

Organización de las prácticas profesionales frente a la violencia familiar contra los niños y adolescentes en el contexto institucional¹

Gabriele Schek²

Mara Regina Santos da Silva³

Carl Lacharité⁴

Maria Emília Nunes Bueno⁵

Objetivo: analizar, basado en el discurso profesional, como ocurre la organización de sus prácticas frente a las situaciones de violencia doméstica intrafamiliar contra niños y adolescentes. Método: investigación cualitativa realizada con 15 profesionales que trabajan en salud y servicios sociales en el sur de Brasil. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas realizadas en el lugar de trabajo de los participantes. Para el análisis de los datos se construyó una matriz teórica basada en la Etnografía Institucional y utilizada la técnica de análisis textual del discurso. Resultados: las prácticas profesionales desarrolladas en situaciones de violencia intrafamiliar contra los niños y adolescentes se organizan a partir de: las relaciones de poder que tienen lugar en los servicios que responden a las situaciones de violencia; las rutinas puestas en práctica para satisfacer las demandas de servicios de atención y el inter-juego entre la concepción de la violencia como un problema de salud pública y la violencia como un problema social. Conclusión: la forma en que estas prácticas se organizan se refleja en acciones de poca protección en el enfrentamiento de las situaciones de violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes.

Descriptores: Violencia Doméstica; Niño; Adolescente; Práctica Profesional; Organización Institucional.

¹ Artículo parte de Tesis de Doctorado "Prácticas profesionales que silencian la violencia doméstica contra los niños y adolescentes: un estudio en contextos institucionales", presentada en la Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 486184/2013-7.





² Estudiante de doctorado, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Titular, Département de Psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC, Canadá.

⁵ PhD, Enfermera, Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

Cómo citar este artículo

Schek G, Silva MRS, Lacharité C, Bueno MEM. Organization of professional practices against intrafamily violence against children and adolescents in the institutional context. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2889. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1640.2889>. mes día año

URL

Introducción

Las estrategias de intervención frente a situaciones de violencia intrafamiliar contra los niños y adolescentes se han expresado en algunos documentos oficiales, incluyendo el Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA) y el Cuaderno de Atención Primaria - La violencia intrafamiliar contra los niños y adolescentes: directrices para la práctica en un servicio. El primer documento coloca a Brasil en una posición destacada en el escenario mundial para el establecimiento de una ley considerada una de las más avanzadas en términos de asegurar los derechos de la población infantil y juvenil⁽¹⁾; la segunda es apoyar a los estados y municipios en la implementación de acciones que promuevan la igualdad y el disfrute de los derechos humanos⁽²⁾.

De acuerdo a lo que proponen esos documentos, los profesionales tienen la responsabilidad de identificar precozmente las víctimas, informar los casos sospechosos o confirmados de la violencia⁽¹⁾, y promover acciones que fortalecen las relaciones entre las instituciones que trabajan en las áreas de salud, seguridad, justicia, educación, defensa de los derechos humanos y movimientos sociales, con el fin de garantizar la protección y el tratamiento adecuado de los niños y adolescentes⁽²⁾.

Aunque estos documentos señalan las directrices para la organización de acciones efectivas en términos de protección para las víctimas de la violencia doméstica, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es necesario prestar atención, por ejemplo, a la baja participación de los profesionales en las denuncias y notificación de situaciones de violencia⁽³⁾, lo que contribuye a que numerosos casos permanezcan en el anonimato. Esto lleva a la pregunta acerca de las dificultades que los profesionales enfrentan para incorporar en su práctica las directrices de protección para niños y adolescentes, que se describen en los documentos oficiales, y en las que se basan para organizar sus prácticas de enfrentamiento a situaciones de violencia intrafamiliar, atendidas en la vida cotidiana de los servicios en los que operan.

La literatura sugiere que las prácticas profesionales, desarrolladas en los servicios de salud, se basan en las relaciones de poder que dificultan la integración de las profesiones y profesionales⁽⁴⁾. En consecuencia, las prácticas desarrolladas en el contexto de estos servicios tienden a ser fragmentadas e individualizadas, siendo ineficaces debido a la complejidad del problema, que no puede ser entendida como la capacidad individual de una sola área o categoría profesional, sino que implica acciones multidisciplinares e intersectoriales⁽⁵⁾.

