



DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

(Difficulties in caring for children and adolescents who are victims of domestic violence)

Emerson Piantino Dias 

Doctor en Psicología

Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil

Karinne Regis Duarte 

Doctora en Psicología

Universidade Federal de Catalão, Goiás, Brasil

Resumen

Las prácticas de los y las profesionales de salud de la Estrategia de Salud de la Familia son fundamentales para fortalecer las políticas de combate a la violencia contra los niños, niñas y adolescentes. El objetivo de la investigación es describir las dificultades de estos y de estas profesionales en la atención de casos de violencia intrafamiliar. Se trata de una investigación cualitativa en la que se utilizó el análisis de contenido según la propuesta de Bardin. Fueron entrevistados/as 14 profesionales de la salud de dos equipos de la Estrategia de Salud de la Familia, en la ciudad de Uberlândia, Brasil. Las entrevistas mostraron que la detección de violencia contra niños, niñas y adolescentes se da a través de la comunicación con otras instituciones, principalmente escuelas. Por lo tanto, es necesario ofrecer a los/las profesionales de la salud que trabajan cotidianamente con la violencia intrafamiliar, además de capacitación y educación permanente, apoyo psicosocial para que puedan expresar y elaborar sus experiencias de trabajo en el sentido de fortalecerlos/las para que puedan actuar en la acogida de niños, niñas y adolescentes en situación de violencia, así como para enfrentar y combatir este tipo de situaciones.

Palabras clave: Violencia Intrafamiliar, Estrategia de Salud de la Familia, Análisis de contenido, Violencia contra los niños, niñas y adolescentes

Abstract

The practices of health professionals in the Family Health Strategy are essential to strengthen policies to combat violence against children and adolescents. The objective of the research is to describe the difficulties of these professionals in caring for cases of domestic violence. This is a qualitative research in which content analysis was used according to Bardin's proposal. 14 health professionals from two teams of the Family Health Strategy, in the city of Uberlândia, Brazil, were interviewed. The interviews showed that the detection of violence against children and adolescents occurs mainly through communication with other institutions, mainly schools. Therefore, it is necessary to offer

health professionals who work daily with domestic violence, in addition to training and continuing education, psychosocial support so that they can express and elaborate their work experiences in the sense of strengthening them so that they can act in the reception of children and adolescents in situations of violence, as well as to confront and combat these types of situations.

Keywords: Intrafamily violence, Family Health Strategy, Content analysis, Violence against children and adolescents

1. INTRODUCCIÓN

Conocer y saber identificar aquello que pone en evidencia las manifestaciones de violencia que más afectan a los niños, niñas y adolescentes es fundamental para ofrecer atención y protección social, especialmente en la red pública de salud en Brasil. El objetivo de este manuscrito es identificar las dificultades de los/las profesionales de salud de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en la atención de casos de violencia intrafamiliar contra niños, niñas y adolescentes, en la ciudad brasileña de Uberlândia, Minas Gerais. El Programa Salud de la Familia (PSF), creado por el Ministerio de Salud de Brasil en 1994 y denominado hoy Estrategia de Salud de la Familia (ESF) opera como la entrada a la red de protección. La ESF es una propuesta de reestructuración de la actual atención de salud, con enfoque en los principios de universalidad y equidad del Sistema Único de Salud (SUS). Su principal nivel de actuación es la Atención Primaria de Salud (APS), orientados hacia la calidad de vida y promoción de salud.

Las unidades de salud de la familia están compuestas básicamente por un/a médico/a generalista, un/a enfermero/a, un/a técnico/a o auxiliar de enfermería y los/las agentes comunitarios/as de salud (ACS), además de otros/as profesionales que también pueden integrar los equipos, como psicólogos/as, trabajadores/as sociales y odontólogos/as, de acuerdo a las necesidades de las familias atendidas (Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, 2014).

Los/as profesionales que actúan en equipos de salud de la familia ocupan un espacio privilegiado para desarrollar acciones de promoción de salud como medidas para prevenir la violencia contra niños, niñas y adolescentes, que no se limita a intervenciones inmediatas de medicalización que, en su mayoría, son poco efectivas ya que se sustentan en circuitos de dependencia y no en una cultura de derechos ciudadanos. Las prácticas de estos/as profesionales son fundamentales para fortalecer las políticas de combate a la violencia contra los niños, niñas y adolescentes y dar una respuesta más ética a las necesidades de las comunidades y a las posibilidades que la psicología puede ofrecer como una poderosa estrategia de atención. Esto refuerza la importancia de orientar acciones y consensuar estrategias para la atención integral en salud de los niños, niñas, adolescentes y sus familias, de acuerdo con las directrices de la Política Nacional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad por Accidentes y Violencia, la Política Nacional de Promoción de la Salud y la Política Nacional de Atención Básica/Primaria (Bezerra & Monteiro, 2012; Dias & Duarte, 2023).

