

## **Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra**

*Follow-up of child abuse victims: challenges for the pediatrician*

**Ana L. Ferreira\***

### **Resumo**

**Objetivo:** Revisar questões práticas voltadas para o acolhimento e acompanhamento pediátricos de crianças vítimas de violência e de suas famílias.

**Fonte de dados:** Revisão de literatura a partir dos bancos de dados MEDLINE e LILACS, anos 2000 a 2005. Foram incluídos, por sua relevância, alguns artigos de anos anteriores e livros.

**Síntese dos dados:** Dentre as ações do profissional de saúde para a proteção da criança vitimizada, destaca-se o acolhimento nos diversos setores da atenção (comunidade, ambulatório, emergência e enfermaria), fundamental para diminuir as consequências negativas imediatas e de longo prazo causadas pela violência. As instituições de proteção não conseguem monitorar todas as famílias sob sua responsabilidade, e a maior parte dos casos de maus-tratos sequer chega ao conhecimento desses órgãos, sendo aconselhável a manutenção do acompanhamento pediátrico. Deve-se garantir apoio e orientação à família até que a criança esteja em segurança. Os principais desafios são: envolver-se sem gerar mais violência; ter toda a família como alvo da atenção, incluindo familiares que cometeram a agressão, auxiliando-os a mudar comportamentos inadequados; desenvolver habilidades específicas para esse tipo de trabalho, o qual deve ser multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

**Conclusões:** As famílias enfrentam dificuldades quando suas crianças sofrem violência e também quando a situação se torna pública, passando a demandar intervenções de diversas instituições. Nesse processo, o pediatra pode orientá-las e auxiliá-las a garantir a proteção e o desenvolvimento saudável da criança. Para superar os desafios dessa missão, o profissional precisa estar preparado técnica e emocionalmente.

*J Pediatr (Rio J). 2005;81(5 Supl):S173-S180: Violência, criança, acompanhamento dos cuidados de saúde.*

### **Introdução**

Por se envolver freqüentemente com a criança em situação de violência, têm sido atribuídas ao pediatra ações de identificação, enfrentamento e prevenção desse problema, demandando uma mudança de olhar das questões meramente clínicas para as sociais.

### **Abstract**

**Objective:** To review practical questions about the initial assistance and follow-up of child abuse victims and their families by pediatricians.

**Sources of data:** A literature review was carried out using the MEDLINE and LILACS databases, including the years 2000 to 2005. Some articles from past years and books were included due to their importance.

**Summary of the findings:** Initial assistance is one of the most important actions by health professionals for the protection of abused children in different healthcare sectors (community, outpatient clinics, emergency rooms and infirmary), and it is fundamental for the reduction of immediate and long-term negative consequences of violence. The protection services cannot monitor all the families under their responsibility and most child abuse cases are not even reported to those institutions; therefore, regular follow-up by a pediatrician is advisable. It is important to provide the family with support and guidance until the child is safe. The main challenges are: to be involved without causing more violence; to consider all the family as the focus of attention, including the family members who have committed the assault, helping them to change inadequate behaviors; to develop specific abilities to carry out this work, which must be multiprofessional, interdisciplinary and intersectoral.

**Conclusions:** Families face difficulties when their children are abused and when the situation gains notoriety, demanding interventions from many institutions. In this process, a pediatrician can guide and help them to guarantee the protection and healthy development of their children. To overcome challenges, health professionals have to be technically and emotionally prepared.

*J Pediatr (Rio J). 2005;81(5 Supl):S173-S180: Child abuse, continuity of patient care.*

\* Doutora. Professora adjunta, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pediatria, Núcleo de Atenção à Criança Vítima de Violência, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ), Rio de Janeiro, RJ.