Además, los profesionales confían en las reglas y rutinas ya pre-establecidas que tienden a colocarlos en ciertas áreas y regular sus prácticas diarias⁽⁶⁾. Por otro lado, la falta de apoyo emocional para actuar en situaciones de violencia doméstica contra niños y adolescentes contribuye a que muchos profesionales no asuman sus responsabilidades utilizando en cambio la transferencia de las situaciones a otros servicios⁽⁷⁾.

Para entender cómo es la organización de las prácticas frente a las situaciones de violencia doméstica, es esencial dar voz a los profesionales que trabajan en este contexto, la comprensión del fenómeno de la violencia a partir de sus experiencias y de los problemas que experimentan en la vida cotidiana de su trabajo, y tener en cuenta las características de las relaciones sociales e institucionales que dan forma, limitan y organizan sus prácticas.

Teniendo en cuenta lo anterior, este estudio tuvo como objetivo analizar, basado en el discurso profesional, cómo ocurre la organización de sus prácticas frente a las situaciones de violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes.

Método

Se trata de un estudio cualitativo con 15 profesionales, seis enfermeras, dos psicólogos, dos médicos, dos trabajadores de la salud de la comunidad, dos consejeros tutelares y un trabajador social, que cumplen los siguientes criterios de inclusión: haber tenido bajo su cuidado niños y adolescentes como resultado de la violencia doméstica, presunta o confirmada y vinculado al servicio que en el que ha estado funcionando durante al menos 12 meses.

Los profesionales fueron reclutados en las instalaciones que tratan a niños y adolescentes víctimas de violencia familiar, incluyendo las Unidades de Cuidados de Emergencia y Pediatría del Hospital de la Universidad, una Unidad Básica de Salud, un Centro de Referencia Especializada de Asistencia Social (CREAS) y el Consejo Tutelar, con sede en una ciudad de tamaño medio ubicada en el sur de Brasil. La decisión de incluir estos servicios se debe al hecho de que, en su conjunto, retratan la ruta recorrida por lo general por las familias en situación de violencia en la ciudad.

El Hospital de la Universidad atiende a la población de forma gratuita a través del Sistema Único de Salud (SUS). Cuenta con 189 camas de hospitalización, distribuidas con diferentes propósitos, y dos unidades se destacan con respecto al cuidado de los niños y adolescentes: la Unidad de Emergencia (UPA), que sirve todos los días una treintena de niños y adolescentes y la Unidad de Pediatría, con capacidad para unos veinte pacientes hospitalizados.

La Unidad Básica de Salud se compone de tres equipos de salud de la familia, compuesta por médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud. Cada equipo sirve a aproximadamente 4.500 familias, con las siguientes funciones: Dar la bienvenida a los usuarios, facilitando el acceso a otros servicios que componen la red y realizar actividades de asistencia, dando prioridad a los individuos, las familias y los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad.

El Consejo Tutelar es un organismo público, permanente y autónomo, no judicial, encargado por la sociedad para asegurar los derechos de los niños y adolescentes. Entre sus funciones están la atención a situaciones que impliquen amenaza o violación de los derechos del niño o adolescente; aplicación de medidas de protección; atención y asesoramiento de los padres o tutores; solicitar servicios y hacer referencias a la red de servicios. Esta institución cuenta con veinte consejeros divididos en tres equipos responsables de la asistencia anual de aproximadamente mil niños y adolescentes víctimas de violencia familiar.

El CREAS tiene la responsabilidad de proporcionar atención especializada a personas o familias en riesgo personal o social, por infracción de los derechos. Semanal, sirve una treintena de casos de violencia intrafamiliar contra los niños y adolescentes. De éstos, el 95% es derivado de órganos como el Consejo Tutelar, la Estación de Policía y el Tribunal de la Infancia y la Juventud.

