



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Zulato Barbosa, Patrícia; Pegoraro, Renata F.

Violência Doméstica e Psicologia Hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe  
que agride

Saúde e Sociedade, vol. 17, núm. 3, julio-septiembre, 2008, pp. 77-89

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263702009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

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

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Violência Doméstica e Psicologia Hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride

## Domestic Violence and Hospital Psychology: possibilities of action when a mother commits violence

### **Patrícia Zulato Barbosa**

Especialista em Psicologia Hospitalar. Psicóloga da Prefeitura Municipal de Angra dos Reis.

Endereço: Rua 24-A, n 28, San Remo, Volta Redonda, RJ, CEP 27285-400, RJ, Brasil.

E-mail: patzulato@yahoo.com.br

### **Renata F. Pegoraro**

Doutora em Psicologia. Professora Convidada do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Psicologia Hospitalar, Universidade Veiga de Almeida.

Endereço: Rua Voluntários da Pátria, 330/ 601, Botafogo, CEP 22270-010, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: rfpegoraro@yahoo.com.br

### **Resumo**

Esse trabalho pretende analisar a atuação do psicólogo hospitalar diante de situações de maus-tratos cometidos pela mãe contra seu filho, procurando manter uma postura de análise e enfrentamento, que considere o caráter multifatorial tanto de uma situação de violência como da que existe na relação mãe/filho. Para isso foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Scielo e Lilacs e na Biblioteca do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFRJ, usando como palavras-chave: maus-tratos contra crianças, violência contra crianças, violência doméstica, violência intrafamiliar. O artigo parte do lugar ocupado por mulheres e crianças na família, apresenta um enquadramento histórico da violência cometida contra crianças, definições e tipologia sobre maus-tratos (físico, psicológico e sexual e negligência), e os diferentes modelos explicativos para a violência contra crianças (Modelos Reprodutivo, Psicodinâmico, Sociológico, Sócio-psicológico e Ecológico) e suas diversas consequências para o desenvolvimento infantil nos níveis físico e psicológico. Apresentam-se possibilidades de atuação da instituição hospitalar e do profissional de saúde diante dessas situações, enfatizando-se a atuação interdisciplinar e o enfoque familiar e, por fim, discute-se a atuação do psicólogo hospitalar, principalmente junto à mãe, a partir de uma breve contextualização das transformações sócio-históricas dos modelos de família e do lugar ocupado por crianças e mulheres nessa instituição, apontando para o fato de que esse profissional deve oferecer acolhimento e favorecer a melhora da relação mãe/filho, promovendo um diálogo real e trocas afetivas e desfavorecer e desvalorizar práticas abusivas.

**Palavras-chave:** Maus-tratos contra crianças; Violência contra crianças; Violência doméstica; Violência intrafamiliar.

## Abstract

This work analyzes the performance of hospital psychologists in situations of maltreatment committed by the mother against her child. It tries to maintain a position of analysis and confrontation that considers the multifactorial character of a violence situation and also of the one that exists in the mother/child relationship. To achieve this, a bibliographic research was carried out in the Scielo and Lilacs databases and in the Library of the Center of Philosophy and Human Sciences of the Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ). In the research, we used as keywords: maltreatment against children, violence against children, domestic violence, intrafamily violence. Through the bibliography review, the article makes a historical framing of violence committed against children, presents definitions of maltreatment and its types - physical, psychological and sexual maltreatment and neglect -, and different explanation models for violence against children (Reproductive, Psychodynamic, Sociological, Socio-psychological and Ecological Models), as well as their diverse consequences to children's development in the physical and psychological levels. In addition, the work presents possibilities for the hospital's and the health professionals' performance, emphasizing interdisciplinary action and the focus on the family. Finally, it discusses the performance of hospital psychologists, mainly towards the mother, based on one brief contextualization of the socio-historical transformations undergone by the models of family and of the place that children and women had in this institution. The article points to the fact that this professional must offer shelter and favor the improvement in the mother/child relationship, promoting a real dialogue and affective exchanges and disfavoring abusive practices.

**Keywords:** Maltreatment Against Children; Violence Against Children; Domestic Violence; Intrafamily Violence.

## Apresentação

Este trabalho pretende analisar a atuação do psicólogo hospitalar diante de situações de maus-tratos cometidos pela mãe em relação ao filho. A ideia desta reflexão partiu da experiência da primeira autora como treinanda profissional junto ao setor de pediatria em um hospital público do município do Rio de Janeiro. A vivência no setor de pediatria instigou a elaboração da monografia de conclusão do curso de especialização *lato sensu* em psicologia hospitalar sobre a violência cometida pela mãe contra a prole, sempre com o cuidado de manter uma postura de análise e enfrentamento, que levasse em conta o caráter multifatorial presente na situação de violência e também na relação mãe/filho. Não buscamos com isso justificar qualquer situação de mau-trato, mas mostrar a importância do profissional de saúde, mais especificamente do psicólogo hospitalar, na conquista de um olhar diferenciado para a díade, o que significa que o psicólogo deve estar atento para todas as faces e nuances que a relação mãe/filho pode assumir. Assim, poderá ajudar no funcionamento mais eficaz dessa relação por meio do entendimento de que ela necessita, pois, como toda relação social, envolve sentimentos ambíguos e é dependente de constante investimento e não é, como o discurso social muitas vezes nos fez crer, algo natural, instintivo e, portanto, dado.

A partir destas considerações são objetivos deste artigo: a) investigar os impactos de maus-tratos em crianças e adolescentes e as explicações existentes sobre sua ocorrência; b) investigar o papel da instituição hospitalar e dos profissionais de saúde diante de maus-tratos a crianças e adolescentes e, mais especificamente, refletir sobre a atuação do psicólogo hospitalar junto à mãe agressora.