**Como citar este artigo:** Ferreira AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Supl):S173-S180.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a existência de serviços de qualidade para o atendimento de vítimas não fatais pode prevenir futuras fatalidades, reduzir seqüelas de curto e longo prazo e ajudar os afetados a lidar com o impacto da violência interpessoal em suas vidas<sup>1</sup>. Na maioria das instituições brasileiras, não existem equipes formadas especificamente para o atendimento de vítimas, cabendo muitas vezes ao pediatra geral acompanhar a criança e a família, procurar atender às demandas clínicas e orientar para a solução de questões sociais e legais que possam surgir após a suspeita de vitimização, tarefas árduas para quem, em geral, não contou com tais temáticas na sua formação profissional.

Todas as pesquisas apontam para as grandes proporções com que a violência ocorre na faixa etária pediátrica, apesar de subestimada oficialmente em todo o mundo<sup>2-6</sup>. Em 2000, considerando apenas os casos notificados às agências de proteção à criança nos EUA e que foram confirmados, 12 de cada 1.000 crianças haviam sido vítimas de maus-tratos, assim distribuídos: negligência - 62,8%, abuso físico - 19,3%, abuso sexual - 10,1% e abuso psicológico - 7,7%<sup>7</sup>. Uma vez que nem todos os casos são notificados e nem todas as notificações são verificáveis, esses dados representam apenas uma aproximação da realidade. De fato, em recente inquérito realizado diretamente com crianças e seus responsáveis, em âmbito nacional nos EUA, verificou-se que mais de um em cada oito crianças e jovens entre 2 e 17 anos haviam sofrido alguma forma de maus-tratos no ano estudado<sup>8</sup>. No Brasil, estima-se que 20% das crianças e adolescentes sejam hoje vítimas de alguma forma de violência<sup>9</sup>, mas não há pesquisas em âmbito nacional que tenham avaliado a extensão dos maus-tratos praticados contra indivíduos nessa faixa etária.

A "violência doméstica" praticada contra crianças e adolescentes, segundo o Ministério da Saúde (MS) de nosso país, engloba os maus-tratos físicos, abusos sexual e psicológico e negligência/abandono<sup>10</sup>. O próprio MS, em outro documento, observa que essas formas de "maus-tratos" são, em sua maioria, praticados no interior das famílias ("violência intrafamiliar"), mas que "também acontecem em outros ambientes, como instituições de internamento, na comunidade e no ambiente social em geral"<sup>11</sup>.

Por pretendermos fazer uma abordagem prática da questão, não cabe discutir as nuances existentes em cada um dos termos anteriores. Ao citarmos os "maus-tratos", a "violência" ou os "abusos" praticados contra crianças e adolescentes, estaremos nos referindo aos quatro tipos supracitados (físico, sexual, psicológico e negligência), praticados por familiares ou não, no ambiente doméstico ou fora dele. A distinção entre cada tipo de abuso e entre a violência intrafamiliar e a extrafamiliar será apontada sempre que necessário.

Livros, manuais, documentos oficiais e artigos brasileiros têm tratado das questões conceituais e procurado orientar profissionais das mais diversas áreas para a identificação e as primeiras medidas a serem tomadas diante das situações suspeitas ou confirmadas de maus-tratos contra crianças. Optamos, neste artigo, por explorar aspectos práticos voltados para o acolhimento e o acompanhamento das crianças vitimizadas e de suas famílias nos serviços de saúde.

Foi expressivo o número de trabalhos sobre abuso sexual surgidos nesta revisão, certamente devido à preocupação que esse tipo de violência traz para a sociedade, gerando mais pesquisas a respeito, como já apontado em estudo anterior<sup>12</sup>, mas também pela nossa opção por focar o acompanhamento, que é mais estudado em vítimas de abuso sexual. Cabe ressaltar que muitas das questões identificadas nesses trabalhos se aplicam também aos demais tipos de maus-tratos.

## O acolhimento da criança e da família

As funções-chave do setor da saúde no sistema de proteção à criança são<sup>7</sup>: 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.