Los datos fueron recolectados entre noviembre de 2013 y marzo de 2015, por medio de entrevistas semiestructuradas individualmente y a profesionales en su lugar de trabajo. Estas entrevistas fueron guiadas por un guión que incluyó la investigación de los conocimientos de los profesionales en relación con los documentos oficiales que se refieren a la violencia intrafamiliar; rutinas institucionales adoptadas para cumplir estas condiciones y facilidades y dificultades para desarrollar acciones de protección en el contexto institucional. Cada una de las entrevistas tuvieron una duración media de una hora y 15 minutos.

Para preservar el anonimato, los profesionales se identificaron con la letra P, seguido de la denominación salud o social, que corresponde a la zona de operaciones de cada uno de los profesionales entrevistados. Ejemplo: (P_{salud}), (P_{social}). Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la institución a la que está unida, registrada con el número 066/13.

Para la organización, el análisis y la interpretación de los datos, una matriz teórica se construyó, basado en la Etnografía Institucional (EI). La EI considera que las relaciones sociales y formas de trabajo que

se establecen en los entornos institucionales están mediados por "textos", que son considerados los principales elementos de coordinación y regulación de las actividades de trabajo⁽⁸⁾. En este estudio, los "textos" están representados por las políticas públicas, las rutinas institucionales, relaciones de poder y algunas formas de discurso que impregnan el contexto institucional.

Durante el proceso de análisis, se prestó atención a los intereses políticos y burocráticos que los "textos" pueden llevar⁽⁸⁾, produciendo métodos normalizados de trabajo que excluyen a los puntos de vista de las personas y contribuyen a la producción de prácticas automáticas y que no dependen de la reflexión en determinadas situaciones⁽⁹⁾.

La técnica de análisis fue el discurso textual⁽¹⁰⁾, siguiendo las etapas: desmontaje de las entrevistas, identificación de las fuerzas institucionales en el discurso profesional y la formación de las unidades de análisis; luego se fue a la construcción de relaciones entre esas unidades, agrupando sus elementos en un proceso que resultó en tres categorías, así denominadas: las relaciones de poder como mediadores de la práctica profesional; rutinas institucionales y la necesidad de satisfacer las demandas; violencia familiar contra los niños y adolescentes: un problema social o de salud?

Resultados

Caracterización de los participantes

Entre los 15 participantes en el estudio, 14 eran mujeres y un hombre, de edad entre 28 y 64 años. El tiempo de vinculación institucional varió entre 12 y 240 meses. Doce profesionales tienen una formación adicional, especialmente en especializaciones en las áreas de Salud Pública y de la Salud.

De las seis enfermeras que participaron en este estudio, tres trabajan en un hospital universitario en las áreas de pediatría y Servicio de Urgencias, y tres son parte de los equipos de Salud Familiar de una Unidad Básica de Salud ubicados en las afueras de la ciudad. Los dos médicos y dos promotores de salud están vinculados a la misma Unidad Básica. Los dos consejeros tutelares entrevistados integran diferentes equipos. Dos psicólogos y un trabajador social llevan a cabo sus actividades profesionales en un Centro de Referencia Especializada en Trabajo Social.

Las relaciones de poder como mediadores de las prácticas profesionales

El discurso profesional ha puesto de manifiesto las relaciones de poder que rodean el contexto de los servicios en los que operan e influyen en la manera en

que organizan sus prácticas de cara a situaciones de violencia intrafamiliar. Estas relaciones de poder fueron más prominentes entre los médicos y las enfermeras, y las enfermeras informaron que a veces su asistencia a las víctimas y sus familias es interrumpido debido a las decisiones impuestas por los médicos. *Hay algunos médicos piensan que saben todo. Una vez estaba hablando con una madre, tratando de averiguar algunas cosas porque sospechaba una situación de abandono. Entonces recibí la llamada de un médico diciendo que tenía que apurar la consulta porque estaba tomando demasiado tiempo en la asistencia. Puede ser que haya demorado, entonces simplemente acepté y expedí pronto al niño a la consulta médica.* (P_{salud})

