



Texto & Contexto - Enfermagem

ISSN: 0104-0707

ISSN: 1980-265X

Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem

Schek, Gabriele; Silva, Mara Regina Santos da; Lacharité, Carl; Cézar-Vaz, Marta Regina; Bueno, Maria Emilia Nunes; Ventura, Jeferson
PRÁTICAS PROFISSIONAIS QUE SILENCIAM A VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES¹
Texto & Contexto - Enfermagem, vol. 27, núm. 1, e1680016, 2018
Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem

DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018001680016>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71465261013>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais informações do artigo
- ▶ Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

PRÁTICAS PROFISSIONAIS QUE SILENCIAM A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES¹

Gabriele Schek², Mara Regina Santos da Silva³, Carl Lacharité⁴, Marta Regina Cézar-Vaz⁵, Maria Emilia Nunes Bueno⁶, Jeferson Ventura⁷

¹ Artigo resultado da tese - Práticas profissionais que silenciam a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: um estudo em contextos institucionais, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), em 2016.

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Bolsista Capes. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: leli_rs@yahoo.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: marare@brturbo.com.br

⁴ Doutor em Psicologia. Professor *Université du Québec à Trois-Rivières*. Québec, Canadá. E-mail: carl.lacharité@uqtr.ca.

⁵ Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: cezarvaz@vetorial.net

⁶ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: me_bueno@yahoo.com.br

⁷ Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Bolsista Capes. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: enf.jefersonv@gmail.com

RESUMO

Objetivo: identificar, a partir do discurso dos profissionais que trabalham em serviços de proteção a crianças e adolescentes, práticas que silenciam a violência intrafamiliar.

Método: estudo qualitativo, realizado com 15 profissionais, sendo seis enfermeiros, dois psicólogos, dois médicos, dois agentes comunitários de saúde, dois conselheiros tutelares e um assistente social. Os dados foram coletados entre novembro de 2013 e março de 2015, utilizando entrevistas semiestruturadas. Para o processo de organização, análise e interpretação dos dados foi utilizada uma matriz teórica construída a partir da Etnografia Institucional e a técnica de análise foi a textual discursiva.

Resultados: foram identificadas três categorias: O agir reducionista frente à violência intrafamiliar contra criança e adolescentes; Os encaminhamentos como transferência da responsabilidade de proteger; A exclusão do agressor do processo de intervenção.

Conclusão: as práticas desenvolvidas pelos profissionais deste estudo podem contribuir para a reincidência da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, colocando em evidência as fragilidades dos serviços que compõem a rede de proteção infanto-juvenil. Diante disso, este estudo propõe refletir sobre novas formas de agir frente à violência intrafamiliar, com vistas a assegurar que crianças e adolescentes tenham seus direitos garantidos.

DESCRITORES: Violência doméstica. Criança. Adolescente. Enfermagem. Prática profissional.

PROFESSIONAL PRACTICES THAT SILENCE DOMESTIC VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS

ABSTRACT

Objective: the objective of this study is to identify practices that silence domestic violence from the discourse of professionals who work in children and adolescent protection services.

Method: this is a qualitative study, carried out with fifteen professionals, being six nurses, two psychologists, two physicians, two community health agents, two child protective council workers, and one social worker. The data were collected between November 2013 and March 2015, using semi-structured interviews. For the process of organization, analysis, and interpretation of the data, we used a theoretical matrix built from Institutional Ethnography, and the technique of analysis used was the textual discourse.

Results: we have identified three categories: the reductionist action in relation to the domestic violence against children and adolescents; referrals as the transfer of the responsibility to protect; and, the exclusion of the aggressor from the intervention process.

Conclusion: the practices developed by the professionals of this study can contribute to the recurrence of domestic violence against children and adolescents, highlighting the weaknesses of the services that make up the child and youth protection network. Therefore, this study proposes to reflect on new ways of acting against domestic violence, in order to ensure that children and adolescents have their rights guaranteed.

DESCRIPTORS: Domestic violence. Child. Adolescent. Nursing. Professional practice.