## Metodologia

O trabalho foi elaborado a partir da revisão de livros e artigos sobre o tema, realizada na biblioteca do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro e nas bases de dados Scielo e Lilacs. Nessa busca por material, foram utilizadas como palavras-chave: maus-tratos contra crianças, violência contra crianças, violência doméstica e violência intrafamiliar. Essa busca privilegiou textos de

1983 a 2006, redigidos em língua portuguesa, principalmente para permitir observação do estado atual da discussão no país. Apenas um texto em inglês e outro em espanhol foram acrescentados por contribuírem com informações relevantes, seja complementando as informações encontradas nos textos em português seja reforçando-as.

Apresentaremos, agora, os resultados alcançados a partir dessa revisão em tópicos que representam nossas preocupações centrais: apresentar de forma breve a ideia de construção do que hoje entendemos ser uma relação entre mãe e filho, tratar da violência contra a criança de forma geral e, especificamente, da violência cometida pela mãe, além de pensar propostas de atuação para o profissional de saúde e para o psicólogo hospitalar diante dessas situações.

## O Lugar Ocupado por Mulheres e Crianças na Família

O lugar ocupado por mulheres e crianças na família pode se modificar conforme a época e a sociedade examinadas. Foi a partir principalmente do final do século XIX no Brasil que o discurso social passou a valorizar os papéis de mulheres e crianças na família. A mulher, durante muito tempo, teve sua identidade e subjetividade atreladas à maternidade e ao espaço privado do lar e da família. Os cuidados com os filhos cabiam mais especificamente a ela e os sentimentos em relação aos filhos deveriam ser de sacrifício, doação, amor, cuidado (Costa, 1983; Badinter, 1985; Rocha-Coutinho, 1994; Moura e Araújo, 2006).

Porém, a valorização de mulheres e crianças foi parcial, uma vez que o seu papel não podia ultrapassar o domínio doméstico e ficava restrito à própria relação mãe/filho, o que muitas vezes justificou, e continua justificando, as relações violentas envolvendo mães e filhos. Assim, a valorização da criança também não teve como consequência o fim dos maus-tratos dirigidos a ela.

Apesar de não ter significado seu fim, pode-se dizer que, atualmente, essa valorização teve como consequências uma maior preocupação com o estudo da violência doméstica contra crianças e adolescentes, pela detecção desses casos, pelo tratamento dos sujeitos neles envolvidos e até pela prevenção de novas situações de maus-tratos.

Essas consequências, por sua vez, estão intimamente relacionadas à atuação dos profissionais da área da saúde, na medida que podem e devem realizar um trabalho efetivo diante dessas situações.

## Violência Contra Crianças e Adolescentes

No Brasil e no mundo, hoje, independentemente de cultura, classe social, raça ou sexo, crianças são vítimas cotidianas da violência, inclusive da violência doméstica ou intrafamiliar.

Além de crianças e adolescentes, a violência intrafamiliar afeta toda a sociedade, atingindo, de forma continuada, mulheres, idosos e portadores de deficiência.

De forma breve, pode-se afirmar que os maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes podem ser praticados pela *omissão*, pela *supressão* ou *transgressão* dos seus direitos, definidos por convenções legais ou normas culturais (SBP/Fiocruz/MJ, 2001). E, ainda, que “[...] definir os diferentes tipos de violência ou maus-tratos é apenas uma forma didática de compreender o problema, que muitas vezes ocorre de forma dinâmica e simultânea” (Pires e Miyasaki, 2005, p. 44). Apesar da ausência de consenso em torno de tais demarcações tipológicas, é possível discernir a existência de vários tipos e subtipos de maus-tratos, entre eles a violência física, psicológica ou emocional, a violência sexual e a negligência como as formas mais comuns e conhecidas.

A maior visibilidade adquirida pela problemática dos maus-tratos conduziu a diversos estudos que demonstram os graves riscos que representam, bem como sua potencial influência no desenvolvimento da criança no momento em que ocorrem e em fases posteriores da vida (Oliveira-Formosinho e Araújo, 2002). As consequências podem ser percebidas no *nível físico* (impactos mais imediatos e mais facilmente identificados que tendem a deixar marcas visíveis, principalmente na pele ou no sistema ósseo) e no *nível psicológico* (consequências geralmente de médio e longo prazos e de identificação mais difícil), sendo que, neste último, podemos perceber consequências no desenvolvimento socioemocional, comportamental e cognitivo.

Há diferentes formas de explicação para a violência intrafamiliar contra a criança/adolescente, que podem ser resumidamente explicadas pelos seguin-

tes modelos apresentados por Gomes e colaboradores (2002b). No modelo *Reprodutivo ou de Aprendizagem Social* há a reprodução de experiências de violência familiar vividas durante a infância, contribuindo para que se perpetuem os maus-tratos; no *Psicodinâmico*, a violência é entendida como produto de desajustes familiares, psíquicos e do alcoolismo e, assim, a explicação para a situação de violência costuma ser ancorada numa análise psicológica da personalidade dos agressores; o modelo *Sociológico*, por sua vez, abrange a ordem macroestrutural por trás da ocorrência dos maus-tratos, isto é, compreende aspectos sociais, econômicos e culturais; o *Sociopsicológico* articula em rede as diversas ordens explicativas, integrando a questão macroestrutural com os aspectos psicológicos; e, por fim, o modelo *Ecológico* considera a origem de todas as formas de abuso contra crianças/adolescentes um processo interativo complexo, como resultante de múltiplos fatores em interação, produzindo as circunstâncias oportunas para o surgimento da agressão.

## A Instituição Hospitalar e o Profissional de Saúde Diante da Criança e do Adolescente Maltratados

A violência contra crianças e adolescentes é, hoje, reconhecida como um grave problema de saúde, que, portanto, deve ser identificado e abordado por profissionais que atuam na área. De acordo com Pascolat e colaboradores (2001), os profissionais de assistência à saúde devem contribuir para a resolução desse problema por meio de medidas **preventivas, terapêuticas e de pesquisa**. Em relação às *medidas preventivas*, as intervenções profissionais envolvem três níveis de acordo com Harrington e Dubowitz<sup>1</sup> (1993 apud Ferreira e col., 1999): **nível primário, secundário e terciário**.