Las relaciones de poder también se observaron entre el Consejo Tutelar, el Hospital y la Unidad Básica de Salud. Los profesionales informaron que existen dificultades de comunicación entre las instituciones, prevaleciendo las decisiones del Consejo Tutelar en relación con los resultados de los casos de violencia doméstica, aun cuando la evaluación en relación con una determinada situación difiere entre los profesionales. *Yo y un colega estábamos acompañando a una mujer que estaba embarazada por quinta vez. Los niños vivían en completo estado de abandono y todo el mundo lo veía. Esta situación fue remitida al Consejo Tutelar y poco después fue dada por cerrada. Mi colega fue llamada por el Consejo y le dijeron que estábamos equivocadas. Sin embargo, nunca nos llamaron para discutir la situación, para entender las razones que nos llevaron a hacer la referencia. Y fue así: caso cerrado.* (P_{salud})

Los profesionales que trabajan en CREAS dan testimonio de que una de las principales dificultades encontradas para actuar ante la situación de violencia intrafamiliar contra los niños y adolescentes es la burocracia y las exigencias del poder judicial. Entre ellos se encuentra la producción de informes e informes utilizados en los procesos judiciales. Estos profesionales reconocen que deben actuar conjuntamente con la justicia, sin embargo, dijeron que las decisiones del poder judicial imponen cambios en sus rutinas que se reflejan directamente en la asistencia prestada a los niños víctimas de la violencia intrafamiliar. *El papel de CREAS hoy no es lo que producimos. Lo que sí hay informes de la justicia, porque esta es la gran demanda sobre nosotros. El poder judicial debería tener un profesional bien pagado para hacerlo. Como aquí en la ciudad no tiene, tenemos que hacer estos informes, ya que, según ellos, si no lo hacemos se nos puede acusar de obstrucción a la justicia.* (P_{social})

Rutinas institucionales y la necesidad de satisfacer las demandas

En el discurso de los profesionales fueron identificadas preocupaciones en términos de la oferta

y la demanda en relación con los servicios sociales y de salud. El municipio en el que se llevó a cabo este estudio se encuentra en uno de los principales centros navales de Brasil, lo que condujo, en los últimos años, una intensa migración a la región causando impacto socioeconómico y causando cambios en la organización de los servicios, teniendo en cuenta la necesidad de cumplir población entera.

Uno de los encuestados afirmó que las rutinas institucionales comenzaron a ser determinadas por la oferta y la demanda de los servicios: *La población de la ciudad ha aumentado mucho en los últimos años y también la violencia. Todavía continuamos con dos hospitales, es decir, si antes se atendía a 40 personas en seis horas, ahora tengo que cumplir con un promedio de 80 a 85 personas. Calculo que tengo unos cinco minutos para atender a una persona y sé que en situaciones de violencia este tiempo es insuficiente.* (P_{salud})

Los profesionales de CREAS destacaron también el reajuste de sus rutinas de admisión, motivado no por la necesidad que las familias tenían, pero debido a la mayor demanda de visitas mensuales: *Dependiendo del número de consultas al mes, nos organizamos de la siguiente manera: realizamos cuatro sesiones de forma individual con los niños que acuden al servicio para un diagnóstico. Si es necesario, nos remitimos al grupo de supervisión, que duran 12 semanas. No sé si es suficiente para estas situaciones, pero hoy en día es lo que podemos hacer.* (P_{social})

Con la evaluación de muchos niños y adolescentes, había la necesidad de un tratamiento individualizado. Sin embargo, en el municipio los servicios son insuficientes para proporcionar este tipo de atención a las víctimas. Esta situación es uno de los principales problemas encontrados en la práctica de estos profesionales. *Evaluamos la situación, pero entonces, ¿qué? Muchos casos se hace referencia al Centro de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), excepto que este servicio sólo tiene un psicólogo que sirve a diez equipos. Cada equipo atiende a cerca de 30.000 familias. ¿Cómo va a hacer el trabajo? Eso es imposible.* (P_{salud})

La violencia doméstica contra los niños y adolescentes: un problema social o de salud?