A capacidade do profissional de identificar ou suspeitar de violência é o primeiro passo para a efetivação de um atendimento. Considerando que o pediatra pode ser o único profissional a ter contato regular com crianças maltratadas antes que elas ingressem na escola<sup>13</sup>, imprimir escuta e olhar ampliados seria uma atitude essencial para tornar "visível" uma situação de violência<sup>14</sup>.

Ao atender a família de uma criança vítima de violência, é recomendável que o profissional tenha uma atitude de acolhimento, não julgadora, não punitiva, ainda que o agressor esteja presente. Tal comportamento visa a não provocar reações negativas ou mais sofrimento para a criança e os familiares, além de proporcionar relação de confiança, que facilitará a avaliação da situação e o planejamento do acompanhamento posterior, com maior probabilidade de adesão.

As possibilidades pessoais de cada profissional e de cada serviço influenciam na forma de acolhimento e exigem adaptações específicas para conduzir os casos. Como regra geral, deve-se evitar intervenções precipitadas que não permitem um tempo razoável para compreender a situação que se apresenta e para concluir sobre a melhor conduta a ser tomada<sup>15</sup>, que pode ser até mesmo a decisão de deixar para agir em um outro momento, caso a criança não corra riscos iminentes.

Todas as crianças que sofreram maus-tratos se beneficiam de uma intervenção psicoeducativa, que pode ser feita pelo profissional que inicialmente reconheceu o abuso. No caso específico do abuso sexual, esclarecer a responsabilidade do agressor pelo ato, discutir o conhecimento sobre comportamentos considerados sexualmente abusivos e a segurança futura da criança são temas que podem ser tratados, por exemplo, pelo pediatra<sup>16</sup>.

A proteção da criança deve nortear todo o atendimento prestado, tendo como objetivos seu bem-estar e o de seus familiares, sua segurança e a garantia da sensação de pertencer a uma família e a um lar<sup>7</sup>. Essa visão ajuda o profissional a acolher a família e adotar atitude empática para com os pais.

Múltiplos fatores fazem da emergência uma das principais portas de entrada das vítimas de maus-tratos: a natureza aguda das lesões, a carência de assistência primária, a proximidade do local de moradia e o horário de funcionamento<sup>17</sup>. Sendo assim, profissionais desse setor necessitam habilidade para reconhecer e diagnosticar violência, entender suas conseqüências e manejá-las adequadamente. Saber avaliar traumas físicos e emocionais auxilia

na detecção dos pacientes que apresentam traumas decorrentes de violência, sem estigmatizá-los por apresentarem problemas “suspeitos”<sup>1</sup>.

Quando alguém sofre um ato violento, experimenta sentimentos de desamparo e falta de controle da situação<sup>1</sup>. Se a violência ocorre contra uma criança, além de atingir a própria vítima, esses sentimentos se estendem aos familiares. É fundamental considerar e procurar reverter tais sensações. De fato, uma das ações mais importantes do pediatra de emergência é a possibilidade de prevenção da síndrome do estresse pós-traumático (SEPT), que ocorre em 15 a 67% das crianças e jovens expostos à violência. A SEPT caracteriza-se pela persistência de um conjunto de sintomas (reexperimentação da violência sofrida, evitação e estado de hiperalerta) por um período superior a 1 mês após o trauma. Tanto a criança quanto os pais podem desenvolver os sintomas. Durante a interação necessária entre o profissional, a criança e a família para os cuidados na emergência, algumas atitudes podem ser tomadas pelo médico a fim de promover a resiliência dos pais e da criança e auxiliar os pais a lidar com os possíveis sintomas da SEPT: falar brevemente com as crianças e adolescentes a respeito das diversas reações normais ao trauma (“Você pode se encontrar pensando muito a respeito ou ficar tentando muito não pensar ou se sentir assustado...”); ensinar e incentivar os pais para que monitorem reações normais ao trauma, tanto deles próprios quanto dos filhos; esclarecer como as reações dos pais podem ajudar ou atrapalhar suas próprias habilidades para dar suporte às suas crianças<sup>18</sup>.