Los datos más recientes del Ministerio de Salud revelan que en 2021 se denunciaron en Brasil 27.544 casos de violencia física contra niños, niñas y adolescentes y 20.251 casos de violencia sexual. En la ciudad de Uberlândia se registraron durante ese mismo año, 181 casos de violencia física y 200 casos de violencia sexual. Este panorama puede ser aún más grave si se tiene en cuenta que muchos de estos delitos nunca son denunciados. El trabajo multidisciplinario desarrollado por la ESF en conjunto con la red de protección es una articulación indispensable no solo para identificar, notificar, prevenir y combatir los casos de violencia, sino para apoyar a los/las profesionales de la salud en sus prácticas en la red (Seeger et al., 2010).

La violencia provoca problemas sociales, emocionales, psicológicos y cognitivos capaces de impactar en la salud de los niños, niñas y adolescentes a lo largo de su existencia. Esta es una violencia acumulativa y excluyente, que les provoca problemas de salud, como dolores de cabeza, náuseas, trastornos del sueño, dificultad para respirar, depresión, apatía, irritabilidad, ansiedad, miedo, dificultades de aprendizaje, además de generar una mayor demanda de atención en los servicios de la red pública de salud (Oliveira & Acampora, 2014).

La violencia contra los niños, niñas y adolescentes está relacionada con todas las formas de agresión que pueden causar daños reales o potenciales a la salud, la supervivencia, el desarrollo y la dignidad humana. De esta forma, puede definirse violencia como uso de la fuerza física o poder, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que resulte o tenga una alta probabilidad de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la violencia contra los niños, niñas y adolescentes en cuatro tipos: maltrato y abandono físico, sexual, emocional o psicológico, que puede resultar en daños físicos, psicológicos; daños al crecimiento, desarrollo y maduración de los niños, niñas y adolescentes. Abordar el tema de la violencia debe contemplar la argumentación en un coro polifónico y dialógico (Minayo & Souza, 1997; Nunes & Sales, 2016).

En Brasil, el maltrato, la violencia y el abandono han marcado la trayectoria de la infancia pobre. Los niños, niñas y adolescentes crecen insertos en un proceso sociopolítico de trabajo temprano, subordinación, control político, disciplina y obediencia tutelada, situación que desde el punto de vista actual, parece totalmente inadecuada para el desarrollo de esta población (Dias & Duarte, 2023).

El tema ganó relevancia política y visibilidad entre la sociedad brasileña, principalmente a partir de la década de 1990, con la implementación del Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA) a través de la Ley nº. 8.069, con el objetivo de garantizar la promoción de la salud y la prevención de daños a niños, niñas y adolescentes, y la obligación de identificar y denunciar la violencia, incluso en casos sospechosos. Así, el Estado cuenta con instrumentos jurídicos de protección en situaciones de violencia en la niñez y adolescencia (Brasil, 1990; Nunes & Sales, 2016).

En busca de formas de prevención y protección para esta población, la dinámica del trabajo en red es fundamental, o sea, la articulación de diferentes sectores y áreas de conocimiento con el fin de obtener una interlocución que posibilite efectuar la integración entre asistencia social, educación, salud, deporte y ocio, defensa social y cultura y fortalecimiento de la protección social de la niñez y la adolescencia (Ministério da Saúde,

2010; Moreira, 2017). El trabajo interdisciplinario reúne diferentes disciplinas y niveles y permite intercambiar experiencias de manera integrada y coordinada, con un objetivo común (Dias & Nogueira, 2012).

El presente manuscrito utiliza en específico datos de la categoría Dificultad en el marco de la investigación mencionada, parte de la tesis doctoral titulada “RED SIN LAZOS: análisis psicosocial de la atención a la salud de niños y adolescentes víctimas de violencia en la ciudad de Uberlândia – MG” por la Universidad Católica de Minas Gerais – PUC-Minas.

2. MÉTODO

2.1. Tipo de estudio

Esta es una investigación cualitativa en la que se utilizó el análisis de contenido según la propuesta de Bardin (2011).

2.2. Muestra

Tabla 1.

Profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia entrevistados en la ciudad de Uberlândia – MG, Brasil

Profesión	N. de profesionales entrevistados
Agentes comunitarios/as de salud	02
Asistente Social	01
Enfermero/a	02
Logopeda	01
Médico/a	02
Odontólogo/a	02
Psicólogo/a	02
Técnico/a en Enfermería	02
Total	14

Nota. N: número de profesionales.

2.3. Instrumento

El instrumento que se ha utilizado fue entrevistas semiestructuradas. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y sometidas a análisis de contenido, siguiendo la modalidad de análisis temático que vincula el tema a un enunciado, el cual puede ser representado por palabras, frases o resúmenes. Su objetivo es revelar las categorías que aparecen en los mensajes, cuya frecuencia tiene alguna representación para el objeto estudiado (Minayo, 2010).

2.4. Procedimiento

Como criterio para la elección de los/as entrevistados/as, se seleccionó como informante a un/a representante de cada una de las categorías profesionales que integran el sistema de atención del ESF, considerando como criterio de heterogeneidad que formaran parte de un equipo más antiguo y de uno más reciente. La elección se justifica por la consideración de que el tiempo de trabajo y la experiencia vivida por los/as profesionales produciría abordajes diferentes en el tratamiento de los casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes.

El análisis del material obtenido en las entrevistas se realizó en tres etapas, a saber: 1) ordenación de los datos con la transcripción de las grabaciones, relectura del material y organización de los relatos; 2) clasificación o exploración de los datos para la elaboración de categorías temáticas, y 3) análisis o tratamiento final de los resultados obtenidos, estableciendo los vínculos entre datos y teoría.

El presente manuscrito utiliza en específico datos de la categoría Dificultad en el marco de la investigación mencionada. La categorización es una operación de clasificación de los elementos constitutivos de un conjunto, por diferenciación y luego por reagrupación, según el género (analogía), con criterios previamente definidos. Las categorías son rúbricas o clases que agrupan un grupo de elementos (unidades de registro, en el caso del análisis de contenido) bajo un título genérico, agrupación realizada a partir de los caracteres comunes de estos elementos (Bardin, 2011).

2.5. Aspectos éticos

Las entrevistas fueron grabadas digitalmente después de la autorización del/a entrevistado/a mediante la firma del Formulario de Consentimiento Libre e Informado (TCLE), en conformidad con la Resolución nº. 466/2012 del Consejo Nacional de Salud. La aprobación del proyecto para la realización de este estudio fue dada por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Pontificia Universidad Católica de Minas Gerais (PUC Minas), bajo el dictamen número 1.481.780.

2.6. Análisis de datos

La clasificación para identificar las declaraciones de los/as entrevistados/as se hizo de la siguiente manera: A1 para el primer/a entrevistado/a del equipo más antiguo y R1 para primer/a entrevistado/a del equipo más reciente; A2 para segundo/a entrevistado/a del equipo más antiguo y R2 para segundo/a entrevistado/a del equipo más reciente, y así sucesivamente hasta A7 y R7, siempre utilizando la categoría profesional de cada uno/a de los/as entrevistados/as.

3. RESULTADOS Y DISCUSIONES

Los siguientes registros presentan datos sobre las experiencias cotidianas que los/as profesionales que actúan en la ESF tienen en relación con los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia doméstica. Cuando preguntamos a los/as profesionales cuáles son

las dificultades para intervenir en casos de violencia intrafamiliar contra niños, niñas y adolescentes en su actividad profesional, algunos las identificaron como deficiencias en la respuesta del Consejo Tutelar en casos que le son notificados, como la ineficacia ante casos considerados “menos graves”, retrasos en contestar y dificultades de comunicación en la red de apoyo.

En la siguiente narración, podemos ver tales dificultades relacionadas con el trabajo de los/as consejeros/as de tutela

Incluso cuando hacemos una demanda, parece así, priorizan los casos más flagrantes, extremos, esas cosas que son de la policía, muy fuertes, entonces, tenemos este problema, creo que la cantidad de personas responsables del Consejo Tutelar, creo que es, tienen un área muy grande de cobertura y terminan teniendo dificultades, entonces a veces un pequeño problema termina convirtiéndose en un gran problema (A1 – Enfermera).