Esta última categoría destaca el inter-juego entre la concepción de la violencia como un problema de salud pública y la violencia como un problema social. Para P_(social), el SUS entiende la violencia doméstica como un problema social; Sin embargo, el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) considera que tratar a las víctimas es una tarea de los servicios de salud. Así, nadie asume responsabilidad. *Nosotros en la asistencia social prestamos lo que el SUAS llama orientación psicológica a las víctimas y sus familias con el fin de ayudar en la recuperación*

de vínculos. Este no es el tratamiento. Ahora, hay niños que necesitan tratamiento individual. Bueno, aquí estamos hablando de la salud, y este tipo de intervención no incluye el SUS. Aquí en la ciudad, sólo tenemos el Centro de Atención Psicosocial de la Infancia, sólo que ellos atienden las situaciones más graves. Entonces, ¿quién trata esta víctima? (P_{social})

Es la opinión de algunos participantes que hay una falta de consenso en cuanto a las responsabilidades de cada servicio que componen la red de seguridad para los niños y adolescentes. Esto contribuye a que muchas familias precisen hacer un largo viaje en la búsqueda de atención.

Discusión

Los profesionales que trabajan en los servicios de cuidado de niños y adolescentes víctimas de violencia doméstica necesitan tomar decisiones de forma regular que afectarán a la vida y desarrollo de estas personas. Teniendo en cuenta este factor, un estudio realizado con 828 profesionales en cuatro países sobre los servicios de protección (Israel, Holanda, Irlanda del Norte y España) demostraron la importancia de la organización institucional en la toma de decisiones y las intervenciones de ayuda a las víctimas. La cooperación mutua entre profesionales e instituciones ha demostrado ser una de las herramientas principales para la adopción de prácticas de protección eficientes⁽⁴⁾.

A diferencia de los resultados de la investigación anterior, los datos de este estudio han puesto de manifiesto que en diferentes contextos institucionales investigados están atravesados por las relaciones de poder que coordinan, organizan y limitan las prácticas profesionales desarrolladas en estos espacios. Además, se produjo la introducción de rutinas institucionales definidos, especialmente para las demandas institucionales, dejando de lado las necesidades presentadas por las víctimas y sus familias.

En cuanto a las relaciones de poder, estas se muestran para mediar en la organización de las prácticas profesionales, especialmente entre los médicos/enfermeras, consejeros tutelares/trabajadores sociales y de salud y servidores legales/miembros de CREAS. Las relaciones de poder también se observaron en un estudio de las enfermeras, en el cual son identificadas como determinantes del poder la calificación de los puestos de trabajo y su nivel de prestigio social. Estas relaciones pueden ser una de las principales causas de los conflictos que se establecen entre los profesionales, lo que genera estrés, insatisfacción en el trabajo y la baja efectividad en el rendimiento del equipo⁽¹¹⁾.

Por lo tanto, surge la necesidad de discutir más a fondo las relaciones de poder que se establecen en

el contexto de las instituciones, ya que contribuyen a la fragmentación de la atención, poniendo en peligro la asistencia a los usuarios⁽¹²⁾. Para algunos autores, las prácticas de trabajo dirigidas a proteger a los niños y adolescentes deben articular con eficacia los diferentes sectores que conforman la red de seguridad, integrándolos tanto en aspectos macro-estructural (políticas) y sobre los aspectos internos de los servicios, la búsqueda de interacciones inter-institucionales e interpersonales⁽¹³⁾.

Las relaciones de poder identificados en el Consejo Tutelar pueden estar relacionados con el propio papel social de esta institución, en la medida en que esta agencia es vista como un cuerpo de referencia a cargo de la sociedad para asegurar los derechos de los niños y adolescentes, como descrito en el propio ECA⁽¹⁾. Sin embargo, hay que preguntarse si este tipo de relaciones de poder, reportados por algunos profesionales no constituyen una justificación para una actividad de menor participación de otros profesionales en el proceso de intervención.

En este sentido, un estudio desarrollado con los consejeros tutelares señaló que las instituciones sociales y de salud no realizan el seguimiento de las medidas de protección adoptadas en virtud del Consejo Tutelar. Como resultado, muchos casos no han podido ser objeto de seguimiento y se terminan perdiendo. Es evidente, por tanto, la importancia de una mejor comunicación entre las instituciones con el fin de promover la acción colectiva, el control de los flujos de trabajo y seguimiento de estas situaciones⁽¹³⁾.