O nível primário tem como alvo a população em geral. Nele, atua-se por meio de intervenções de educação, promoção da competência social, incentivo a mudanças e ampliação das redes sociais. Recentemente, iniciaram-se esforços para focalizar exatamente a prevenção primária. O nível secundário é dirigido aos

grupos considerados de alto risco, que podem ser rastreados pelas visitas de supervisão de rotina de saúde da criança com orientações preventivas. O nível terciário institui a prevenção após a ocorrência da condição de abuso e as ações visam reduzir sequelas e evitar reincidências.

Assim, as funções-chave do setor da saúde no sistema de proteção à criança são: identificar e notificar casos suspeitos; implementar serviços para diagnóstico e tratamento; interagir com agências de proteção; atender às demandas judiciais; fornecer informações aos pais sobre necessidades, cuidados e tratamento de seus filhos; identificar e prover suporte para famílias de risco para maus-tratos; desenvolver e conduzir programas de prevenção primária; providenciar treinamentos e participar de equipes multidisciplinares (Ferreira, 2005).

O setor de saúde é formado não só por hospitais, mas por uma série de equipamentos, serviços e programas. Os hospitais, comumente, trabalham especificamente no nível da prevenção terciária. Sendo assim, o que podemos observar sobre a atuação das instituições hospitalares e dos profissionais de saúde que dela fazem parte?

### Diagnóstico

Segundo pesquisa realizada por Marmo e colaboradores (1995), a maior dificuldade relatada pelos pediatras entrevistados em relação aos maus-tratos na infância dizia respeito à realização do diagnóstico.

Pires e Miyasaki (2005) afirmam que a identificação, ou o diagnóstico, é fundamental para a prevenção e manejo adequado dos maus-tratos. Por tudo isso, é importante saber identificar indícios que podem sugerir a ocorrência de maus-tratos, como aqueles apontados por Bueno (1989), Santoro (1989), Pressel (2000) e por Fairman e colaboradores (2003): a) lesões que não se justificam pelo tipo de acidente relatado e incompatíveis com a idade da criança/adolescente; b) presença de lesões como equimoses, lacerações, hematomas, fraturas, queimaduras e mordeduras; c) lesões em vários estágios de cicatrização ou cura; d) lesões em áreas não comuns de acidentes e quase sempre cobertas, como genitália e nádegas; e) atitude de

<sup>1</sup> HARRINGTON, D.; DUBOWITZ, H. What Can Be Done to Prevent Child Maltreatment? In: HAMPTON, R. L. et al. (eds.). *Issues in Children's and Families Lives*. vol. I. Family Violence: Prevention and Treatment. California: Sage Publications, 1993. p. 258-280.

indiferença, por parte dos genitores, diante da gravidade dos ferimentos; f) “conformidade” dos pais, ilustrada por relatos do tipo: “Mas crianças não se queimam sempre?”; “Mas elas não costumam cair?”; g) relutância dos pais em fornecer dados sobre o ocorrido ou, se o fazem, apresentam dados contraditórios; h) discrepância nos fatos, na cronologia ou na sequência do evento; i) visita a vários hospitais e médicos diferentes; j) demora em procurar atendimento médico; k) histórias sociais geralmente inconsistentes, podendo haver problemas financeiros, uso de drogas e álcool, perversões, problemas emocionais (esses fatores são desencadeantes ou potencializadores de uma agressão, mas não determinantes); l) criança/adolescente em situação de higiene precária; m) ocorrência dos “acidentes” em horários impróprios, como por exemplo entre 24h e 6h, horário habitualmente de sono (lembrar, porém, que é possível acidentes reais nesses horários); n) “acidentes” recidivantes (nada impede, porém, que acidentes reais possam acontecer mais de uma vez, num período curto, numa mesma criança/adolescente); o) presença de sintomas similares nos irmãos.

O diagnóstico de violência pode, muitas vezes, ser confundido com outras patologias orgânicas como: osteogênese imperfeita, síndrome hemorrágica, anomalias dermatológicas, infecções de pele, traumatismo acidental, dano cerebral orgânico/neurológico. É preciso, então, que se faça o *diagnóstico diferencial*. O diagnóstico também pode ser dificultado pelo fato de as crianças serem comumente feridas acidentalmente. Entretanto, os padrões dos ferimentos vistos nas crianças abusadas diferem dos ferimentos nas crianças feridas acidentalmente: sua localização e os órgãos afetados, o tamanho, a forma, a cor e a cicatrização das lesões mostrando a(s) data(s) de ocorrência, a relação entre a lesão e o nível de desenvolvimento da criança (Pressel, 2000). Conforme Ferreira e Santos (2006), as lesões decorrentes de acidentes estão localizadas em áreas expostas, são poucas, não têm forma limitada, não têm um padrão definido. Por essa razão são consideradas lesões físicas inespecíficas.

### Notificação (e subnotificação)

A notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos é a **principal** forma de atuação do profissional de saúde no que tange ao tema. A notificação é o instrumento que dá início a todo o processo de as-

sistência e auxílio à criança e à família, reforçando-se seu caráter não punitivo.

Porém, de acordo com diversos autores ocorre subnotificação de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes. Esta subnotificação, assim como a própria dificuldade de se diagnosticar os casos, ocorre devido a múltiplos fatores, expostos em estudos de diversos autores (Assis e Souza, 1995; Meneghel, 1995; Gonçalves e col., 1999; Marmo e col., 1999; Reichenheim e col., 1999; Braz e Cardoso, 2000; Camargo, 2000; Ferreira e Schramm, 2000; Pressel, 2000; SBP, 2001; Brasil, 2001; Brasil, 2002; Gomes e col., 2002a; Gonçalves e Ferreira, 2002; Assis e Deslandes, 2004; Moura e Reichenheim, 2005; Pires; Miyasaki, 2005; Pires e col., 2005; Deslandes, 1999; Vasconcelos e Souza, 2006). Entre esses fatores, temos:

a) *Questões estruturais*: inexistência de normas técnicas nacionais e rotinas estabelecidas para a orientação dos profissionais diante do problema, o que contribui para a dificuldade de diagnosticar, registrar e notificar os casos; a precariedade das atuais condições de trabalho, de infraestrutura para o atendimento médico (grande demanda, horário reduzido para o atendimento) que não tem permitido sequer prestar o atendimento mais básico; a falta de intercâmbio entre as várias disciplinas e setores (setor judiciário, conselhos tutelares, organizações não-governamentais, entre outros); os Conselhos Tutelares não estão implementados em todos os municípios brasileiros (e mesmo onde estão funcionam, muitas vezes, em condições adversas); a ausência de suporte institucional sentida pelo profissional para respaldar seu ato.