Creado por el Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA), el Consejo Tutelar es un órgano permanente y autónomo que representa la sociedad en la defensa de los derechos de la población infantil y juvenil, como el derecho a la vida, la salud, la educación, el ocio, la libertad, la cultura, la convivencia familiar y comunitaria. Es un órgano que media y monitorea los derechos y políticas de atención de la niñez y adolescencia y propicia la aproximación entre sociedad y Estado. El trabajo se lleva a cabo en colaboración con escuelas, organizaciones sociales y servicios públicos.

En el caso de las consultas realizadas por profesionales de la enfermería, uno de los profesionales entrevistados refiere que la falta de atención del Consejo Tutelar a todos los casos puede perjudicar el proceso de seguimiento y resolución de casos de violencia intrafamiliar. La falta de notificación adecuada dificulta el diagnóstico de problemas y demandas de la población infantil y juvenil, además de dificultar la planificación de la atención a las víctimas en las unidades básicas de salud y en toda la red de salud (Luna et al., 2010).

La importancia de una red de apoyo efectiva como mecanismo para proteger a niños, niñas y adolescentes y prevenir casos de violencia en sus familias requiere la capacitación de los/as profesionales involucrados/as y de una infraestructura que garantice el derecho de la víctima a la atención (Rosa & Lira, 2012).

La desarticulación entre los dispositivos de la red de salud también es destacada por otra profesional como una de las dificultades para actuar ante situaciones de violencia contra niños, niñas y adolescentes, como podemos ver en la siguiente entrevista:

Hay muchos dispositivos, pero el diálogo entre los dispositivos aún es lejano y muy defectuoso, así, por ejemplo, cuando nos llaman o invitan a discutir algunos temas, nosotros vamos pero, cuando hablamos de articulación para acceder a estos medios, todavía estamos muy lejos, muchas veces no sabemos de primera mano a quién activar primero, que órgano, hay dificultad para encontrar una persona en estos dispositivos y esto termina limitando un poco más el trabajo para tomar medidas, incluso correctivas (R4 – Psicóloga).

La importancia de la intervención interdisciplinaria, realizada de manera integrada entre diferentes instituciones es parte del principio de integralidad del SUS. Para lograr el concepto de integralidad, es necesario que:

Los profesionales en su quehacer diario busquen insertar en sus prácticas un enfoque integral que implique trabajar con un concepto más amplio de salud, con la idea de un equipo multidisciplinario, con la ampliación del concepto de cuidado que sitúa las necesidades del usuario en el centro del pensamiento y de la producción de cuidados. La integralidad como concepto estructural y constitutivo en las prácticas de producción de cuidados, apunta a un sistema de salud centrado en el usuario y busca una visión dirigida a la idea de totalidad del sujeto, adversa a la fragmentación (Fontoura & Mayer, 2006).

Desarrollar competencias para fortalecer la articulación interinstitucional de quienes están en contacto con niños, niñas y adolescentes para propiciar que accedan a la restitución integral de sus derechos vulnerados es importante para dictar medidas de protección especial y de cuidados en casos de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar.

Es competencia de los/as profesionales de la salud elaborar un diagnóstico de los casos de violencia, así como conocer el camino a seguir en los casos de sospecha y/o confirmación de la ocurrencia. Sin embargo, muchos profesionales no están preparados/as para actuar adecuadamente ante tales situaciones, demostrando inseguridad debido a la falta de conocimientos y habilidades para enfrentar estos casos.

En ese sentido, notamos la dificultad que experimenta un ACS en el trato con las familias sobre situaciones de violencia y la relevancia de este problema como parte de su trabajo:

Porque soy así, voy allí y visito y realmente no me gusta interferir mucho, sólo cuando es algo así, ¿no? Entonces gracias a Dios no tengo porque es difícil llegar a estas calles, ¿no? Y llegas allí y quieres poner orden en la casa, ¿no? Tengo esta dificultad (A2 – ACS).

Para otro profesional del equipo, las incertidumbres por desconocimiento sobre el flujo de atención a las víctimas de violencia son las mayores dificultades que enfrenta, relatando que ve a su trabajo como desconectado del equipo.

Las dificultades serían realmente asegurarse de que esto esté sucediendo, ¿cómo llegar para poder ayudar de alguna manera a ese niño porque, principalmente en mi zona, porque en PSF, cuando tengo un problema, hablo con la enfermera de mi equipo y con esta enfermera, vale? (R5 – Odontólogo).