No entanto, a dinâmica de atendimento na emergência, com demanda além da disponibilidade de profissionais e exigência de atitudes imediatas após rápidas avaliações, compõe um quadro tal que dificulta desenvolver algumas ações de maneira adequada. Sensibilizar e capacitar os profissionais, criar rotinas que facilitem o atendimento e articular referências são considerados aspectos essenciais ao bom desempenho na emergência<sup>19</sup>.

Apenas um pequeno percentual de vítimas de maus-tratos (4%) necessita hospitalização após atendimento em emergência<sup>17</sup>. Além da indicação médica, a Academia Americana de Pediatria recomenda a internação de crianças maltratadas por necessidade de proteção (o hospital pode ser o abrigo mais acessível em curto espaço de tempo) ou para que seja feito diagnóstico da situação (intervenções diagnósticas e observação detalhada da interação familiar)<sup>20</sup>. Pode ocorrer, ainda, que crianças sejam internadas por problemas clínicos diversos e a suspeita de maus-tratos seja levantada durante a internação. Isso decorre da oportunidade de observação tanto das relações familiares quanto dos cuidados dispensados pelos responsáveis à criança internada.

Na enfermaria, entretanto, quando o período de hospitalização é mais longo, a proximidade em tempo integral da equipe de saúde com a família pode causar problemas na condução dos casos. É freqüente que responsáveis por outras crianças e mesmo profissionais despreparados tomem uma posição de hostilidade para com os familiares, seja culpabilizando-os por não terem

conseguido proteger a criança, seja por serem eles próprios os agressores. Esse tipo de atitude, além de não ajudar o paciente, pode dificultar qualquer tentativa de avaliar aspectos sociais e psicológicos e de investir na mudança de comportamento dos responsáveis, ações possíveis durante a internação.

A suspeita de maus-tratos pode surgir também no decorrer do acompanhamento ambulatorial. Considerando a existência de vínculos seguros e inseguros entre pais e filhos, a percepção do tipo de vínculo existente pode permitir a identificação daqueles que podem levar ao risco de maus-tratos<sup>21</sup>. Sendo o abuso psicológico isolado o tipo de maus-tratos com a menor taxa de confirmação, o espaço da consulta médica pode permitir observar um relacionamento psicologicamente abusivo por parte dos cuidadores, auxiliando na sua detecção<sup>13</sup>.

O pediatra, geralmente, conhece as características emocionais, do desenvolvimento, educacionais e físicas de seu paciente antes do início de um eventual abuso, sendo capaz de detectar as subseqüentes alterações adversas decorrentes dele<sup>13</sup>. Por outro lado, para o profissional que faz o acompanhamento de puericultura de uma criança que se torna vítima de violência intrafamiliar, pode ser difícil aceitar que sua tarefa de reforçar vínculos nem sempre seja alcançada. Chegar a um diagnóstico de maus-tratos é enfrentar a própria limitação da atuação preventiva. Além disso, ao evidenciar os maus-tratos, surge a culpa pela possibilidade de quebrar um aparente equilíbrio familiar<sup>22</sup>. A dificuldade de romper com o modelo idealizado acerca da instituição “família” e de nos estranharmos em relação às nossas próprias referências pode tornar a situação ainda mais complexa de ser enfrentada<sup>23</sup>.

É importante considerar que a gravidade dos efeitos negativos dos maus-tratos pode ser amenizada por efeitos protetores, dentre eles a atuação profissional precoce e eficaz<sup>7</sup>. Atuação precoce não deve, entretanto, ser confundida com atuação precipitada, cuja boa intenção de tentar ajudar pode impedir um tempo mínimo necessário para que a equipe de saúde compreenda a situação que se apresenta e para que a família reconheça e exponha suas necessidades e suas possibilidades<sup>15</sup>. Em geral, o que a criança maltratada precisa imediatamente é de cuidado, antes mesmo de se pensar na proteção judicial<sup>24</sup>. O entendimento, ainda no serviço de saúde, das circunstâncias que levaram ao abuso e do contexto existente para desenvolver qualquer trabalho com a família pode ser determinante para as medidas de proteção que serão adotadas pelo Conselho Tutelar, uma vez que tais informações podem e devem ser transmitidas através da notificação.

