e Informação. Indicadores para Diagnóstico de Saúde da Cidade de São Paulo, 2000-2010 [Internet]. São Paulo: PMSP; 2010 [citado 2016 set. 25]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Indicadores_DS_Caderno_2000_2010.pdf

29. Pelisoli C, Herman S, Dell'Aglio DD. Child sexual abuse research knowledge among child abuse professionals and laypersons. *Child Abuse Neglect*. 2015;40:36-47. DOI: 10.1016/j.chiabu.2014.08.010
30. Moreira TNF, Martins CL, Feuerwerker LCM, Schraiber LB. The foundation of care: family Health Program teams dealing with domestic violence situations. *Saúde Soc*. 2014;23(3):814-27. DOI: 10.1590/S0104-12902014000300007

Apoyo financiero

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Ayuda a la Investigación y Bolsa de Post-Doctorado. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Ayuda a la Investigación, Becas Productividad en Investigación e Iniciación Científica.



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons.