

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E AS ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

DOMESTIC VIOLENCE, CHILD ABUSE AND
THE ROLE OF THE NURSING PROFESSIONAL

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CONTRA NIÑOS Y
LAS ATRIBUCIONES DEL PROFESIONAL ENFERMERO

*Graziela Aline Hartmann Zottis**

*Simone Algeri***

*Vera Catarina Castiglia Portella****

* Arquitera pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Aluna do quarto semestre de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS. Bolsista do Projeto de Extensão "Saúde e Comportamento Violento" – Dep. de Genética – UFRGS. Voluntária do Projeto de Extensão "Grupo de Atendimento e Prevenção à Violência Infantil"- Dep. de Enfermagem Materno-Infantil – UFRGS.

** Professora Adjunta do Departamento Materno Infantil da Escola de Enfermagem da UFRGS. Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Coordenadora-geral do Projeto de Extensão "Grupo de Atendimento e Prevenção à Violência Infantil"- Dep. de Enfermagem Materno-Infantil – UFRGS.

*** Professora Assistente do Departamento Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem da UFRGS. Livre Docente pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UFRJ) e Mestre em Administração pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

RESUMO. Artigo de revisão bibliográfica de artigos nacionais e internacionais recentes, além de documentos oficiais e livros que são referências sobre o tema. A violência contra a criança é um fenômeno de difícil detecção, pois ocorre dentro do lar. Crianças ainda são vistas como propriedades dos pais, antes de seres humanos. Um crescente número de países vêm estabelecendo as punições físicas como uma infração aos direitos da criança e um risco ao seu desenvolvimento. É importante as características das famílias agressoras, de modo a permitir a identificação, e as conseqüências que os maus-tratos contra crianças têm no seu desenvolvimento e vida adulta. Considerações Finais: o enfermeiro é um agente de proteção que tem a obrigação de identificar os casos, intervir e posicionar-se contra os maus-tratos infantis.

PALAVRAS-CHAVE: violência doméstica; maus-tratos infantis.

ABSTRACT. This paper presents bibliographical revision of recent national and international articles, beyond official documents and books that are references on the subject. The violence against the child as phenomenon is difficult to detect, since it occurs at home. Children still are seen as properties of the parents, before human beings. An increasing number of countries states that physical punishments is an infraction to the rights of the child and is a risk to its development. The characteristics of the aggressive families are important in order to allow the identification of the consequences that bad-treatments against children have in its development and adult life. Considerations: the nurse is a protection agent that has the obligation to identify the cases, to intervene and to put itself against the infantile bad-treatments.

KEYWORDS: domestic violence; child abuse.

RESUMEN. Artículo de revisión bibliográfica de estudios nacionales e internacionales actuales y de documentos oficiales y libros que son referencias en el asunto. La agresión al niño es un hecho de difícil con tactación, ya que ocurre dentro de casa. Niños son todavía vistos como propiedad de sus padres. Un gran número de países viene reconociendo el castigo físico como infracción a los derechos humanos del niño y un riesgo para su desarrollo. Las características de las familias agresoras son importantes ya que permiten la identificación y consecuencias que los malos tratos provocan en el desarrollo de los niños y en su vida adulta. Se concluye que el enfermero, es como un agente de protección, que tiene la obligación de identificar los casos, intervenir y posicionarse contra los maltratos infantiles.

PALABRAS-CLAVE: violencia intrafamiliar; maltrato a los niños.

Recebido em: 01/02/2006

Aceito em: 04/04/2006

Simone Algeri

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil
Rua São Manoel, 963 - Porto Alegre - RS
E-mail: salgeri@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A violência é tema de múltiplas investigações que se presta à inúmeras controvérsias e polêmicas. Existe uma realidade atual inegável: o aumento das diferentes formas de violência presentes nas sociedades contemporâneas. Essa violência crescente tem se refletido nos lares, tornando-se “uma preocupação geral em todas as áreas do conhecimento, o que evidencia este tema como um problema social grave despertando também o interesse crescente da área da saúde”¹.