Independientemente de la formación profesional, quienes trabajan con niños, niñas y adolescentes necesitan necesariamente de una formación que les permita reconocer las señales de violencia, pero los/as odontólogos/as tienen un papel importante en el reconocimiento de niños niñas y adolescentes víctimas de violencia, especialmente en casos de violencia física y negligencia. Algunos tipos de maltrato pueden percibirse en el momento de la atención odontológica, cuando el niño, niña o adolescente presenta lesiones faciales, dentales o de tejidos blandos sin una explicación coherente y con un informe incompatible con el cuadro clínico (Alves et al., 2016).

Una dificultad notada por los/as profesionales es el silenciamiento de los casos por parte de los padres. Se trata de actitudes ocultas por los familiares, que rara vez llegan de forma espontánea al equipo de salud y que cuando son notadas por los/as profesionales, los padres niegan o intentan minimizar el daño causado por su conducta violenta. En la siguiente narración, podemos ver que cuando una niña fue atendida, sus padres intentan justificar la violencia contra su hija:

DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

En otros casos, como agresión, violencia sexual, tratan (los padres) de camuflarlo, lo niegan, "entonces no, fue solo esta vez", "no, ahora no quiero más hablar de eso". Entonces, damos cita y ellos (los padres) no vienen, los buscamos, no hay respuesta, están trabajando, entonces siempre hay una excusa, pero es muy difícil (A3 – Médico).

La naturalización de la violencia, arraigada en el proceso histórico-cultural de las familias brasileñas, requiere mayor atención de los equipos de salud en la promoción de la salud y de una cultura de no violencia y respeto a la ciudadanía. La vulneración de la dignidad de la población infantil y juvenil no es nada nuevo, ya que vivimos en una sociedad históricamente violenta, marcada por desigualdades de clase, género, raciales y étnicas. Esta violencia tiene varias facetas que van desde las desigualdades socioeconómicas hasta la práctica del exterminio (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

El trabajo interdisciplinario y multidisciplinario es una herramienta para prevenir y combatir la violencia intrafamiliar. Estas acciones también deben extenderse a otras áreas como la educación, el trabajo con padres, estudiantes y maestros/as en las escuelas, la comunidad en general y otros espacios sociales presentes en el territorio (Ministério da Saúde, 2010). Una dificultad es el miedo que sienten los/as profesionales de verse involucrados en casos de violencia y ser amenazados por los padres, y la garantía de castigo al agresor y protección del niño y niña, como podemos ver en la siguiente entrevista:

También está el problema de que, como profesional de la salud, estás atrapado, ¿no? Y también amenazas a los profesionales de la salud para que no lleven el caso adelante, ¿no? Muchos profesionales tienen miedo, y creo que el gran problema es que no tenemos una red de atención establecida, y que eso tenga un fin, por ejemplo: castigar al agresor, porque vemos esto, ya hemos sufrido mucho en casa, a veces el niño no tiene vuelta atrás en cuanto a cuestiones psicológicas, una serie de cosas que le llevan a la muerte (A6 – Trabajadora Social).

En otra entrevista, notamos la dificultad que enfrentan los profesionales de la psicología en la atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia por la falta de infraestructura y recursos adecuados.

No tenemos recursos, no tenemos nada divertido. Entonces hablamos, dibujamos, todo con creatividad, tampoco tenemos material adecuado, para mí es la mayor dificultad (A7 – Psicólogo).

La derivación, apoyo y asesoría para que las víctimas accedan a otros servicios de asistencia puede eximir a los/as profesionales del equipo de realizar otras acciones necesarias, como notificar casos sospechosos o confirmados de violencia intrafamiliar y realizar un seguimiento adecuado de las víctimas y sus familias. Es competencia de los/as profesionales de la salud elaborar un diagnóstico de los casos de violencia, así como conocer el camino a seguir en los casos de sospecha y/o confirmación de la ocurrencia.