Já parece estar suficientemente compreendido que o segredo profissional, em termos de maus-tratos contra a criança, protege apenas ao adulto agressor, que poderia ser prejudicado ante a revelação dos fatos<sup>22</sup>. Tem sido uma prática dos serviços que acompanham crianças vitimizadas explicar aos pais a importância e necessidade da notificação e a visão de não compactuar com o comportamento de violência, colocando a segurança da criança em primeiro plano<sup>4,25</sup>. Para que não se arrisque a vida ou a saúde

psicofísica da criança, é fundamental que o profissional reflita sobre suas próprias convicções e vença tanto os excessos de cautela (que levam a notificações apressadas, com pouca ou nenhuma fundamentação) quanto a atitude de não compromisso para realizar a notificação<sup>22</sup>.

A notificação de casos suspeitos e confirmados de maus-tratos é obrigatória para profissionais de saúde, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>26</sup>. Aos Conselhos Tutelares, que recebem as notificações, cabe defender e garantir os direitos das crianças e adolescentes, detendo o poder de aplicar medidas de atendimento e responsabilização quando julgar necessárias. No entanto, os Conselhos Tutelares são considerados órgãos pouco resolutivos, por uma série de motivos: têm sobrecarga de trabalho; muitos conselheiros assumem seus cargos sem a devida capacitação, demonstrando pouco conhecimento sobre o ECA e o trabalho prático vinculado a ele; suas ações não costumam ser planejadas, pautando-se em questões pontuais, muitas vezes utilizando-se de intervenções fragmentadas e de cunho emergencial; a infra-estrutura de trabalho é precária e falta retaguarda de serviços, o que causa relação conflituosa com outros órgãos que atendem às vítimas<sup>4,27</sup>.

Diante de todos esses problemas, é recomendável que o profissional de saúde não se exima do papel de tratar, referir e prevenir a violência familiar. A proteção da criança não pode ser confundida com as ações de notificação e investigação, ou seja, a proteção não pode ser percebida como responsabilidade fundamentalmente dos serviços legalmente destinados a essa função. Esse tipo de percepção pode expor a criança pelas seguintes razões: a multiplicidade de problemas envolvidos nos casos de maus-tratos demanda o envolvimento de diversas fontes de ajuda; é impossível para os serviços de proteção manter o monitoramento constante das famílias e pode haver redução das ações diretas da comunidade e dos profissionais de outras áreas. Muitas vezes, o próprio serviço de proteção desvia-se da ação de proteger a criança, uma vez que, por obrigação legal, deve reunir evidências e preparar documentos para apresentar à Justiça. Nos EUA e na Austrália, cerca de dois terços dos casos notificados e investigados de suspeitas de maus-tratos nunca serão confirmados, e uma grande proporção de casos confirmados não recebe qualquer outro "serviço" além da própria investigação<sup>28</sup>.

Faltam estudos, na maioria dos países, sobre o efeito das notificações de suspeitas de maus-tratos às agências de proteção. A dificuldade de estudar a associação entre a atuação desses serviços e melhores resultados para as crianças expostas a maus-tratos está na grande diversidade de fatores de confundimento envolvidos nessas situações, tais como a duração do abuso, a situação familiar e os níveis de suporte das famílias<sup>5</sup>. Consideramos que, independente dos resultados obtidos com a notificação, o conselheiro tutelar deve ser encarado como um parceiro que abre possibilidades de ação complementares àquelas desenvolvidas pelo profissional de saúde, as quais são fundamentais à meta comum de proteger a criança.