b) *Questões que envolvem a formação e a atuação dos profissionais de saúde*: o tema da violência não é abordada ao longo da graduação de muitos profissionais da saúde. Disso decorre a necessidade de inclusão desse tema nos currículos e de capacitação dos profissionais já graduados. Já que não foram treinados, menor seria a possibilidade de que estivessem atentos para a ocorrência desses eventos, para sua identificação e diagnóstico. Em alguns casos, o profissional de saúde/médico acredita que não deve intervir nos casos de violência, sob a alegação de não se tratar de um problema de saúde e até considerá-lo como um “assunto de família”, avaliando que sua ação deva se restringir ao cuidado de lesões. Outra forma possível para lidar com o tema envolve a mobilização de inten-



sentimentos nos profissionais de saúde ao trabalhar com pessoas vitimadas, como negação, raiva, desconforto, projeção ou ansiedade; a sensação de impotência e o imobilismo de ordem pessoal ou de caráter institucional. Além dessas, outras questões estão envolvidas com o tema: diferenças culturais, legais e de procedimentos dos profissionais envolvidos; o desconhecimento das leis; o descrédito nas possíveis ações do Estado; a descrença quanto às reais possibilidades de intervenção nesses casos; a minimização dos benefícios gerados pela notificação; a banalização dos efeitos da violência sobre as vítimas; o descrédito no relato da vítima; os aspectos subjetivos do próprio profissional: tipos de personalidade, história de vida e defesas psicológicas; por acreditarem que notificar pode produzir efeitos negativos para a vítima; as experiências negativas anteriores vividas ou relatadas pelo profissional, nas quais foi perseguido pelos familiares ou teve que prestar depoimentos um número incontável de vezes; o temor de “estar enganado” e notificar uma “suspeita infundada”; o temor de transtornos legais advindos da notificação, o profissional trabalhar no setor privado.

c) *Questões que envolvem a própria família*: o “pacto de silêncio” nos lares, espaço socialmente sacralizado, idealizado, considerado isento de violência; a reprodução de padrões culturais, em que se aceita a punição física como medida educativa, o que também está presente quando se trata dos profissionais; o problema é levantado pelo profissional, mas a família não o reconhece como tal, isto é, os maus-tratos são aceitos pela família; os casos em que a criança relativiza o valor da agressão de que foi vítima no lar.

### Possibilidades de atuação

Segundo Schmitt e Kempe<sup>2</sup> (1975 apud Santoro Júnior, 1989), entre as crianças agredidas que retomam a convivência com os agressores sem algum tipo de intervenção 5% delas são mortas e 35% feridas novamente. De acordo com Kempe<sup>3</sup> (1973 apud Santoro Júnior, 1989), se houver o tratamento adequado de toda a família, cerca de 80% delas poderão ser reabilitadas e,

assim, proporcionar a assistência adequada à criança. Por isso, a atuação dos profissionais é de extrema importância.

São tratadas, aqui, algumas características da atuação do setor saúde nos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes: as interações entre diferentes profissionais; o enfoque familiar e a atuação de diferentes setores envolvidos com o tema. Em seguida, abordaremos mais detalhadamente cada um deles.

• **Interações entre diferentes profissionais** - Um fato que constantemente aparece nos trabalhos sobre violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é a necessidade de o trabalho ser realizado de forma interdisciplinar, com uma rede multiprofissional, intersetorial e interinstitucional. Os setores comumente envolvidos são: educação, saúde, justiça, segurança, cultura e trabalho. As instituições, por sua vez, são: ONGs, mídia, partidos políticos, associações de classe, associações de base, Igreja, empresariado, movimentos sociais, grupos de apoio, escolas e universidades, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia da Mulher, Vara da Família, Ministério Público, além das instituições de saúde (posto de saúde, hospital). O envolvimento comunitário é de extrema importância nos casos de violência, seja no diagnóstico (história do abuso), seja na denúncia ou na construção de redes de apoio ao abusado, ao abusador e à família como um todo. As equipes interdisciplinares são formadas por: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, profissionais de saúde mental e de apoio legal. Essas equipes necessitam de suporte e supervisão permanentes. A elaboração de protocolos de atendimento facilitaria a comunicação e a própria atuação dos profissionais, já que uma das dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde é a falta de uma linguagem e de conceitos que reúnam o conhecimento médico ao de outras áreas, como a social e a jurídica (Brasil, 2001; Gomes e col., 2002a). Formar uma base de informações atualizada e integrar o setor saúde, nos seus vários níveis de complexidade, com esses sistemas de informação, seria um grande avan-

2 SCHMITT, B. D.; KEMPE, C. H. Neglect and abuse of children. In: VAUGHAN, V. D.; MCKAY, R. J.; NELSON, W. E. (eds). *Textbook of pediatrics* (10<sup>th</sup> ed.), Phil, Pennsylvania: Saunders, 1975. p. 107-111.

3 KEMPE, C. H. Panel discussion about the diagnosis of the maltreatment syndrome in children. *Pediatrics*. v. 5, n. 4, part II, 1973. Supplement - Symposium on child abuse.

ço (Assis; Souza, 1995). A participação das três esferas de governo, municipal, estadual e federal, também se faz necessária quando se trata de tais casos.