No mundo industrializado, morrem diariamente quase 3.500 crianças e adolescentes menores de 15 anos devido a maus-tratos, número que se acredita subestimado devido aos problemas nas classificações internacionais que utilizam diferentes definições, dificultando a coleta de dados². Apesar destes números, pouquíssimos países até agora tomaram a iniciativa de banir em lei as punições físicas contra crianças.

De acordo com a Unicef,

os países com os mais baixos índices de morte na infância devido a maus-tratos têm também baixos índices de morte por agressão em adultos. Da forma semelhante, os três países com índices excepcionalmente elevados de morte na infância devido a maus-tratos – Estados Unidos, México e Portugal – também possuem índices excepcionalmente elevados de morte em adultos^{2,2}.

No Brasil, acidentes e agressões são a principal causa de morte de crianças de 1 a 6 anos, respondendo por quase um quarto dos óbitos³.

Um grande número de estudos tem apontado, nos últimos anos, os efeitos danosos que os maus-tratos sofridos na infância podem ter na vida adulta. Ainda assim, é comum vermos pais, independentemente de classes sociais, que ignoram tal fato e continuam batendo em seus filhos. O abuso físico de crianças começa com um tapa, um empurrão do pai ou da mãe, que não quer dizer “abusar”, mas que sobe à escala do abuso quando a criança não responde aos desejos dos pais⁴.

Desde a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, os profissionais de saúde são obrigados a denunciar os maus-tratos de crianças e adolescentes que chegam ao seu conhecimento. Tal obrigação independe de crenças pessoais dos profissionais envolvidos, de apoiarem ou não o uso de punições físicas.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é fazer um levantamento de considerações sobre a violência, particularmente do tipo que envolve pais contra filhos, das características das famílias agressoras, das conseqüências da agressão para as crianças e o papel do profissional de Enfermagem no contexto da violência intrafamiliar.

METODOLOGIA

Este é um artigo qualitativo que utiliza revisão bibliográfica para embasar a contextualização dos profissionais de Enfermagem na violência intrafamiliar.

As referências utilizadas incluem autores nacionais reconhecidamente conhecedores do tema, assim como artigos nacionais e internacionais sobre violência intrafamiliar, maus-tratos e punições físicas contra crianças. Buscou-se dados referenciais em organizações governamentais, como Ministério da Saúde e Unicef, e não-governamentais, como EPOCH e Rådda Barnen.

As bases de dados utilizadas foram o Portal de Periódicos do Capes e Scielo. Os descritores utilizados para a busca foram: *physical/corporal punishment, spanking, domestic violence, child abuse*. Como critério de tempo, para artigos, buscou-se nos últimos dez anos. A partir da leitura destes primeiros artigos, ocorreu uma nova pesquisa em artigos específicos utilizados como referências dos anteriores.

VIOLÊNCIA

A violência é parte significativa do cotidiano, assim como retrata a trajetória humana através dos tempos. A agressividade, além de fazer parte do ser

humano, é vital para sua sobrevivência, visto que é por meio dela que o homem defendeu-se e manteve-se vivo como indivíduo e como espécie. No entanto, com a evolução do homem, a agressividade transformou-se, acompanhando as mudanças morais, educacionais e sociais. No processo civilizatório, vincula-se a supressão da violência a uma transformação da agressividade e a um investimento no controle social ⁵.

Paradoxalmente, existe uma escalada de violência nos tempos atuais, em que há uma dramática instabilidade dos sistemas de valores a ponto de que a não-reação, a não-resistência e a vulgarização da violência, da miséria e da morte alteram as regras básicas de convívio social. Os padrões violentos de comportamento não estão à margem da cultura, mas a compõem, conduzindo a sociedade contemporânea a uma crueldade que se torna mais aberrante à medida que passa a ser um elemento do cotidiano ⁶.