## O acompanhamento pelo pediatra

Muitos Conselhos Tutelares, à semelhança do que ocorre com agências de proteção em outros países, dispõem de poucos recursos para acompanhar todos os casos a eles notificados. Além disso, acreditamos que, no Brasil, ocorra o mesmo que nos EUA, onde a grande maioria dos casos de abuso físico e sexual não chega até os serviços de proteção<sup>5</sup>. Sendo assim, o pediatra cujo paciente teve suspeita, é ou foi vítima de maus-tratos tem o dever de acompanhá-lo, a fim de zelar pela sua segurança. É importante, nesse processo, questionar ativamente a criança e os responsáveis a respeito de novos episódios de violência; realizar sempre exame minucioso em busca de evidências físicas e estar atento para alterações comportamentais e emocionais compatíveis com abuso, amplamente descritas na literatura<sup>29-32</sup>.

Há poucos trabalhos sistemáticos ou com dados robustos que demonstrem qualquer forma particular de intervenção que proteja definitivamente crianças contra abuso, o mesmo ocorrendo com a prevenção de revitimização. Taxas em torno de 25 a 31% de revitimização de abuso físico em crianças menores de 1 ano apontam para séria falha na prevenção secundária de agressão a esses bebês, cuja consequência pode ser até mesmo a morte. Um evento prévio de abuso é considerado risco para outros episódios, devendo a criança ser monitorada pelos profissionais de saúde e de assistência social<sup>33</sup>.

Um dos principais objetivos do acompanhamento deve ser o fortalecimento das famílias, já que a "presença" da família nem sempre significa "família presente" e estruturada<sup>24</sup>. Parecem ser boas medidas eleger o afeto como valor e olhar a família que sofre, ao invés de tratá-la como de risco ou incapaz<sup>34</sup>. Este trabalho pode auxiliar tanto na reversão de comportamentos abusivos (violência intrafamiliar) quanto no desenvolvimento de estratégias para evitar contatos com agressores externos. Preservar relações familiares e garantir o crescimento da criança no seu próprio meio é essencial para transmitir segurança e a sensação de pertencimento ideais para seu desenvolvimento.

Assim, as abordagens devem ter como alvo a família e não apenas as crianças, respeitando sua cultura, suas crenças e seus costumes, não tomando como parâmetro os valores próprios do profissional. Deve-se acreditar no poder e no potencial das famílias para mudar suas vidas<sup>7</sup> e ajudá-las a identificar e buscar os recursos internos e externos existentes. É importante respeitar as diferenças entre as famílias e entre cada um de seus membros, detectando suas necessidades específicas<sup>35</sup>.

Cabe aos profissionais não apenas dar suporte aos pais e ensiná-los a importância de responderem construtivamente diante de uma situação de abuso, mas também ajudá-los a desenvolver essas habilidades<sup>36</sup>. É indicado incentivar respostas protetoras que ampliem seu suporte social e reduzam estratégias contraproducentes (por exemplo, negação do problema, aumento de uso de álcool, etc.)<sup>18</sup>. Pesquisas demonstram que o fortalecimento das respostas das famílias ao abuso sexual é um método eficiente para reduzir traumas nas vítimas<sup>36</sup>.

No caso da violência intrafamiliar, busca-se criar um contexto de responsabilização para o perpetrador e de segurança para a vítima. Para isso, é necessário garantir um trabalho árduo de ajuda aos perpetradores. A habilidade dos membros da família para trabalhar cooperativamente e olhar os outros como apoios potenciais é o cerne de um plano sólido de reabilitação<sup>25</sup>.

Não é raro, porém, que o agressor não aceite a intervenção para si próprio, insistindo em que apenas a criança seja tratada, numa tentativa (muitas vezes inconsciente) de mudar o foco do problema. Ajudar a compreender de forma mais aprofundada a situação familiar pode ser um trabalho desenvolvido pelo pediatra no qual a família confia, a quem procura regularmente e que será o responsável pelos encaminhamentos posteriores. Fazer o agressor tomar para si a responsabilidade dos atos violentos que cometeu desencadeia freqüentemente nele próprio a capacidade de desenvolver empatia e o desejo de compreender o ponto de vista da vítima<sup>25</sup>. Isso torna mais fácil a aceitação do tratamento para tentar reverter o comportamento inadequado para com a criança.

Abordagens ativas dos serviços para inclusão dos pais não agressores no tratamento devem respeitar escolhas individuais e analisar obstáculos ao acompanhamento, tais como dificuldade de transporte, cuidados com a criança (disponibilidade de creches), estigmas e a possibilidade de atendimentos em outros locais fora do serviço de saúde (p. ex, na comunidade). Verificou-se que o envolvimento dos pais ou responsáveis não abusadores na psicoterapia está associado a resultados benéficos para a criança que foi vítima de abuso sexual, especialmente as mais jovens<sup>16</sup>.

Considerando que crianças que vivem em lares onde há violência entre o casal têm maior risco de serem agredidas e que grande percentual delas sofre seqüelas emocionais por essa vivência mesmo sem sofrer agressão direta<sup>25,35,37</sup>, deve-se investir para que casais em conflito sejam encaminhados para tratamento como forma de proteção da criança. Estudos nos EUA evidenciaram que a violência entre o casal está presente em cerca de 40% dos casos graves ou fatais de maus-tratos contra crianças e em mais de 50% dos casos suspeitos de maus-tratos atendidos em hospitais<sup>37</sup>. Questionar ativamente os responsáveis a respeito de conflitos do casal deve fazer parte da anamnese pediátrica, como meio de prevenir a violência contra a criança.

Na maior parte dos trabalhos sobre violência intrafamiliar contra crianças, o pai biológico e, principalmente, outros substitutos da figura paterna (padrasto, companheiro ou namorado da mãe) são estudados como agentes da agressão. Isso decorre da alta freqüência com que aparecem nesse papel em todas as pesquisas e por ter sido demonstrada associação entre sua presença na casa e o maior risco de maus-tratos<sup>37,38</sup>. Por outro lado, foi verificado que, quando um companheiro da mãe maltrata seu filho, ela pode ser considerada negligente por não ter protegido a criança, e a ação da agência de proteção é dirigida à mãe. Políticas assim tornam obscura a verdadeira natureza do episódio inicial de maus-tratos<sup>38</sup> e privam os homens da possibilidade de sofrerem intervenções que venham a auxiliá-los.

Ao mesmo tempo, pesquisas demonstram que o envolvimento do pai nos cuidados da criança está associado a uma série de benefícios para ela e para a mãe<sup>35</sup>. Residindo ou não com a criança, o pai biológico desempenha vários papéis, econômicos ou outros, que configuram a segurança, o risco e o bem-estar da criança. Ele também é importante para o bem-estar dos outros membros da família e, particularmente, para a qualidade dos cuidados que ele próprio e a mãe oferecem à criança<sup>37</sup>.

Sendo assim, é recomendável que tanto as agências de proteção quanto os serviços de saúde incluam os pais e substitutos da figura paterna nas ações de prevenção e de monitoramento da violência contra a criança e o adolescente. É essencial desenvolver estratégias e modelos de intervenção que venham ao encontro das necessidades dos pais, das suas motivações para freqüentar serviços, dos seus perfis de risco, de seus padrões de solicitação de ajuda, bem como estratégias que desenvolvam elementos de proteção e diminuam os elementos de risco dos pais para maus-tratos<sup>37</sup>. Nesse processo, pode ser necessário vencer a barreira que a própria mãe representa através de sua resistência à participação do pai<sup>35</sup>.

Considerando que poucos são os avós que não cuidam, em algum momento, de seus netos e o número expressivo de avós cuidadores com os quais nos deparamos na prática pediátrica, também esses membros da família merecem especial atenção e cuidado por parte do profissional de saúde. Muitas vezes, diante de crises familiares, os avós têm efeito tranquilizador do ponto de vista das crianças, mas também podem se somar ao conflito e contribuir para o aumento da tensão familiar<sup>39</sup>.