• **Enfoque familiar** – É importante que se privilegie um enfoque familiar em oposição ao individual. No Estatuto da Criança e do Adolescente (2006), por exemplo, entende-se que na família abusiva todos são vítimas mesmo que em diferentes graus. Assim, toda a família necessitará de orientação e tratamento. Porém, na maior parte dos casos, o que se observa é que o trabalho encerra-se quando da constatação da violência sofrida e da busca da preservação da criança de outros possíveis abusos. O acompanhamento tanto do abusado como do abusador não são contemplados, o que aponta para a forte presença da punição e para a pouca importância dada à reabilitação, à atenção primária e à qualidade de vida das pessoas envolvidas (Cesca, 2004). Portanto, no enfrentamento da violência são necessárias além de medidas punitivas, medidas de apoio que permitam à vítima e à família ter assistência social, psicológica e jurídica e que, inclusive, proporcionem a possibilidade de reabilitação dos agressores. Porém, se atuar com as vítimas da violência já não é uma tarefa simples, imagine trabalhar com os agressores (especialmente os agressores envolvidos na violência intrafamiliar). Apesar dos sentimentos despertados, como a indignação, que comumente se sente diante do agressor, é preciso que tentemos nos despir de nossos medos e preconceitos ou pelo menos reconhecer que os temos. Não significa aceitar ou diminuir a responsabilidade do agressor, mas sim buscar entender o ato violento como resultado de elementos associados à dinâmica das relações intra e extra-familiares. Diferentes tipos de intervenções realizadas com crianças/adolescentes e seus familiares foram mencionados pelos serviços pesquisados por Deslandes e colaboradores (2004), mas podem ser ampliados para qualquer serviço atuante na área. Foram os seguintes serviços citados: entrevista individual com a criança/adolescente e com os familiares, visita domiciliar, atendimento psicoterápico individual à criança/adolescente, atendimento psicoterápico à família, grupo de crianças/adolescentes e grupo de

pais. Como afirma Beezley (1978), sobre as possibilidades de intervenção, seria interessante uma combinação cuidadosamente planejada de opções de tratamento. Além das várias abordagens terapêuticas, há uma demanda crescente de ações que colaborem para a inserção da família em uma rede, para que possa, pela socialização de seus problemas, buscar formas de superação. Para uma boa atuação junto à família, para sua vinculação aos serviços, e consequente evolução do caso, uma questão importante que aparece é a abordagem inicial e o contrato inicial que se estabelece entre equipe e família, isto é, um tipo de acordo feito no início da intervenção para que a família também se responsabilize pelo processo terapêutico, formando-se o que se chama de vínculo. Nesse primeiro contato é essencial o acolhimento e o sentimento de empatia (Ferreira e col., 1999; Deslandes e col., 2004). Ainda deve-se ter em conta algumas considerações éticas no atendimento dessas famílias. O compromisso da confidencialidade é fundamental para conquistar a confiança do cliente e as ações da equipe devem incluir mecanismos para proteger o segredo das informações quando isso for possível<sup>4</sup>. Como dito anteriormente, a intervenção não pode provocar maior dano do que o já causado pela violência. É necessário respeitar o tempo, o ritmo e as decisões das pessoas envolvidas. E ainda, os profissionais devem estar cientes a respeito do impacto da violência sobre si mesmos se quiserem desempenhar um bom trabalho (Brasil, 2001). Outro aspecto a ser considerado diante dessas situações e que tem consequência direta na evolução dos casos atendidos é o fato do profissional ter clareza a respeito das dificuldades enfrentadas, pelo abusador, para a superação de modelos violentos e de suas consequências. Neste caso, a ação dificilmente promoverá mudanças e, da mesma forma, não será tarefa fácil para o profissional percebê-las. Finalmente, o profissional precisa examinar se ele acredita que a família possa se modificar. Já neste caso, pode ocorrer uma transferência dessa credibilidade para a família e ela passa a ser coparticipante no processo de superação ou redução da violência (Deslandes e col., 2004).

4 O Código de Ética dos Psicólogos recomenda privacidade e assegura sigilo (art. 9), mas está a serviço do menor impúbere ou interdito, permitindo sua quebra quando se tratar de situações que impliquem consequências graves para o próprio atendido ou para terceiros (art. 13) (CFP, 2005)



• **Setores de atuação: emergências, Programas de Saúde da Família, ambulatorios, enfermarias** – A assistência às crianças/adolescentes e às famílias envolvidas em casos de violência doméstica deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde e aquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre esses serviços (Brasil, 2001). Concluindo com os técnicos entrevistados por Deslandes e colaboradores (2004), qualquer profissional da área, de qualquer setor do hospital, deveria estar capacitado para a detecção dos casos, o que na realidade acaba não acontecendo.

## **A Psicologia Hospitalar e Sua Atuação em Situações de Maus-Tratos**

Sobre o trabalho dos profissionais de saúde mental, Ferreira e colaboradores (1999) afirmam que, ainda hoje, muitas vezes, a família não percebe a importância do acompanhamento psicológico, demandando-o apenas enquanto houver sequelas físicas e interrompendo-o em seguida. Ao contrário dos atendimentos médicos e de assistência social, o atendimento psicológico não oferece respostas imediatas às necessidades concretas das famílias. Além disso, exige engajamento mais direto e participação dos responsáveis na resolução das dificuldades familiares. A falta de serviços regionalizados na rede de saúde, facilitando o acesso a esse tipo de atendimento, dificulta ainda mais a adesão ao acompanhamento psicológico.

De acordo com Brito e colaboradores (2002), são as crianças, em contrapartida aos pais, que mais aderem ao tratamento psicoterápico. Essa constatação permitiu-lhes refletir sobre alguns pressupostos da psicologia, fundamentados no entendimento das fantasias dos pais à procura de alguém que “conserte” seu filho ou do filho como representante do conflito familiar, expressando, além de suas dificuldades em buscar/aceitar ajuda, também os limites de alcance dessa proposta. Essa dificuldade quanto à adesão dos pais foi, de certa forma, solucionada pela atual amplitude de possíveis tratamentos a vítimas e famílias, como apontado anteriormente, e pela própria experiência

dos profissionais que começaram atuar na área e compreender melhor as demandas existentes. Segundo os autores, a adesão das mães entrevistadas em sua pesquisa a alguma forma de acompanhamento sempre foi maior que a dos pais. Este é um fator importante na discussão aqui levantada. Por que isso acontece? As mães estão realmente mais dispostas a aceitar o tratamento ou sentem-se mais culpadas por causa do papel a elas atribuído socialmente? As mães têm maior preocupação com os filhos que os pais ou elas têm mais tempo para participar do tratamento? Como se vê, a discussão pode tomar inúmeros caminhos.