Os diferentes modos de violência, integrantes de cada um dos conjuntos de relação que formam o social, devem ser entendidos como atos de excesso, qualitativamente diferentes uns dos outros, que se mostram no exercício de cada relação de poder que configura as relações sociais.

Minayo classifica a violência brasileira em três categorias, sendo elas a violência revolucionária ou de resistência, a violência da delinqüência e a violência estrutural. A violência de resistência refere-se àquela expressa por manifestações de classes e grupos sociais discriminados. A violência da delinqüência compreende roubos, seqüestros, tiroteios entre gangues, delitos sobre efeito de álcool e outras drogas. A violência estrutural da sociedade refere-se ao acesso desigual às condições de vida e subsistência, proporcionando uma violência reativa e reforçadora desta condição. É uma forte determinante da violência familiar, sentida e indicada por condições alienantes de vida e de trabalho, provocando no indivíduo raiva e frustração, descarregadas de forma agressiva na família. São nas relações assimétricas entre adultos e crianças e entre marido e mulher que

se encontram os fundamentos da produção da violência familiar que se perpetua ⁷.

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA

A violência familiar é um fenômeno amplo que ocorre em um ambiente privado, dentro do lar, sendo, por isso, de difícil detecção. As vítimas são os membros mais vulneráveis do quadro familiar, ou seja, mulheres e crianças.

Por trás da violência na família, esconde-se um modelo de educação que tem por objetivo quebrar a vontade da criança para transformá-la num ser dócil e obediente. O modelo transmite à criança idéias de que os pais merecem respeito a priori, enquanto a criança não merece respeito nenhum ⁸. As relações de poder revelam a desigualdade social entre seus protagonistas ⁹. A mulher que é maltratada pelo marido, muitas vezes, agride os filhos em um ciclo no qual quem detém mais poder machuca os que estão em posição hierárquica inferior, e assim sucessivamente ¹⁰.

Nossa cultura admite o direito sem limites dos cuidadores sobre a criança, o que leva ao abuso de poder do mais forte sobre o mais fraco ¹¹. Crianças são consideradas socialmente inferiores. Assim, a aplicação do castigo corporal, da palmada e da surra com chicote são práticas vistas como normais, aceitáveis socialmente e usadas como justificativas para a correção, sendo atos disciplinares amparados na figura do pátrio poder.

O interesse pelo tema espancamento e punições físicas é mais profundo do que a discussão sobre estas práticas serem úteis ou aceitáveis. A prática de bater em crianças como método disciplinar é baseada em religião, cultura, governo, leis e políticas sociais ¹².

Em relação a governos e leis, punições físicas na educação de crianças predominam, mas com exceções. Em um estudo com 90 sociedades, verificou-se que as punições físicas estão presentes em 74% delas ¹³, mesmo em países desenvolvidos,

como Estados Unidos (exceto Minnesota), Reino Unido, Portugal, Japão, Nova Zelândia². Em muitos países, punições físicas são previstas em lei não somente como aceitáveis, mas até mesmo como uma ferramenta necessária na educação de crianças¹⁴. Entretanto, um número crescente de países tem estabelecido esse tipo de punição como uma infração aos direitos da criança e um risco ao seu desenvolvimento. Os países em que as punições físicas são terminantemente proibidas por lei são: Áustria, Bulgária, Croácia, Chipre, Dinamarca, Finlândia, Alemanha, Hungria, Israel, Islândia, Itália, Letônia, Noruega, Romênia, Suécia e Ucrânia¹⁵.

Hamilton e Sanders estabelecem as sociedades como sendo basicamente de dois tipos: hierárquica ou solidária. Hierárquicas são aquelas sociedades em que a autoridade domina e, dentro da família, isso se evidencia no controle absoluto dos pais sobre os filhos. Solidárias são aquelas em que a igualdade e os laços afetivos dominam e existe um comprometimento em proteger seus membros mais frágeis¹⁶. A prática largamente estabelecida de adultos punirem fisicamente crianças como método disciplinatório é traduzida no poder incontestável das figuras paternas de serem exercidas de forma autoritária¹⁴.