PRÁCTICAS PROFESIONALES QUE SILENCIAN LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CONTRA NIÑOS Y ADOLESCENTES

RESUMEN

Objetivo: identificar, a partir del discurso de los profesionales que trabajan en servicios de protección a niños y adolescentes, prácticas que silencian la violencia intrafamiliar.

Método: estudio cualitativo, realizado con 15 profesionales, siendo seis enfermeros, dos psicólogos, dos médicos, dos agentes comunitarios de salud, dos consejeros tutelares y un asistente social. Los datos fueron recolectados entre noviembre de 2013 y marzo de 2015, utilizando entrevistas semi-estructuradas. Para el proceso de organización, análisis e interpretación de los datos se utilizó una matriz teórica construida a partir de la Etnografía Institucional y la técnica de análisis fue la textual discursiva.

Resultados: se identificaron tres categorías: el actuar reduccionista frente a la violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes; las referencias como transferencia de la responsabilidad de proteger; la exclusión del agresor del proceso de intervención.

Conclusión: las prácticas desarrolladas por los profesionales de este estudio pueden contribuir a la reincidencia de la violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes, resaltando las fragilidades de los servicios que componen la red de protección infanto-juvenil. Este estudio propone reflexionar sobre nuevas formas de actuar frente a la violencia intrafamiliar, con miras a asegurar que niños y adolescentes tengan sus derechos garantizados.

DESCRIPTORES: Violencia doméstica. Niños. Adolescentes. Enfermería. Práctica profesional.

INTRODUÇÃO

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes se constitui em um grave problema de saúde pública, devido às consequências físicas e psicológicas deixadas nas vítimas que podem se manifestar já na infância ou na idade adulta. Pesquisas desenvolvidas no âmbito da saúde revelam que, em curto prazo, crianças e adolescentes submetidos à violência tendem a desenvolver problemas como depressão, agressividade, ansiedade e dificuldades de convívio social e aprendizado.¹⁻⁴ Ao mesmo tempo, possuem risco aumentado para desenvolvimento de cardiopatias, doenças pulmonares, metabólicas e autoimunes que podem se manifestar em idade adulta.⁵⁻⁶

Tais agravos requerem intervenções que sejam capazes de retirar crianças e adolescentes da condição de vítimas. Entretanto, o que se observa no contexto dos serviços de proteção são práticas profissionais que nem sempre são capazes de oferecer proteção aos jovens vitimados. Esse fato instiga o questionamento sobre as práticas profissionais desenvolvidas nos serviços de proteção a crianças e adolescentes, considerando que estas tanto podem proteger como silenciar a violência que ocorre no âmbito familiar. Considera-se como práticas que silenciam a violência intrafamiliar aquelas que, embora cuidem dos agravos físicos e psicológicos decorrentes da violência não são capazes, de fato, de proteger as crianças e adolescentes, mesmo sendo esta a finalidade dos serviços sociais e de saúde, explicitada nas diretrizes dos documentos oficiais que normatizam a organização desses espaços.

Especificamente, neste estudo, a ênfase está colocada nas práticas profissionais que silenciam a violência intrafamiliar, que podem estar insti-

tucionais justamente nos serviços que têm a responsabilidade de atender vítimas e famílias como, por exemplo, Hospitais gerais, Unidades Básicas de Saúde, Conselhos Tutelares e Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS). Nesses espaços, as intervenções podem se limitar apenas ao atendimento pontual e imediato das vítimas, desconsiderando o fato de que após deixarem estes serviços, crianças e adolescentes retornam a seus lares onde permanecem vulneráveis a novas agressões e abusos. Daquelas crianças e adolescentes vitimados e que receberam algum tipo de tratamento especializado, poucos continuam sendo acompanhados pelos serviços, no intuito de averiguar se as intervenções sofridas foram efetivas em termos de proteção. A falta de comunicação entre os profissionais que atuam em serviços de referência e contrarreferência é apontada como um dos fatores capazes de comprometer a proteção das vítimas, visto que muitos casos são arquivados e considerados solucionados.⁷⁻⁹

Para dar visibilidade e compreender as práticas profissionais que silenciam a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, utiliza-se como referência teórica a Etnografia Institucional (EI), uma vez que esta possibilita explorar e analisar o cotidiano dos serviços, tendo como ponto de partida as experiências concretas dos profissionais que estão inseridos nestes espaços.¹⁰

Com esta perspectiva, é possível examinar, a partir de um modelo dinâmico, questões relacionadas à identidade e à significação dos indivíduos,¹⁰ ou seja, como os profissionais concebem a proteção de crianças e adolescentes, suas responsabilidades dentro do serviço onde atuam e a maneira como se relacionam com as famílias em situação de violência que diariamente buscam atendimento. Tais ques-

tões permitem colocar em evidência as principais ações que são desenvolvidas, no intuito de evitar que crianças e adolescentes passem por novas (re) vitimizações.

O referencial teórico adotado apresenta uma postura crítica em relação às formas objetivadas de construção e organização das práticas profissionais no contexto institucional.¹⁰ Especificamente no que tange à problemática da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, esta pode, por vezes, ser reconhecida de forma generalizada dentro dos serviços que compõem a rede de proteção. Como consequência, as práticas adotadas frente estas situações deixam de atender as necessidades específicas e individuais das vítimas.

Com esta perspectiva teórica, este estudo tem como objetivo identificar, a partir do discurso dos profissionais que trabalham em serviços de proteção a crianças e adolescentes, práticas que silenciam a violência intrafamiliar.

MÉTODO

Estudo qualitativo, realizado com 15 profissionais que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter tido sob seus cuidados crianças e adolescentes atendidos em decorrência da violência intrafamiliar, presumida ou confirmada; estar vinculado ao serviço onde atua há, pelo menos, 12 meses.

Os profissionais foram recrutados em serviços que compõem a rede de proteção a crianças e adolescentes, incluindo Unidades de Pronto Atendimento e Pediatria de um Hospital Universitário, uma Unidade Básica de Saúde, um Centro de Referência Especializado em Assistência Social e um Conselho Tutelar, sediados em um município de médio porte, localizado no Extremo Sul do Brasil. A opção por incluir estes serviços deve-se ao fato de que, em seu conjunto, eles retratam o itinerário habitualmente percorrido pelas famílias em situação de violência no município.

O Hospital Universitário atende a população pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dispõe de 189 leitos para internação, distribuídos para diferentes finalidades, sendo que duas unidades se destacam para o atendimento de crianças e adolescentes: a Unidade de Pronto Atendimento, que diariamente atende aproximadamente trinta crianças e adolescentes; e a Unidade de Pediatria, com capacidade para internar vinte pacientes.

A Unidade Básica de Saúde é composta por três equipes de Saúde da Família, formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem

e agentes comunitários de saúde. Cada uma das equipes atende aproximadamente 4.500 famílias, tendo como atribuições acolher os usuários, facilitar o acesso aos demais serviços que compõem a rede e implementar atividades assistenciais, priorizando indivíduos, famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade.

O Conselho Tutelar é um órgão público, permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes. Dentre suas atribuições estão: atendimento às situações que envolvem ameaça ou violação dos direitos da criança ou adolescente; aplicação de medidas de proteção; atendimento e aconselhamento de pais ou responsáveis; requisição de serviços e realização de encaminhamentos à rede de atendimento. Esta instituição conta com vinte conselheiros distribuídos em três equipes responsáveis pelo atendimento anual de aproximadamente mil crianças e adolescentes vitimadas pela violência intrafamiliar.

O Centro de Referência Especializado em Assistência Social tem a responsabilidade de prestar atendimento especializado a indivíduos ou famílias em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos. Semanalmente atende cerca de trinta casos envolvendo violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Destes, 95% vêm encaminhados de órgãos como Conselho Tutelar, Delegacia de Polícia e Juizado da Infância e Juventude.

Os dados foram coletados entre novembro de 2013 e março de 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas que seguiram um roteiro orientado para identificar as práticas e rotinas adotadas no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar e os motivos que levaram os profissionais a tomarem tais decisões. Os profissionais foram entrevistados nos serviços onde atuam, com horário previamente agendando. Cada uma das entrevistas realizadas durou, em média, 1 hora e 15 minutos. Para preservar o anonimato, os profissionais foram identificados pela letra "P", seguida da ordem em que foram entrevistados. Por exemplo: P₁, P₂. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição ao qual está vinculado, com registro sob o número 066/13 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética sob o número 11230413.1.0000.5324.

Os dados foram organizados, analisados e interpretados com o auxílio de uma matriz teórica, construída a partir da Etnografia Institucional,¹⁰ que considera o contexto institucional como um espaço dinâmico, onde se desenvolvem os processos de

trabalho e onde vítimas, famílias e profissionais estabelecem relações sociais. A técnica de análise foi a textual discursiva,¹¹ seguindo as etapas: identificação dos enunciados referentes às práticas profissionais desenvolvidas frente à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes; desmontagem das entrevistas, identificando e codificando cada fragmento destacado, formando as unidades de análise. Em seguida, passou-se para a construção de relações entre as referidas unidades, agrupando seus elementos em um processo denominado de categorização, que resultaram três categorias: o agir reducionista frente à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes; os encaminhamentos como transferência da responsabilidade de proteger; e a exclusão do agressor do processo de intervenção.

RESULTADOS

Dos 15 participantes do estudo seis eram enfermeiros, dois psicólogos, dois médicos, dois agentes comunitários de saúde, dois conselheiros tutelares e um assistente social. Destes, 14 eram do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades entre 28 e 64 anos. O tempo vínculo institucional variou entre 12 e 240 meses. Doze dos profissionais possuem formação complementar, com destaque para as especializações nas áreas de Saúde Pública e Saúde da Família.

A seguir estão descritas as três categorias que, em seu conjunto, identificam as práticas profissionais que silenciam a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes no contexto dos serviços de proteção investigados.

O agir reducionista frente à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes

O agir reducionista frente às situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes engloba um conjunto de práticas profissionais que se ocupam em atender apenas as necessidades físicas apresentadas pelas vítimas, excluindo, do processo de intervenção, os aspectos legais que envolvem o manejo dessas situações, dentre eles, a notificação obrigatória dos casos suspeitos ou confirmados junto ao Conselho Tutelar. As práticas adotadas por alguns profissionais, frente uma criança ou adolescente vitimado, consistem em verificar os sinais vitais, realizar curativos e aplicar medicamentos quanto necessário. *Eu vou ser bem sincera, quando elas [vítimas] internam aqui nós verificamos os sinais vitais, pesamos essa criança e medicamos quando necessário. Claro que o médico vai fazer a anamnese, mas basicamente*

é isso que nós, profissionais da enfermagem fizemos (P₃).

O agir reducionista frente à violência intrafamiliar ainda inclui a falta de registros oficiais referentes aos atendimentos que são realizados. Embora tenham a oportunidade de registrar, os profissionais referem que, se durante o atendimento perceberem que se trata de um caso suspeito ou confirmado de violência intrafamiliar, optam por não formalizar esta informação, passando-a de forma verbal aos demais colegas de equipe. *Se eu suspeitar de alguma situação eu vou até a sala da médica e comento com ela, mas não costumo registrar. Talvez quando a criança está em observação a colega faça o registro (P₄).*

Nos serviços sociais, o agir reducionista frente à violência intrafamiliar é traduzido por meio de práticas profissionais que seguem rigorosamente as rotinas preestabelecidas nestes espaços, independentemente se elas mostram-se adequadas ou não para as diferentes situações atendidas. *Nossa rotina aqui é estabelecer um vínculo com a família. Para isso, nós apostamos no acolhimento. Tem pessoas que vem no serviço e não formam um vínculo porque não se sentem acolhidas, então não temos muito o que fazer. Eu não posso correr atrás da família (P₁₀).*

Questionados quanto aos motivos que levaram a adotar tais ações frente os casos atendidos, os profissionais relataram que apenas seguiram o que acreditam serem suas atribuições perante as situações de violência intrafamiliar. Assim, é possível evidenciar que a problemática da violência é, por vezes, tratada de forma generalizada, com rotinas institucionais preestabelecidas e que nem sempre se enquadram às necessidades de vítimas e famílias.

Os encaminhamentos como transferência da responsabilidade de proteger

Encaminhar vítimas e famílias em situação de violência para o cuidado ou acompanhamento de outros membros da equipe e serviços foi a prática mais expressa pelos profissionais. Estes encaminhamentos parecem assumir o significado de transferir a responsabilidade de proteger as vítimas e isentar os profissionais das demais ações que devem ser realizadas, como, por exemplo, notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência intrafamiliar e realizar o acompanhamento de vítimas e famílias enquanto não chegam aos serviços para onde foram encaminhadas: [...] *eu recebo a criança, presto o primeiro atendimento e encaminho para médico, porque em relação à violência em si é o médico que notifica, até porque é ele quem preenche o laudo final (P₄); [...] se eu receber um caso de violência intrafamiliar eu encaminho*

para a psicóloga, pois acredito que ela que faz essa parte de proteção (P₁). Além de acreditarem que os médicos e psicólogos são os principais responsáveis pela conduta das situações que envolvem a violência intrafamiliar, alguns profissionais também delegam uma grande responsabilidade ao Conselho Tutelar e ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF): [...] uma vez eu liguei para o Conselho Tutelar e falei: 'olha estou te passando o caso que eu atendi', então, se algum dia ocorrer algum problema é só quebrar o sigilo telefônico e eles vão ver que eu te passei o caso (P₇); [...] em relação à violência intrafamiliar a gente liga para o Conselho Tutelar ou o NASF, porque se alguém tiver que colocar o cara no peito vai ter que ser eles (P₁₁).

Ainda dentro desta categoria, é preciso destacar que, embora os profissionais adotem a prática de encaminhar as situações a outros profissionais e serviços, a maioria não soube informar se tais encaminhamentos foram efetivos e contribuíram com o processo de proteção às vítimas, como evidenciado no seguinte discurso: [...] depois que o caso sai do serviço nós não sabemos que acontece com a criança, é difícil ter essa informação (P₁). Por outro lado, alguns profissionais reconhecem a ineficiência dos encaminhamentos realizados, pois diariamente observam a recidiva dos casos que são atendidos em seu cotidiano: [...] nós pegamos um caso aqui de uma criança com suspeita de violência sexual. Encaminhamos para o Conselho Tutelar, mas e aí? Nada foi feito, porque tempos depois ela reinternou com o mesmo problema (P₃).

Estes discursos colocam em evidência que a proteção das vítimas é uma atribuição do outro (profissional e/ou serviço), refletindo a dificuldade de muitos profissionais visualizarem-se como parte integrante de uma rede de serviços que, legalmente, tem por objetivo promover práticas articuladas capazes de promover a proteção de crianças e adolescentes.

A exclusão do agressor do processo de intervenção

Das práticas adotadas frente às situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, relatadas pelos profissionais, nenhuma se ocupa em prestar atendimento ou acompanhamento ao agressor. Alguns profissionais relataram não conseguir, sequer, aproximar-se do agressor, tendo em vista que são situações que geram uma grande carga emocional, com a qual muitos não estão preparados para enfrentar. *Eu sinto muita raiva, desprezo pelo agressor (P₈); Eu já tive que atender uma pessoa que agredia a mulher e os filhos, mas, foi difícil, eu não conseguia nem olhar para ele direito (P₆).*

Evidenciou-se que a exclusão do(a) agressor(a) parece estar institucionalizado, na medida que em nenhuma das rotinas institucionais que foram verbalizadas pelos profissionais busca acolhê-lo(a) ou compreendê-lo(a) como membro integrante da família em situação de violência. Assim, os profissionais entendem que prestar atendimento ao agente da agressão é algo que não faz parte de suas atribuições: [...] quando eu entrei para trabalhar aqui, a primeira coisa que me disseram é que o agressor a gente não atende [...] nós temos a responsabilidade de atender somente a vítima (P₁₃).

Destaca-se que a violência intrafamiliar é um problema que não é visto a partir da diáde vítima-agressor(a), e, embora muitas crianças e adolescentes recebam o atendimento/acompanhamento necessário, quando retornam a seus lares permanecerão no convívio do(a) agressor(a) que, provavelmente, continuará perpetrando atos agressivos, abusivos e negligentes.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo permitem colocar em evidência que as práticas profissionais desenvolvidas frente às situações de violência intrafamiliar nem sempre se constituem em protetivas, contribuindo para que o sofrimento de muitas crianças e adolescentes seja mantido no anonimato.

Embora a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente represente um avanço no que tange à proteção de crianças e adolescentes, neste estudo, as diretrizes deste importante documento pouco foram colocadas em prática. Embora de caráter obrigatório,¹² a notificação dos casos suspeitos ou confirmados ainda é uma prática pouco expressiva. Frente às situações atendidas, os profissionais que participaram deste estudo parecem produzir um cuidado reducionista, apenas voltado ao atendimento das necessidades físicas das vítimas. Estes resultados vão de acordo com os evidenciados em uma pesquisa que objetivou identificar as estratégias de cuidado adotadas por profissionais frente situações de violência contra crianças no contexto hospitalar. Nela, 58,82% dos entrevistados identificam como principais estratégias a verificação de sinais vitais, realização de curativos e administração de medicamentos.¹³

Além disso, discute-se a ausência de ações educativas e preventivas frente à violência, as quais poderiam estar vinculadas às atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuam nos serviços de atenção básica. Para alguns autores, este

modelo de atenção pode ser resultado do modelo biomédico instituído em grande parte dos serviços brasileiros, além da própria formação acadêmica dos profissionais de saúde, na qual é possível observar maior atenção nos processos assistenciais ligados à cura de doenças em detrimento do conhecimento voltado à prevenção.¹⁴

O discurso dos profissionais entrevistados colocou em evidência a falta de registros no que tange ao atendimento prestado às vítimas de violência intrafamiliar. Embora os profissionais contem com uma ficha de triagem e com o próprio prontuário do paciente, onde poderiam registrar suas impressões frente às situações atendidas, estes optam por não formalizar tais informações, as quais acabam sendo repassadas verbalmente entre a equipe.

Desta forma, o agir reducionista dos profissionais deste estudo frente às situações de violência intrafamiliar pode ser decorrente de práticas que parecem estar engessadas a rotinas institucionais preestabelecidas, mesmo estas se mostrando ineficazes em algumas situações. Os profissionais relataram que o acolhimento é a principal ferramenta utilizada para aproximar dos serviços vítimas e famílias. Se por um lado há o reconhecimento de que esta prática nem sempre é efetiva, pois algumas pessoas não se sentem acolhidas e por isso deixam de frequentar os serviços, por outro, não se observou o interesse em avaliar como este acolhimento vem sendo desenvolvido e quais são os pontos a serem melhorados.

A falta de interesse dos profissionais em avaliar suas práticas cotidianas pode ser justificada, tendo em vista que muitos assumem o papel de expectadores frente às situações que envolvem violência contra crianças e adolescentes. São profissionais que não conseguem se visualizar como parte integrante e essencial na gestão destas situações.¹⁵ Além disso, é preciso destacar que, as rotinas preestabelecidas podem, por vezes, gerar certo comodismo ou imobilismo no que tange às mudanças necessárias para o aprimoramento da assistência prestada às vítimas.

É preciso compreender a violência intrafamiliar como um fenômeno complexo,¹⁶ o que requer dos profissionais constantes avaliações e mudanças em suas práticas cotidianas. Intervir junto à violência exige dos profissionais um agir dinâmico que se adeque às necessidades e especificidades de cada família.¹⁶

No que diz respeito aos encaminhamentos relatados pelos profissionais deste estudo, observou-se que esta prática assume a função de transferir a responsabilidade pelas situações a outros profissionais e serviços, principalmente ao Conselho Tutelar.

Estes resultados estão de acordo com pesquisa realizada com profissionais de enfermagem que atuam na atenção básica, os quais identificaram como sua principal atribuição, no atendimento às vítimas de violência, o encaminhamento ou repasse da situação a órgãos como o NASF e Conselho Tutelar.¹⁷ Destaca-se que os profissionais seguem, em parte, as orientações descritas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA),¹² ou seja, comunicam os casos de violência ao Conselho Tutelar. Entretanto, esta atitude não os isenta das demais responsabilidades que estas situações exigem.

Ainda em relação aos encaminhamentos, pesquisadores¹⁸⁻²⁰ têm colocado em evidência os principais entraves desta prática no cotidiano da rede de serviços que prestam assistência às vítimas de violência, dentre eles, carência de fluxogramas de atendimento, desarticulação dos serviços de referência e contrarreferência e a falta de acompanhamento de vítimas e famílias que recebem os encaminhamentos. São fatores que contribuem para que muitos casos sejam esquecidos, arquivados e dados como solucionados.¹⁸⁻²⁰

Neste estudo, não foram identificadas práticas profissionais voltadas a prestar um atendimento e/ou acompanhamento aos agressores, realidade semelhante aos serviços ingleses,²¹ onde a falta de intervenções junto aos agressores é, atualmente, uma das principais inadequações da rede de proteção a crianças e adolescentes. O principal motivo para a exclusão dos agressores dos processos de intervenção deve-se ao fato de que, culturalmente, a sociedade e os profissionais tendem a subestimar a capacidade e vontade destes (agressores) em mudar seus comportamentos.²¹

No intuito de evitar que muitos casos de violência intrafamiliar sejam silenciados e esquecidos, autores sugerem auditorias regulares no interior dos serviços que prestam atendimento às vítimas, visto a necessidade de avaliar de forma contínua a assistência e as intervenções a elas prestadas. A discussão acerca de novas formas de cuidar de vítimas e famílias também se faz necessária, contribuindo para potencializar práticas profissionais singulares e específicas capazes de abranger não somente as necessidades físicas e imediatas das vítimas, mas também os aspectos sociais e legais que envolvam o manejo destas situações.²²⁻²⁴

Embora este estudo tenha limitações importantes que impedem a generalização de seus resultados, tanto pela natureza qualitativa quanto pelo tamanho da amostra, seus resultados permitem reconhecer a institucionalização de práticas profis-

sionais capazes de silenciar a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Adicionalmente, seus resultados colocam em evidência a necessidade de discutir e repensar sobre novas formas de agir frente ao fenômeno, visto que falhas nos processos de intervenção podem contribuir para que muitas crianças e adolescentes tenham seu sofrimento mantido no anonimato.

CONCLUSÃO

No presente estudo identificou-se que as práticas profissionais, desenvolvidas frente à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, embora se ocupem em atender os agravos físicos e psicológicos, não se mostram efetivas em termos de proteção às vítimas. Observou-se que tais práticas são expressas por um agir reducionista, por parte dos profissionais, frente às situações de violência atendidas em seu cotidiano, ou seja, limitado apenas ao atendimento dos agravos físicos apresentados pelas vítimas, sem registros de atendimento e sem a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência.

Em relação à prática dos encaminhamentos, da maneira como esta vem sendo desenvolvida pelos profissionais deste estudo, acredita-se que ela pode vir a contribuir para que muitas crianças e adolescentes tenham o seu sofrimento esquecido ou mantido no anonimato, visto que, os profissionais acabam transferindo a responsabilidade pela proteção das vítimas aos colegas de equipe e até mesmo a outros serviços. A falta de registros formais sobre as condutas realizadas impedem que vítimas e famílias sejam monitoradas, mesmo após receberem os encaminhamentos julgados necessários pelos profissionais.

Por fim, a exclusão do(a) agressor(a) dos processos de intervenção é, também, uma das inadequações dos serviços e que contribuem para que a violência seja silenciada, pois sem a oferta de um tratamento e/ou acompanhamento a probabilidade do agressor mudar suas atitudes é reduzida, o que compromete ainda mais a saúde e o desenvolvimento de crianças e adolescentes, pois, provavelmente, continuarão convivendo com constantes agressões, atos abusivos e negligentes.