Para algunos autores, independientemente de las diferentes profesiones implicadas en la protección infantil y del adolescente, hay una necesidad de los profesionales para establecer y compartir las responsabilidades de las situaciones conocidas en el trabajo diario, proporcionando oportunidades para una evaluación más precisa de la situación y el seguimiento y/o el tratamiento que se ocupa de las necesidades de las víctimas y las familias⁽¹⁴⁾. Además, los autores señalaron que la responsabilidad compartida entre los profesionales es una manera eficaz de reducir los factores negativos como el sesgo personal y subjetividad en la toma de decisiones⁽¹⁵⁾.

Se encontró también que la organización de las prácticas profesionales en el enfrentamiento de situaciones de violencia doméstica, se ha organizado desde unas rutinas institucionales especialmente formuladas para satisfacer la gran demanda de llamadas, llenado los déficits de servicios ofrecidos por el municipio. Esta forma de organización también se informó en una encuesta que exploró algunos de los obstáculos que encuentran los profesionales en materia

de asistencia a las mujeres víctimas de la violencia en el contexto de los servicios de salud pública. Estos servicios fueron objeto de una serie de reglas y rutinas, entre ellas, la realización de una consulta médica cada 15 minutos como mínimo de productividad⁽¹⁶⁾.

Son rutinas que difieren de lo recomendado en los documentos oficiales, ya que en situaciones de violencia, los profesionales necesitan tiempo para establecer vínculos que pueden ayudar a los niños y adolescentes para que puedan expresar sus miedos y ansiedades. Y el tiempo también es necesario para que los profesionales sean capaces de asimilar la situación y formular un plan de intervención verdaderamente eficaz en términos de protección. Estas son acciones que difícilmente serán realizadas en 5, 10 o 15 minutos. En este sentido, la gran demanda de atención puede contribuir al registro insuficiente de casos de sospecha o confirmados. Además, es necesario prestar atención a la violencia sexual - un factor que silencia a muchos niños y adolescentes debido a la vergüenza y el miedo, lo que hace difícil la verbalización de la agresión y demanda mayor atención de los profesionales. Los autores mostraron que el proceso de testimonio de la violencia sexual es prolongado y no sucede en un solo evento⁽¹⁷⁾.

En cuanto a la inter-juego que asigna la responsabilidad de la atención de las víctimas de la violencia a veces a un servicio de salud, a veces a un servicio social, hay que preguntarse si esto no es un reflejo de las propias limitaciones de los servicios sociales y de salud, la naturaleza polifacética de la violencia, lo que genera consecuencias físicas, psicológicas y sociales⁽⁶⁾. Además, ese inter-juego parece ser un reflejo de la dificultad de los profesionales para asumir la responsabilidad del cuidado y la denuncia de las situaciones de violencia. Los investigadores señalan, por ejemplo, que en el contexto de la enfermería la violencia contra niños y adolescentes es a menudo visto como un problema cuya solución no es parte de las competencias de esta categoría profesional⁽¹⁸⁾.

A la vista de estos aspectos, le cabe a los profesionales y las instituciones el fortalecer acciones compartidas, estableciendo una red de seguridad eficaz, que incluye servicios de referencia y contrarreferencia capaz de actuar sobre la atención y el cuidado de las múltiples demandas expresadas por las víctimas y las familias en situación de violencia.

Conclusión

Las prácticas profesionales para el enfrentamiento a las situaciones de violencia intrafamiliar contra los niños y adolescentes, se organizan bajo la influencia de las relaciones de poder que impregnan el contexto

institucional, las rutinas institucionales administradas en función de la demanda y el inter-juego entre la concepción de la violencia como un problema de salud pública y la violencia como un problema social. Estas relaciones institucionales terminan dificultando la incorporación profesional y la aplicación de directrices de protección establecidos en los documentos oficiales que se refieren a la violencia, lo que contribuye a la organización de las prácticas ineficaces en términos de protección.

Teniendo en cuenta estos aspectos, se destaca la importancia del análisis de contextos institucionales y prácticas de los profesionales frente a la violencia familiar con el objetivo de la comprensión de las demandas vigentes que están en la base, para luego poder formular estrategias para reajustar la asistencia a ser prestada.