CARACTERIZAÇÃO DE FAMÍLIAS COM HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA

O Ministério da Saúde, em seu Caderno de Atenção Básica n.º 8 – Violência Intrafamiliar, apresenta a lista de manifestações clínicas que podem estar presentes na criança agredida e para as quais os profissionais de Enfermagem, e os profissionais de saúde em geral, devem ficar atentos. Entre os físicos estão: contusões e abrasões no rosto, nádega e membros; equimoses e hematomas no tronco e nádegas; fraturas múltiplas, de costela ou de crânio; ruptura subcapsular de rim e baço, trauma hepático ou mesentérico; transtornos genito-urinários. Entre os de comportamento estão: aversão ao contato físico, apatia, transtornos do sono ou de

alimentação; medo e pânico; depressão; agressividade; comportamento regressivo, autodestrutivo ou submisso; tentativas de suicídio; fugas, mentiras e furtos; brincadeiras sexuais¹⁷.

Porém, a importância de se discutir a violência praticada contra crianças não se resume à identificação dos sinais clínicos que evidenciam tais práticas abusivas, mas é fundamental, também, identificar as famílias de risco. Conhecer os fatores que tornam os pais potenciais agressores permite que a intervenção, e até mesmo a prevenção, se faça antes que o dano se estabeleça.

Estudos indicam que a violência cometida contra crianças e adolescentes está presente em qualquer categoria socioeconômica, independentemente de raça, credo e cultura. Alguns autores, que têm caracterizado o perfil das famílias que apresentam violência intrafamiliar, são unânimes em descrever que os homens agressores podem ser encontrados em diferentes classes sociais, grupos étnicos e religiosos, apresentando baixo limiar de tolerância a frustrações, mascarando o comportamento agressivo fora do âmbito familiar. As mulheres dessas famílias, por sua vez, geralmente são deprimidas, possuem baixa auto-estima, apresentam alto risco para adição de drogas e de álcool. São submissas, passivas e impotentes; apresentam isolamento dos amigos e da comunidade e, constantemente, perdem a capacidade de protegerem a si e aos seus filhos^{10;18-20}. As mães agressoras são, normalmente, problemáticas, neuróticas, algumas sujeitas a surtos psicóticos. Caracterizam-se por serem insensíveis no perceber as necessidades de seu filho e responder a elas adequadamente. Em um estudo feito com famílias de Curitiba, detectou-se que as mulheres que corrigem seus filhos com palmada, ou outro tipo de punição física, não consideram isso como agressão²¹. Portanto, é como se fosse estabelecido um diálogo de surdos, em que a falta de entendimento e de comunicação resulta em negligência e/ou agressão²².

Mães que maltratam seus filhos são mães despreparadas para o casamento e para a

maternidade. Em geral, a gestação não era desejada²³. Em um estudo com 50 famílias com histórico de violência intrafamiliar com crianças em Porto Alegre, verificou-se que em 56% (28 famílias) as mães não desejaram a gravidez²⁴.

As famílias que apresentam negligência, violência física e psicológica têm pais com tendência a ocultar as lesões da criança, expondo justificativas não-convincentes e contraditórias para as lesões. São pais que revelam apatia e indiferença com seus filhos, usando uma forma muito severa de educá-los; tratam a criança de forma ríspida, humilhando-a e desqualificando-a. Muitos dos pais que pertencem às famílias cujas características revelam descaso ou violência (física ou psicológica), tiveram experiências de maus-tratos sofridos enquanto crianças^{11; 18; 20-25}.

Em um estudo com 107 pacientes encaminhados durante o ano de 1997 pelos Conselhos Tutelares e por Programas de atendimentos às famílias carentes da Prefeitura Municipal de Porto Alegre para um ambulatório especializado em situação de violência, constatou-se, como a razão principal de encaminhamento para o tratamento, a presença de sintomas psiquiátricos em 80,6% dos casos. Assim, os autores enfatizam que a presença de doença psiquiátrica sem tratamento adequado é o principal fator que predispõe à violência familiar²⁶. Vale lembrar que entre as doenças psiquiátricas incluem-se os transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas²⁷. De acordo com a Unicef, de todos os problemas relacionados a maus-tratos de crianças, o mais comum é o abuso de álcool e drogas. Algumas pesquisas concluíram que seu uso triplica o risco de abuso infantil².