REFERÊNCIAS

1. Cater AK, Andershed AK, Andershed H. Youth victimization in Sweden: prevalence, characteristics and relation to mental health and behavioral problems in young adulthood. *Child Abuse Negl.* 2014; 38(8):1290-302.
2. Apostólico MR, Hino P, Yoshika E. Possibilities for addressing child abuse in systematized nursing consultations. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2015 Dec 13]; 47(2):320-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200007
3. Miller GE, Chen E, Parker KJ. Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychol Bull.* 2011; 137(6):959-97.
4. Moore SE, Scott JG, Ferrari AJ, Mills R, Dunne MP, Erskine HE, et al. Burden attributable to child maltreatment in Australia. *Child Abuse Negl.* 2015 Oct; 48:208-20.
5. Danese A, McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiol Behav.* 2012; 106(1): 29-39.
6. Taillieu TL, Brownridge DA, Sareen J, Afifi TO. Childhood emotional maltreatment and mental disorders: results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse Neglect.* 2016; 59: 1-12.
7. Habigzang LF, Azevedo GA, Koller SH, Machado PX. Risk and protective factors in the resource network for children and adolescences victims of sexual violence. *Psicol Reflex Crít* [Internet]. 2006 [cited 2016 Jan 14]; 19(3):379-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000300006
8. Hrickson MJ, Hill TD, Siegel RM. Barriers to domestic violence screening in the pediatric setting. *Pediatrics.* 2001; 108(1):98-102.
9. Ungar M, Liebenberg L, Dudding P, Armstrong M, Van De Vijverd, FJR. Patterns of service use, individual and contextual risk factors, and resilience among adolescents using multiple psychosocial services. *Child Abuse Neglect.* 2013; 37(2-3):150-9.
10. Smith DE. Institutional ethnograph: a sociology for people. Lanham (MD): AltaMira Press; 2005.
11. Moraes R, Galiazz MC. Análise textual discursiva. 2^a ed. Ijuí (RS): Editora Unijuí; 2011.
12. Ministério da Saúde (BR). Estatuto da Criança e do Adolescente. 3^a ed. Brasília (DF): MS; 2006.
13. Cocco M, Silva EB, JAHN AC. Approach of health professionals in hospitals to children and adolescents victims of violence. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2010 [cited 2015 Oct 15]; 12(3): Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a11.htm
14. Oliveira AMN, Marques LA, Silva PA, Prestes RC, Biondi HS, Silva BT. Percepção dos profissionais de saúde frente às intervenções primárias: revelando a violência intrafamiliar. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 12]; 24(2):424-31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00424.pdf

15. Ribeiro JP, Silva MRS, Cezar-Vaz MR, Silva PA, Silva BT. The protection of children and adolescents: an analysis of public policies and their relationship with the health sector. *Educ Enfer* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 14]; 31(1):133-41. Available from: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/11520/14400>
16. Moraes RLGL, Sales ZN, Rodrigues VP, Oliveira JS. Ações de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência. *Rev Cuidado Fundam* [internet]. 2016 [cited 2016 Sep 12]; 8(2):4472-86. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4688/pdf_1901
17. 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 [cited 2015 Nov 27]; 21(spe):172-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700022&script=sci_arttext&tlang=pt
18. Gomes NP, Erdmann AL, Mota LL, Carneiro JB, Andrade SR, Koerich C. Referrals of women in domestic violence situations. *Mundo da Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2016 Feb 11]; 37(4):377-84. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/encaminhamentos_mulher_situacao_violencia_conjugal.pdf
19. Gonçalves CFG, Silva LMP, Pitangui ACR, Silva CC, Santana MV. Network action for the care of adolescent victims of violence: challenges and possibilities. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 10]; 24(4):976-83. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71443247008.pdf>
20. Barros LM, Albuquerque MCS, Gomes NP, Riscado JLS, Araújo BRO, Magalhães JRF. The (un)receptive experiences of female rape victims who seek healthcare services. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 10]; 49(2):193-200. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0193.pdf
21. Osborn M. Working with fathers to safeguard children. *Child Abuse Neglect*. 2014; 38(6):993-1001.
22. King W, Reid C. National audit of emergency department child protection procedures. *Emerg Med J* [Internet]. 2003 May [cited 2016 Jan 20]; 20(3):222-4. Available from: <http://emj.bmjjournals.com/content/20/3/222.full.pdf+html>
23. Woiski ROS, Rocha DLB. Nursing care for sexually abused children in hospital emergency units. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2010 [cited 2015 Nov 15]; 14(1):145-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100021
24. Acosta DF, Gomes VLO, Fonseca AD, Gomes GC. Violência contra mulher por parceiro íntimo: (in) visibilidade do problema. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 15]; 24(1):121-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00121.pdf