Observamos la dificultad de los/as profesionales para verse a sí mismos como parte integral de una red de servicios que jurídicamente, tienen como objetivo promover prácticas articuladas capaces de proteger a los niños, niñas y adolescentes. Además, la atención a las víctimas es siempre de responsabilidad de otro/a profesional u otro servicio. En ese sentido, notamos la dificultad que experimenta un logopeda en la siguiente narración:

Creo que lo denunciaría, pero no sé cómo decírtelo, no lo sé, llamaría a la trabajadora social, ¿qué debo hacer? Llama al jefe de policía, no lo sé, pero es complicado, ¿no? Porque escuchamos algunas historias, ¿verdad? Que todos se movilizaron y de repente, esa mujer, generalmente, es la mujer que es la víctima, ¿no? O el niño, y si es el niño la víctima, la mujer no lo denuncia, deja que suceda, entonces yo personalmente lo denunciaría, dentro de la propia unidad, llamaría al médico o al trabajador social (R3 – Logopeda).

Estudios indican que la principal conducta de los/as logopedas en casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes está directamente relacionada con la remisión de los casos a asistentes sociales y profesionales de psicología y que hay pocas denuncias de abuso infantil y juvenil de la categoría. Los resultados evidenciaron la falta de preparación de los logopedas para enfrentar el problema, y sugirieron la inclusión del tema en cursos de grado, además de ofrecer cursos de capacitación y educación continua para profesionales que actúan tanto en servicios públicos como privados (Acioli et al., 2011).

Se destacaron dificultades emocionales del propio equipo profesional al tratar con víctimas de violencia intrafamiliar. En otra entrevista, una enfermera informó que la dificultad está relacionada con el hecho de que ella es madre:

Creo que la mayor dificultad es personal. Distinguir lo emocional de lo profesional, ¿verdad? Porque tenemos hijos, creo que la dificultad es separar lo que es trabajo, hay que afrontarlo, tratar de que no te afecte, porque somos madres, entonces para mí la mayor dificultad que tengo es esta (R7 – Enfermera).

El contacto con la violencia puede resultar agotador y movilizar emociones, como miedo, ira o la impotencia. Es importante prestar atención a estas emociones y hablar con todo el equipo y también con los/as profesionales de la red específica de atención a la violencia para reducir el sufrimiento causado. Cuidarte a ti mismo es muy importante para cuidar a los demás. La intervención de los/as profesionales de la salud favorece la salud física y emocional de niños, niñas y adolescentes en su proceso de desarrollo, sin embargo, es importante recordar que es necesario el apoyo psicológico a los/as profesionales que atienden a niños, niñas y adolescentes en situaciones de violencia (Ministério da Saúde, 2010; d'Oliveira & Schraiber, 2012).

4. CONCLUSIONES

En esta investigación se identificó que las prácticas profesionales desarrolladas frente a la violencia intrafamiliar contra niños, niñas y adolescentes, si bien abordan daños físicos y psicológicos, no son efectivas en términos de protección de las víctimas.

Las dificultades que enfrentan los/as profesionales que trabajan en la ESF para abordar los casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes están relacionadas con la falta de conocimiento del flujo y de un enfoque multidisciplinario e intersectorial para tratar los casos.

Las entrevistas mostraron que la detección de violencia contra niños, niñas y adolescentes se da principalmente a través de la comunicación con otras instituciones, principalmente escuelas, pero también a través de denuncias de vecinos a agentes comunitarios/as y visitas domiciliarias realizadas por el equipo.

Con relación a la forma en que las prácticas de derivación son realizadas por los/as profesionales de la salud en esta investigación, se nota que puede contribuir al olvido del sufrimiento de las víctimas o mantenido en el anonimato, ya que los/as profesionales no se ven a sí mismos/as como parte del equipo de protección y atención.

El trabajo de fortalecimiento de las redes (de salud, educación, protección) es una estrategia que debe ser considerada para un trabajo articulado y efectivo. A partir de esta investigación, se plantean, además, otros aspectos, como la pertinencia de las acciones interdisciplinarias e intersectoriales en la prevención y el combate de la violencia contra niños, niñas y adolescentes. Es necesario ampliar la mirada sobre la atención a niños, niñas y adolescentes que sufren violencia intrafamiliar, así como capacitar profesionales y difundir los flujos de atención y seguimiento a situaciones de violencia, además de hacer más efectivo el sistema de notificación obligatoria, instrumento que es capaz de actuar como factor protector cuando se lo asocia a otras estrategias.

La violencia intrafamiliar es un fenómeno complejo, que requiere que los/as profesionales de la salud evalúen y cambien constantemente sus prácticas cotidianas. Intervenir frente a la violencia requiere que los/as profesionales adopten una acción dinámica y adaptada a las necesidades y especificidades de cada familia.