As famílias que apresentam casos de abuso sexual de crianças apresentam características diferentes das famílias com episódios de violência ou de negligência. As primeiras apresentam um cuidado e proteção exagerados com a criança ou o adolescente, demonstrando controle rígido sobre as relações sociais, mostrando possessividade e ciúme exagerados, manifestando proibição das relações de

namoro, apresentando desconfiança permanente. Essas famílias freqüentemente acusam a criança ou o adolescente de ter um comportamento sedutor ou promíscuo, comprovando uma clara inversão de papéis, sendo comum a filha desempenhar o papel de mãe dentro de casa^{18; 19;28; 30}.

Crianças pobres têm 22 vezes mais riscos de serem maltratadas, 56 vezes mais riscos de terem sua educação negligenciada e 60 vezes mais riscos de morrer por abuso ou por negligência, quando comparadas a crianças de classe média³¹.

Produzir violência intrafamiliar não é uma característica da pobreza e do subdesenvolvimento, entretanto, o que diferencia a expressão do fenômeno da violência quando se comparam os países desenvolvidos e os em desenvolvimento, é que as variáveis socioeconômicas e culturais atuam como facilitadores, ou seja, como estopim na expressão da violência¹⁹. Assim, "a pobreza, o desemprego crônico e a exposição a eventos traumáticos podem prejudicar sua habilidade [dos pais] de orientar e cuidar de seus filhos"^{33:75}.

A multigeracionalidade é uma variável que merece destaque, dado a sua recorrência, já que adultos com experiências traumáticas portam um padrão cognitivo e comportamental, aprendido em suas infâncias, de funcionamento inadequado com crianças com as quais convivem¹⁹. A criança utiliza o modelo referencial do adulto para comportar-se e formar representações e afetos, inclusive porque os primeiros anos de vida são vivenciados junto a um núcleo familiar referencial, não havendo, portanto, outros parâmetros comparativos comportamentais.

Apesar do reconhecimento das raízes sociais e culturais da violência é necessário buscar soluções individualizadas, considerando os fatores mais amplos que geram a violência, bem como as condições imediatas que a precipitam³². Conhecer a realidade vivida pelas famílias é importante não só no sentido de combater a violência, mas incentivar o exercício pleno da cidadania e qualidade de vida dessas famílias¹.

CONSEQÜÊNCIAS DA AGRESSÃO NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

De acordo com Salomon, “devido à dependência das crianças e à longa imaturidade, os pais têm enorme poder na moldagem de suas vidas. Sua influência, inculcada na infância, em geral dura toda a vida”^{33:75}. O sofrimento de punições físicas severas na infância está relacionado a elevados níveis de comportamento anti-social³⁴ e a uma série de efeitos nocivos no desenvolvimento da criança, incluindo elevados níveis de agressividade e problemas mentais³⁵. Crianças espancadas tendem a se isolar, refugiando-se em si mesmas, podendo apresentar profunda depressão; vêem-se como malvadas e merecedoras da punição; são amedrontadas, ansiosas, têm baixa auto-estima e falta de confiança em si e nos outros³³. Como conseqüências na vida adulta, inclui-se, ainda, a agressividade, a criminalização, maus-tratos de crianças e de seus parceiros e o sadomasoquismo¹².