Deslandes e colaboradores (2004) apresentam também as linhas de abordagem que podem ser usadas no atendimento de crianças, adolescentes, pais e famílias. Entre elas tem-se a psicanálise, o psicodrama, e as abordagens sistêmica, construtivista, existencial e gestáltica. Citando Osório (2002), os autores alertam para que não haja o “engessamento da técnica”, ou seja, que os modelos teórico-técnicos balizem a experiência clínica, sem cercear a espontaneidade e a disponibilidade empática da psicoterapia.

Braz e Cardoso (2000) apontam que profissionais de saúde mental tendem a silenciar sobre a violência, uma vez que sua formação implica em compreender e tratar os agressores e, assim, acabam por não considerar como sua a responsabilidade da denúncia. Os próprios programas de prevenção solicitam que os agressores sejam denunciados e, ao mesmo tempo, que sejam compreendidos. Os profissionais precisam discutir esse aparente paradoxo, até para melhor situar suas atuação, participação e responsabilidade dentro de uma equipe. Porém, pode-se dizer que uma atitude não exclui a outra. O uso do termo notificação (e não denúncia) já é um grande passo para tirar o “peso” que recai sobre o profissional, tido como denunciante e responsável pelas consequências da denúncia, como por exemplo, possíveis punições ao agressor. A notificação é um passo necessário, mas o trabalho não deve se associar exclusivamente a ela. Há muito mais a fazer.

Para finalizar, é importante marcar que nem todos os profissionais psi podem trabalhar com o abuso infantil. Algumas características são essenciais para atuar nessa área, como por exemplo: deve ser capaz de ouvir os profissionais de outras disciplinas, estar apto a tolerar um pouco de dependência inicial dos pais, apresentar conduta de não-julgamento, ser cauteloso

quanto às suas expectativas em termos dos pais, e mostrar-se satisfeito com o progresso terapêutico atingido, já que as mudanças nas famílias abusivas são muito pequenas e levam bastante tempo para se efetivarem, e ser capaz de dispender uma parte de seu tempo com a família e estar disponível (Beesley, 1985).

## O Psicólogo Hospitalar e sua Atuação Junto à Mãe

Até certo ponto, a imposição do adulto contra a criança é necessária, a fim de se ensinar os padrões de conduta aceitos pela sociedade. Trata-se do processo de socialização, que deve ser, sim, realizado de forma prioritária pela família. Atualmente, discute-se muito certa desresponsabilização da família pela educação e criação de seus filhos, com consequente atribuição dessa função à escola e até aos meios de comunicação. Porém, no contexto de assimetria das relações sociais e, aqui, mais especificamente, da relação adulto/criança, a repressão que o adulto (a mãe) exerce sobre seus filhos extrapola, muitas vezes, o limite do necessário. Uma questão que se coloca é que esse limite tem configurações diferenciadas dependendo das pessoas envolvidas. O que fazer diante dos casos em que o limite é claramente extrapolado a ponto de chegar ao nosso conhecimento em uma instituição de saúde de alta complexidade como o hospital?

A posição assumida neste trabalho é a de que não existe uma razão única que explique os casos de maus-tratos da mãe contra o filho. A violência é multicausal, o que significa que é preciso ter em mente, na atuação do psicólogo hospitalar, que, nem sempre, é possível dar conta de toda a demanda que um caso desse suscita. Porém, é necessário que se faça tudo que for preciso: seja no levantamento de uma suspeita, na identificação de um caso, na notificação aos órgãos competentes, no tratamento efetivado durante a internação, ou no acompanhamento do caso em ambulatório, ou ainda, no acompanhamento da própria equipe que trabalha diretamente com os casos, e em campanhas preventivas e de promoção da saúde por meio da educação ao combate à violência.

As possibilidades de atuação do psicólogo e dos demais profissionais da área de saúde são múltiplas. O que é importante enfatizar é que, qualquer que seja o âmbito de atuação e a linha teórica adotada, o psicó-

logo deverá apresentar uma postura de compreensão a todos os envolvidos na situação de violência contra crianças e adolescentes, inclusive, ao próprio agressor, seja esse a própria mãe da criança ou adolescente. O psicólogo deve ter como diferencial em sua atuação na equipe de saúde uma observação atenta, a escuta aberta, e o acolhimento, características que devem ser apresentadas em qualquer tipo de atendimento, com todos os tipos de clientes/pacientes e em qualquer lugar que atue, ou seja, isso não deve ser diferente em sua atuação em casos de violência atendidos no hospital e, muito menos, em casos de violência de mães contra filho, pois nesses casos as marcas emocionais estarão muito presentes.

Junto à atuação com a mãe, que é o grande objetivo deste trabalho, o psicólogo pode atuar com a criança/adolescente vítima, assim como com os outros familiares ou pessoas envolvidas. Os grandes questionamentos, porém, parecem surgir quando se está diante do agressor. Quando o agressor é, na verdade, agressora, intensifica-se a dificuldade da atuação profissional, uma vez que a ideia de agressividade está mais associada ao homem. A situação é ainda mais complicada quando a agressora é a mãe, pois se soma, então, a ideia reinante da mãe como ser generoso, doce, incapaz de qualquer mal, principalmente de qualquer mal a sua prole.