Por lo tanto, es necesario también ofrecer a los/as profesionales de la salud que trabajan cotidianamente con la violencia intrafamiliar, además de capacitación y educación permanente, apoyo psicosocial para que puedan expresar y elaborar sus experiencias de trabajo en el sentido de fortalecerlos/as para que puedan actuar en la acogida de niños, niñas y adolescentes en situación de violencia, así como para enfrentar y combatir este tipo de situaciones.

Esta investigación puede apoyar a otras investigaciones futuras sobre la violencia intrafamiliar cometida contra niños, niñas y adolescentes, así como inspirar a los/as trabajadores/as involucrados/as en la red de atención de la salud que se dedican a la atención de las víctimas.

Agradecimientos

Agradecemos a la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por el apoyo a este estudio.

Bibliografía

- Acioli, R. M. L., Lima, M. L. C., Braga, M. C., Pimentel, F. C., & Castro, A. G. (2011). Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: Identificação, manejo e conhecimento da rede de referência por fonoaudiólogo em serviços públicos de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(1), 21–28. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000100003>

- Alves, M. A., Fonseca, B. A., Soares, T. R. C., França, A. K. A., Azevedo, R. N., & Tinoco, R. L. R. (2016). Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de abuso sexual infantil: Revisão de literatura. *Revista Brasileira de Odontologia Legal*, 3(2), 92–99. <https://doi.org/10.21117/rbol.v3i2.9>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bezerra, K. P., & Monteiro, A. I. (2012). Violência intrafamiliar contra a criança: Intervenção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(2), 354–364. <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027981012.pdf>
- Brasil. (1990). *Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990*. Estatuto da Criança e do Adolescente ECA. Presidência da República. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/publicacoes/eca-2023.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde* (2. ed.). Brasília: Conselho Federal de Psicologia. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/CFP_atencaoBasica-2.pdf
- d'Oliveira, A. F. P. L., & Schraiber, L. B. (2012). Abordagem à violência doméstica. In G. Gusso & J. M. C. Lopes (Orgs.), *Tratado de medicina de família e comunidade: Princípios, formação e prática* (Vol. 2, pp. 701–709). Artmed.
- Dias, E. P., & Duarte, K. R. (2023). Cambios en el comportamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar. *Castalia - Revista de Psicología de la Academia*, (40), 93–106. <https://doi.org/10.25074/07198051.40.2455>
- Dias, R. B., & Nogueira, F. P. S. (2012). Trabalho em equipe. In G. Gustavo & M. C. L. José (Orgs.), *Tratado de medicina de família e comunidade: Princípios, formação e prática* (Vol. 1, pp. 341–349). Artmed.
- Fontoura, R. T., & Mayer, C. N. (2006). Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(4), 532–536. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400011>
- Luna, G. L. M., Ferreira, R. C., & Vieira, L. J. E. de S. (2010). Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 481–491. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200025>
- Minayo, M. C. (2010). Pesquisa social: Teoria, método e criatividade. Vozes.
- Minayo, M. C. de S., & Souza, E. R. (1997). Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*, 4(3), 513–531. http://www.mpgg.mp.br/portal/arquivos/2015/05/22/17_11_36_40_viol%C3%Aancia_e_sa%C3%Bade.pdf

- Ministério da Saúde. (2010). *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: Orientação para gestores e profissionais de saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf
- Moreira, T. S. (2017). *Núcleo de atendimento virtual em saúde do adolescente: Uma possibilidade de intervenção no ambiente escolar* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Estado da Bahia. <http://www.saberaberto.uneb.br/bitstream/20.500.11896/1132/1/TATIANA%20DOS%20SANTOS%20MOREIRA%20-%20GESTEC%20%202015.1.pdf>
- Nunes, A. J., & Sales, M. C. V. (2016). Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), 871–880. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>
- Oliveira, S. de., & Acampora, B. (2014). Sem palmadas. *Revista Psique Ciência e Vida*, (103), 24–30.
- Rosa, E. M., & Lira, M. O. de S. C. (2012). Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: Rede de apoio e superação. *Jornal de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 22(2), 246–252. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822012000200018&script=sci_arttext&tlng=pt
- Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia. (2014). *Unidades básicas de saúde da Família*. <http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria/65/saude>
- Seger, A. C. B. P., Caldart, P., & Grossi, P. K. (2010). Desvelando a violência contra as crianças em um hospital universitário: Desafios para o Serviço Social. *Textos & Contextos*, 9(1), 118–131. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7286>