As crianças vítimas de violência física, psicológica, negligência ou violência sexual apresentam baixo limiar às frustrações; geralmente são hiperativas e têm comportamento agressivo e rebelde; demonstram problemas de aprendizado; estão sempre na defensiva; fogem de contatos físicos; tendem a apresentar idéias e/ou tentativas de suicídio. Pode-se observar, também, fadiga constante, perda ou excesso de apetite, enurese e/ou encoprese, desnutrição, lesões físicas observáveis, infecções urinárias, dor ou inchaço na área genital ou anal, doenças sexualmente transmissíveis, comportamento inadequado para a idade (sedutor ou sexualizado). Podem apresentar, ainda, história de fugas ou relutância em voltar para casa^{18;19;36}.

Em casos de violência física, os pais mantêm com o filho uma relação afetiva ambivalente, ora carinhosos e protetores, ora explosivos e violentos. Assim, a criança desenvolve mecanismos de defesa para alcançar algum equilíbrio psíquico, na tentativa de sobreviver à instabilidade do quadro familiar. Os pais mostram-se dominadores, coercitivos, explosivos e tendem a descarregar toda a sua agressividade e

frustração na criança, enquanto esta se torna extremamente submissa, assustada, apresentando bloqueios em determinadas áreas de seu comportamento, podendo desenvolver processos sociopsicopatológicos graves que funcionarão como reações de defesa²⁹.

O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

O ato de disciplinar fisicamente uma criança é tão antigo que pode ser ilustrado pelo provérbio 14:24: “Quem poupa a vara, odeia seu filho, quem o ama, castiga-o na hora precisa”^{37:793}.

O Relatório Pelo Fim das Punições Físicas Contra Crianças, publicado em 1996 pela Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, traz um questionamento importante proposto por Söder, membro presidente da Rädä Barnen, sobre as causas de tantos pais ainda surrarem seus filhos. Segundo esta autora, seria porque esses pais estão manifestando sobre seus filhos os estresses que emanam das sociedades adultas que estão longe de serem simpáticas às famílias e, em parte, porque os mesmos não conseguem pensar em outra maneira de disciplinar suas crianças.

Um dos fatores mais complexos para criar alternativas de soluções relativas à violência intrafamiliar é que, como qualquer assunto que se relacione à família, é encarado como um problema privado, no qual outras pessoas, inclusive muitos dos profissionais de saúde, relutam em envolver-se. A intervenção junto às famílias foi, durante muito tempo, vista como uma forma de invasão de privacidade e, a figura do paterfamiliae, como sendo o legislador da vida privada¹⁷.

É importante que o enfermeiro saiba reconhecer uma vítima de maus-tratos nos atendimentos e conscientize-se que a omissão pode representar uma opção pela violência³⁸. Muitos casos notificados ainda não recebem o adequado atendimento, em decorrência da falta de capacitação dos profissionais para diagnosticar e abordar transdisciplinarmente o fenômeno, gerando a violência institucional³⁹.

No que se refere à responsabilidade profissional na notificação dos casos, o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 245, deixa clara a obrigatoriedade de notificar casos de maus-tratos contra a criança ou adolescente, independentemente dos valores ou crenças dos profissionais de saúde. Para quem sabe, ou mesmo suspeita, e não notifica, é prevista multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência ⁴⁰.

Em um manual sobre como falar com os pais que batem em seus filhos, o EPOCH –USA orienta a: evitar dar lições de moral; deixar claro que bater em crianças é um mau hábito e que maus hábitos podem ser mudados; explicar formas alternativas de lidar com o mau comportamento dos filhos; perguntar como eles se sentem quando usam de violência; dar tempo para que eles assimilem as novas idéias e retornar ao assunto posteriormente, de modo a incuti-las aos poucos, mas permanentemente ⁴¹.