Sendo assim, especificamente sobre a atuação diante da mãe, um trabalho diferenciado deve ser realizado pelo psicólogo, isto é, um trabalho que envolva um diálogo efetivo, buscando a construção de alternativas que não o uso da violência como forma de educação ou resolução de conflitos; a promoção da qualidade do vínculo mãe/criança, que pode ser um trabalho realizado já no acompanhamento pré-natal, e que deve se estender ao puerpério, e a todo o acompanhamento do desenvolvimento da criança; o trabalho da autoestima dessas mulheres, já que, muitas vezes, são elas as principais responsáveis pela criação dos filhos, o que significa uma carga pesada de responsabilidade e cobrança, muitas vezes, elas não têm uma boa formação escolar, nem sempre trabalham, ficando sua identidade e valor estritamente relacionados ao cuidado com o lar, a família e os filhos; assim como o favorecimento do estabelecimento de uma rede social significativa que possa atuar não só como fiscalizadora das atitudes violentas, mas também como um fator de proteção para essas atitudes.

O acompanhamento, comumente, deve ser de longo prazo, já que, como apontado, as mudanças na organização e funcionamento familiar podem acontecer de forma lenta, pois estão arraigados há muito tempo na sociedade e na história familiar, o que pode, inclusive, possibilitar casos de reincidência. Entretanto, esse acompanhamento prolongado nem sempre é possível dentro de uma instituição hospitalar. Isso, porém, não deve ser encarado como fator impeditivo ao nosso trabalho e sim ser um alerta para que o trabalho realizado signifique o máximo de dedicação enquanto estiver ao nosso alcance, signifique um encaminhamento bem feito e consequente acompanhamento de como está sendo feito o atendimento na instituição para a qual o caso foi encaminhado, e, também, trabalhar com a possibilidade de retornos à instituição de origem.

É essencial, ainda, que deixemos de responsabilizar somente a mãe por tudo que acontece com seus filhos e com a família. Esse movimento já vem sendo realizado atualmente com o aumento da participação e valorização do papel paterno na educação e criação de crianças e adolescentes. Assim como, através de uma abordagem da família como um todo, em que os membros estão intimamente ligados e são responsáveis pelo que acontece em seu interior. Com isso, não queremos desresponsabilizar a mãe que agride e, muito menos, culpabilizar as vítimas da violência, mas sim, afirmar que a abordagem do psicólogo deve ser de responsabilização do agressor e não de culpabilização, ou seja, trabalhar com sua responsabilidade como adulto, como genitor, como responsável por seus atos, mas não numa atitude intimidante, negativa, que aumente sua culpa, que impossibilite a adesão ao tratamento e, consequentemente, impossibilite mudanças.

A autoridade materna, não deve, porém, ser confundida com autoritarismo. A autoridade é necessária para a constituição dos sujeitos. Não devemos, portanto, trabalhar no sentido de retirar a autoridade da mãe sobre os filhos e sobre o funcionamento familiar. O trabalho, então, deve valorizar as posições da mãe e do filho, favorecendo um diálogo real e trocas afetivas, e, portanto, desfavorecendo e desvalorizando práticas abusivas. Porém, esse trabalho pode ser prejudicado, pois a família, e com ela os papéis de pais e mães e filhos, vêm sofrendo grandes transformações, vêm tornando-se cada vez mais fluidos, perdendo o que garantia, de certa forma, a ordem familiar, o que pode levar

a um exercício do autoritarismo e não da autoridade.

Seja qual for a justificativa ou a história relatada pela mãe para seus atos violentos, seja qual for o entendimento que essa mãe tem sobre o que é ser violento, como profissionais de saúde, ou ainda, como profissionais que lidam com o que é da ordem do humano, do sujeito, o psicólogo não pode deixar de oferecer acolhimento e favorecer a melhora da qualidade de vida e da saúde mental das pessoas envolvidas. O objetivo maior é promover mudanças que possibilitem um convívio familiar mais harmonioso. Isso não significa acabar com os conflitos, pois eles fazem parte de qualquer relação, mesmo a relação mãe e filho. A questão torna-se mais complexa pela ideia que se tem de que a relação mãe e filho é uma relação de amor incondicional, na qual estão presentes apenas sentimentos positivos, e que é assim desde a gestação e será assim até o fim, e que sempre foi assim na história da humanidade. Porém, a relação e os sentimentos envolvidos nessa relação, assim como em qualquer outra, são contingentes, dependentes de uma série de fatores e, por isso, devem ser construídos, trabalhados, reforçados constantemente, nas pequenas ações do dia-a-dia, no diálogo franco, na mentalidade social. Assim, tanto a relação mãe/filho como a situação de violência são condições multifatoriais de grande dificuldade em se trabalhar!

É importante que o psicólogo atue em conjunto com os órgãos competentes, pois, ainda hoje, na maioria das vezes, sua atuação se restringe à notificação. Não é pouco, mas ainda não é o suficiente. Em um hospital, pode-se fazer muito. Dependendo da disponibilidade, inclusive, dos próprios psicólogos. Notificar não significa ir contra seu paciente/cliente, como pode parecer em um primeiro momento, mas sim ajudá-lo e, por isso, é preciso deixá-lo ciente das suas atitudes e explicar os porquês da notificação e as consequências dela, para que a confiança não se perca e com ela todas as possibilidades de atuação.

Respostas conclusivas não foram aqui apresentadas. Essa é uma discussão que precisa ser constantemente levantada, uma vez que envolve o âmbito privado, relações muito íntimas e que dificultam o acesso do profissional de saúde, além da permanência de certa dificuldade de se tratar a violência como um problema social amplo e como questão que também pertence ao âmbito da saúde. Por fim, também, porque, uma intromissão muito grande, como, por exemplo, o

rompimento completo e imediato da díade mãe-filho, pode causar um impacto ainda maior que o da própria violência. Assim, diferentes profissionais, não só psicólogos, devem estar envolvidos nessa discussão, não só teórica como também, e especialmente, uma discussão da sua prática cotidiana nos hospitais, onde encontraremos, sem dúvida, casos de maus-tratos de mães para com seus filhos.

O que fica é que o trabalho do profissional de saúde diante de situações de maus tratos é árduo e ainda está em construção. Porém, não se pode desistir, já que ele pode gerar frutos muito positivos. A formação de profissionais cada vez mais capacitados e uma constante discussão podem facilitar esse caminho. Esperamos ter contribuído para isto.