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Estatuto da Criança e do Adolescente [Internet]. 3. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 96 p. [Acesso 20 set 2016] Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/lei_8069_06_0117_M.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 100 p. [Acesso 3 out 2016]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf
3. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva; 2002 [Acesso 12 dez 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf
4. Benbenishty R, Davidson-Arad B, López M, Devaney J, Spratt T, Koopmans C, et al. Decision-making in child protection: An international comparative study on maltreatment substantiation, risk assessment and interventions recommendations, and the role of professionals' child welfare attitudes. *Child & Abuse Negl.* [Internet] 2015 [Access Dec 14, 2016]; 49: 63-75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.015>
5. Hanson RF, Self-Brown S, Rostad WL, Jackson MC. The what, when, and why of implementation frameworks for evidence-based practices in child welfare and child mental health service systems. *Child Abuse & Negl.* [Internet] 2016 [Acesso 16 dez 2016]; 53: 51-63. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.014>
6. Monteiro FO. Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescente. *Serv Soc Soc.* [Internet] 2010 [Acesso 21jan 2016]; (103):476-502. Disponível em:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000300005
7. Santos JS, Yakuwa MS. A Estratégia Saúde da Família frente à violência contra crianças: revisão integrativa. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* [Internet]. 2015 [Acesso 20 jan 2016];15(1): 38-43. Disponível em: http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15-n1/vol_15_n_2-artigo-de-revisao-2.pdf
 8. Smith DE. *Institutional ethnograph: a sociology for people.* Lanham: AltaMira Press; 2005. 272p.
 9. Rankin JM, Campbell M. Institutional Ethnographie (IE), Nursing, work and Hospital reform: IE's cautionary analysis. *FQS.* [Internet]. 2009 [Access Oct 20, 2015];10(2):1-20. Inglês. Available from: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1258>
 10. Moraes R, Galiazzi MC. *Análise textual discursiva.* 2. ed. Ijuí: Editora Unijuí; 2013. 224 p
 11. Lopes MEL, Sobrinho MD, Costa SFG. Contribuições da sociologia de Bourdieu para o estudo do subcampo da enfermagem. *Texto Contexto-Enferm.* [Internet]. 2013 [Acesso 8 jan 2016]; 22(3): 819-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300031
 12. Velloso ISC, Araújo MT, Nogueira JD, Alves M. Gerenciamento da diferença: relações de poder e limites profissionais no serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev Enferm Ref.* [Internet]. 2014 [Acesso 28 nov 2015]; IV(2):71-9. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000200008&lang=pt
 13. Deslandes SF, Campos DS. A ótica dos conselheiros tutelares sobre a ação da rede para a garantia da proteção integral a crianças e adolescentes em situação de violência sexual. *Ciência Saúde Coletiva.* [Internet]. 2015 [Acesso 4 out 2016]; 20(7):2173-82. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n7/1413-8123-csc-20-07-2173.pdf>
 14. Ribeiro JP, Silva MRS, Cezar-Vaz MR, Silva PA, Silva BT. The protection of children and adolescents from violence: an analysis of public policies and their relationship with the health sector. *Invest Educ Enferm.* [Internet]. 2013. [Access Nov 8, 2015];31(1):133-41. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072013000100016
 15. Eversona MD, Sandoval JM. Forensic child sexual abuse evaluations: Assessing subjectivity and bias in professional judgments. *Child Abuse & Negl.* [Internet]. 2011 [Access Dec 14, 2016]; 35(4): 287-298. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.01.001>
 16. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva.* [Internet]. 2011 [Acesso 20 jan 2016]; 16(3): 1943-52. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018467028>
 17. Santos SS, Dell'Aglio DD. O processo de revelação do abuso sexual na percepção de mães. *Rev Psicologia: Teoria e Prática.* [Internet]. 2013 [Acesso 4 out 2016]; 5(1): 50-64. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/5151/4049>
 18. Aragão AS, Ferriani MGC, Vendruscollo TS, Souza SL, Gomes R. Primary care nurses' approach to cases of violence against children. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet] 2013 [Access Dec 14, 2016]; 21(Spec): 172-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700022

Recibido: 7.6.2016

Aceptado: 7.3.2017

Correspondencia:
 Gabriele Schek
 Rua 03 de Outubro, 1647
 Bairro: Cruzeiro
 CEP: 98900-000, Santa Rosa, RS, Brasil
 E-mail: gabischek@hotmail.com

Copyright © 2017 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.