A razão para se desaconselhar fortemente as punições físicas está baseada nos direitos humanos da criança, pois é inacreditável que o menor e mais fraco dos membros da sociedade é o único que não é completamente protegido pela lei, uma vez que a maioria dos países não possui leis específicas contra as punições físicas. Bater é um abuso de poder dos adultos para com as crianças ⁴². Assim, devemos nos opor a qualquer tipo de punição física. Profissionais de Enfermagem conscientes de sua função precisam orientar os pais, fornecendo alternativas e estimulando-os a utilizarem outros métodos disciplinares e a lidarem com o estresse.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde devem saber se posicionar frente ao tema, comprometer-se, informar-se de seus deveres e buscar agir preventivamente de modo a evitar que a violência familiar contra a criança se perpetue. É importante buscar apoio de diferentes profissionais e formar equipes multidisciplinares para estudar e enfrentar, cada vez mais instrumentalizados, o desafio de cuidar de famílias de crianças em situação de violência intrafamiliar.

Conhecer e acionar a rede de apoio sempre que necessário é fator importante: contatar o posto de saúde da área de residência da família, o conselho tutelar da região, a escola da criança, etc.

O cuidado não deve se resumir apenas às vítimas. Ainda que a tendência dos profissionais envolvidos seja o repúdio ao familiar agressor e o estabelecimento de uma ligação emocional com a criança agredida, é importante que o enfermeiro entenda que muitos agressores recriam com seus filhos o estilo educacional adotado com eles próprios quando crianças. O cuidado à criança vítima de violência deve incluir obrigatoriamente a assistência às famílias, pois, ainda que simplisticamente se pense que basta afastar o agressor da criança agredida ou puni-lo, isso não é suficiente, pois ele continuará sendo um agressor em potencial. Ensinar métodos diferentes de disciplinar e conscientizar sobre as conseqüências de bater é educar para a saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Moreira EC, Centa ML. O retrato da violência domiciliar para crianças de 8 a 11 Anos. Família, saúde e desenvolvimento 2003; jan/abr; 5(1): 35-42.
- 2 Unicef. A league table of child maltreatment deaths in rich nations. Innocent report card 2003; Sept. p.2.
- 3 Unicef. Situação da infância brasileira 2006. Brasília (DF); 2005.
- 4 Assembléia Legislativa (RS); Comissão de cidadania e direitos humanos. Relatório pelo fim das punições contra as crianças: a experiência européia. Porto Alegre; 1996. p. 103.
- 5 Santos JVT. A cidadania dilacerada. Jornal Zero Hora 24 ago 1996; Caderno Vida. p. 4.
- 6 Gauer RMC, Gauer GJ., organizadores. A fenomenologia da violência. Curitiba: Juruá; 1999. p. 190.
- 7 Minayo MCS. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. Cad Saúde Pública 1990; jul/set; 6(3):278-92.
- 8 Guerra VNA. Violência doméstica contra crianças e adolescentes e políticas de atendimento: do silêncio ao compromisso. Rev Bras Crescimento e Desenvolvimento Humano. São Paulo; 1992; 11:75-96.
- 9 Azevedo MA, Guerra VNA., organizadores. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu; 1989. p. 211.