## Referências

- ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F. Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. In: LIMA, C. A. *Violência faz mal à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 47-58. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04\\_1059\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_1059_M.pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2007.
- ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 6, p. 303-312, nov./dez. 1995. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/95-71-06-303/port.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2007.
- BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BEEZLEY, P. J. Modernas opções de tratamento (1978). In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.). *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 1989. p. 185-197.
- BRITO, A. M. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 143-149, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100021&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jan. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 3. ed. atual. Brasília, DF, 2006.
- Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/lei\\_8069\\_06\\_0117\\_M.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/lei_8069_06_0117_M.pdf)>. Acesso em: 1 mar. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para práticas em serviço*. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia\\_intrafamiliar8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_intrafamiliar8.pdf)>. Acesso em 1 mar. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao\\_de\\_maus\\_tratos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_de_maus_tratos.pdf)>. Acesso em: 1 mar. 2007.
- BRAZ, M.; CARDOSO, M. H. C. A. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus-tratos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 91-97, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So104-11692000000100013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So104-11692000000100013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jan. 2007.
- BUENO, A. R. Vitimização física: identificando o fenômeno. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.). *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 1989. p. 105-113.
- CAMARGO, C. L. Violência contra crianças e adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 13, p. 167-170, 2000. Número especial, pt. 1. Disponível em: <[http://denf.epm.br/~felipe/2000/13\\_esp1/pdf/art18.pdf](http://denf.epm.br/~felipe/2000/13_esp1/pdf/art18.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2007.
- CESCA, T. B. O papel do psicólogo jurídico na violência intrafamiliar: possíveis articulações. *Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 41-46, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So102-71822004000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-71822004000300006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jan. 2007.
- CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Código de ética*. Resolução CFP n. 010/05, de 21 de julho de 2005. Brasília: CFP. Disponível em: <[http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/cod\\_etica\\_novo.pdf](http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/cod_etica_novo.pdf)>. Acesso em: 17 jan 2007.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jan. 2007.

DESLANDES, S. F. et al. *Famílias: parceiras ou usuárias eventuais?: análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Brasília, DF: UNICEF: CLAVES, 2004. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/livro\\_familiaviol.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/livro_familiaviol.pdf)>. Acesso em: 17 jan. 2007.

FAIRMAN, A. et al. Maltrato físico: um problema de salud que nos involucra. *Archivos Argentinos de Pediatría*, Buenos Aires, v. 101, n. 1, p. 64-72, 2003. Disponível em: <[http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2003/archo3\\_1/64.pdf](http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2003/archo3_1/64.pdf)>. Acesso em: 8 mar. 2008.

FERREIRA, A. L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 173-180, 2005. Suplemento. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/05-81-S173/port.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2007.

FERREIRA, A. L.; SANTOS, S. R. (Coord.). *Deteção e prevenção de maus-tratos na infância no marco da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância - AIDPI*. Versão original preparada pela Área de Saúde da Família e da Comunidade/Unidade de Saúde da Criança e do Adolescente da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/ OMS). Brasil, Setembro de 2006. Disponível em: <<http://www.ippmg.org.br/pdf/AIDPI.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2008.

FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 659-665, dez. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000600016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000600016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 jan. 2007.

FERREIRA, A. L. et al. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 123-130, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 jan. 2007.

GOMES, R. et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 275-283, 2002a. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jan. 2007.

GOMES, R. et al. Por que as crianças são maltratadas?: explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 707-714, 2002b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000300019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jan. 2007.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000100032&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100032&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jan. 2007.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L.; MARQUES, M. J. V. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 547-553, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101999000600005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000600005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jan. 2007.

MARMO, D. B.; DAVOLI, A.; OGIDO, R. Violência doméstica contra a criança (parte I). *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 6, p. 313-316, 1995. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/95-71-06-313/port.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2007.

MENEGHEL, S. N. Violência na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 6, p. 294-296, 1995. Disponível em: <<http://>>



www.jped.com.br/conteudo/95-71-06-294/port.pdf>.  
Acesso em: 13 jan. 2007.

MOURA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 24, n. 1, p. 44-55, 2004. Disponível em: <<http://scielo.bvs-psi.org.br/pdf/pcp/v24n1/v24n1ao6.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2006.

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde?: a experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1124-1133, jul./ago. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So102-311X2005000400014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-311X2005000400014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jan. 2007.

OLIVEIRA-FORMOSINHO, J.; ARAÚJO, S. B. Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. *Educação e Pesquisa*, São Paulo v. 28, n. 2, p. 87-103, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-97022002000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022002000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jan. 2007.

PASCOLAT, G. et al. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, p. 35-40, 2001. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/01-77-01-35/port.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2007.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*, Umuarama, v. 12, n. 1, p. 42-49, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/08%20-%20id%20102.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2007.

PIRES, J. M. et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 5, n. 1, p. 103-108, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>

[scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292005000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 1 fev. 2007.

PRESSEL, D. M. Evaluation of physical abuse in children. *American Family Physician*, Kansas City, v. 61, n. 10, p. 3057-3064, May 2000. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/20000515/3057.html>>. Acesso em: 11 jan. 2007.

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 109-121, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000100009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 1 fev. 2007.

ROCHA-COUTINHO, M. L. *Tecendo por trás dos panos: a mulher brasileira nas relações familiares*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

SANTORO JR, M. Vitimização física: a conduta médica. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (Org.). *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 1989. p. 115-122.

SCHERER, E. A.; SCHERER, Z. A. P. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, ago. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So104-11692000000400004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So104-11692000000400004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jan. 2007.

SBP - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA et al. *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MausTratos\\_SBP.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MausTratos_SBP.pdf)>. Acesso em: 9 jan. 2007.

VASCONCELOS, A. C.; SOUZA, M. B. As noções de educação e disciplina em pais que agridem seus filhos. *Psico*, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 15-22, 2006. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/psico/revistapsico/volume37/P37-1p15-22.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2007.

Recebido em: 20/08/2007

Reapresentado em: 23/03/2008

Aprovado em: 29/05/2008