- 10 Meneghel SN. Famílias em pedaços: um estudo sobre violência doméstica e agressividade na adolescência [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1996.
- 11 Ricas J, Donoso MTV, Gresta MLM. A violência na infância como uma questão cultural. *Texto e Contexto Enfermagem* 2006; 15(1):151-4.
- 12 Benjet C, Kazdin AE. Spanking children: the controversies, findings, and new directions. *Clinical Psychol Review* 2003; 23(2):197-224.
- 13 Levinson D. Family violence in cross-cultural perspective. Newbury Park (CA): Sage Publications 1989. p. 152.
- 14 Durrant J, Rose-Krasnor L, Broberg AG. Physical punishment and maternal beliefs in Sweden and Canada. *J Comparative Family Studies* 2003 Aut; 34(4):585-604.
- 15 Center for Effective Discipline. Discipline and the law. Columbus (OH). Disponível em: <<http://www.stophitting.com/laws/legalReform.php>>. (3 jun 2006).
- 16 Hamilton VL, Sanders J. Everyday justice: responsibility and the individual in Japan and the United. New Haven (CT): Yale University; 1992. p. 290.
- 17 Ministério da Saúde (BR). Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília (DF); 2002. Cad Atenção Básica. n. 8.
- 18 Farinatti F, Biazus DB, Leite MB. A criança vitimizada. *Rev Médica Santa Casa* 1992; 4(7): 684-9.
- 19 Caminha RMA. Violência e seus danos à criança e ao adolescente. In: *Violência doméstica*. São Leopoldo: AMENCAR; 1989. p. 43-60.
- 20 Santos BC, Silva JAS, Martins MRS, Zanchet O. Maus-tratos e abuso sexual contra crianças e adolescentes: perfil da situação no RGS. São Leopoldo: CEDECA; 1998. Série Cadernos Centro de Defesa da Criança e do Adolescente Bertholdo Weber.
- 21 Thiessen E, Centa ML, Stefanelli MC. Percebendo os fatores socioculturais envolvidos na violência familiar. *Fam, Saúde e Desenv* 2001; jan/jun; 3(1): 70-9.
- 22 Crittenden PM. Maltreated infants: vulnerability and resiliense. *J Child Psychol and Psych* 1985; jan, 26(1): 85-96.
- 23 Delgado JF, Fisberg M. Síndrome do bebê espancado. *Rev de Ped Moderna* 1990; jul, 25(3): 111-6.
- 24 Algeri S. Caracterização de famílias de crianças em situação de violência intrafamiliar [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001. 142 f.
- 25 Guerra VNA. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. 3. ed. São Paulo: Cortez; 1998. p. 262.
- 26 Flores RZ, Mancopes P, Oliveira RV, Pinheiro LS, Takimi LN, Kristensen CH. Um estudo comunitário da violência familiar. In: Livro de resumos do 10º Salão de iniciação científica; 1998. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998. p. 318. Resumo 85.
- 27 Organização Mundial de Saúde. CID-10: critérios e diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1998. p. 262.
- 28 Furniss T. Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 337.
- 29 Ferrari DCA. Diálogo. *Rev de Ensino Religioso* 1997; mar. 2(5): 13-20.
- 30 Martins MRS. Maus-tratos e abuso sexual: o universo familiar. Centro de Defesa da Criança e do Adolescente Bertholdo Weber; 1997. p. 29-32.
- 31 Oliveira MS, Flores RZ. Violência contra crianças e adolescentes na Grande Porto Alegre parte A: boas intenções não bastam. In: *Violência Doméstica*. São Leopoldo: AMENCAR; 1989. p. 71-85.
- 32 Gonçalves HS, Ferreira AL, Lima RHG, Moraes SRS. A experiência do IPPMG/UFRJ na violência contra a criança e o adolescente. *Texto e Contexto Enferm* 1999; 8(2): 501-5.
- 33 Salomon Z. Situação da criança e do adolescente em Israel: "crescendo em ambientes violentos – vulnerabilidade e resiliência". In: Westphal M., organizadora. *Violência e criança*. São Paulo: Edusp; 2002. p. 73-91.
- 34 Grogan-Taylor A. Corporal punishment and the growth trajectory of children's antisocial behavior. *Child Maltreatment* 2005; Aug, 10(3): 283-92.
- 35 Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 2002; 128(4):539-79.
- 36 Whaley LF, Wong DL. *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 1118.
- 37 Bíblia Sagrada: Edição Claretiana. 26. ed. São Paulo: Ave Maria; 1979. p. 793.
- 38 Assis GS. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: Minayo MCS, Souza ER., organizadoras. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica de contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 163-98.
- 39 Azambuja MRF. Violência contra a criança. In: *Anais do 11º Enfsul*. Porto Alegre: ABEn (RS); 2000. p. 58-60.
- 40 Ministério da Educação (BR). Estatuto da criança e do adolescente. Brasília (DF); 1990.
- 41 Block N, Knox M. How to talk about spanking... and what to say. *EPOCH – USA*; 2005; Fall; 1(9): 3.
- 42 Taylor J, Redman S. The smacking controversy: what advice should we be giving parents? *Nursing and health care management and policy* 2004;46(3):311-8.