Vários períodos no processo de acompanhamento das vítimas de maus-tratos podem ser considerados delicados para a criança, a família e para os próprios profissionais de saúde, a partir do momento em que a violência praticada contra a criança se torna "pública". É importante que o profissional esteja ciente de que vários sentimentos podem estar presentes em todos os envolvidos, durante muito tempo, em maior ou menor grau: medo, angústia, revolta, sensação de impotência, culpa, vergonha, etc.

Quando se trata de abuso sexual, a reação dos pais e dos profissionais à descoberta ou ao processo de revelação pode ajudar a vítima a se recuperar ou traumatizá-la ainda mais. A criança usualmente quer que a situação mude sem confrontação, sem intervenção externa e sem a separação dos membros da família. No entanto, a descoberta desse tipo de abuso tipicamente catapulta a criança e a família em uma crise<sup>36</sup>, em geral mais grave quando o abuso é intrafamiliar. É importante que o profissional valorize tanto a revelação da criança, eximindo-a da responsabilidade pelo que ocorreu e pelas conseqüências da revelação, quanto a credibilidade dada à criança pelos responsáveis que buscam ajuda do serviço de saúde.

Estudos têm sido feitos sobre a reação de mães não agressoras à revelação de abuso sexual de seus filhos. Parece haver uma expectativa por parte dos profissionais de que elas, sem qualquer treinamento profissional, muitas vezes com histórias pessoais de abusos não tratados e

vivenciando relações violentas em casa, seriam capazes de acreditar imediatamente numa revelação e agir a favor do filho vitimizado<sup>36</sup>. Essa expectativa contrasta com a reação que vemos na maioria dessas mães, que se sentem culpadas por terem falhado na proteção, revoltadas pela traição da confiança por parte do agressor (quando este é conhecido ou integrante da família), incrédulas com o que ocorreu, perdidas em relação às atitudes que devem tomar. Ao mesmo tempo, na maioria das vezes, tentam entender a situação e apoiar e proteger sua criança, ainda que nem sempre consigam. Nesse sentido, as mães necessitam tanto de apoio quanto os filhos durante o processo subsequente à revelação do abuso. Em geral, a pessoa protetora (seja ou não a mãe) necessita desse apoio, mesmo em outros tipos de abuso. Suas respostas são processos, e não eventos pontuais. Muitas vezes, se os pais ficam muito desestruturados para apoiar a criança ou se o familiar que está tentando proteger é ameaçado pelo agressor, faz-se necessário identificar um outro elemento protetor na família ou mesmo fora dela.

No caso do abuso sexual, a crise da mãe e sua necessidade de suporte são freqüentemente minimizadas pelos profissionais frente à necessidade de proteção física da criança. Para um bom resultado da atenção, recomenda-se que a mãe seja vista pela equipe de saúde tanto como cliente (com necessidades de suporte) quanto como um membro da equipe (incluída nas decisões para a segurança da criança)<sup>36</sup>.

Considerando que a simples suspeita de qualquer tipo de maus-tratos pode causar grandes transtornos para a família e para a criança, os mesmos cuidados de acompanhamento dos casos devem ser tomados independente do abuso estar confirmado ou não. A confirmação dos maus-tratos pode ser uma tarefa difícil, caso não haja evidências físicas ou testemunhas, o que geralmente acontece.

O exame de corpo de delito, na maioria das vezes, frustra as expectativas da obtenção de provas materiais dos maus-tratos perpetrados contra as crianças (até mesmo quando se trata de estupro), podendo ser entendida, então, como uma falsa alegação contra o agressor. Paradoxalmente, a sociedade exige que a vítima, além de violentada, também se apresente fisicamente ferida<sup>40</sup>. No caso de crianças, há o agravante de não ser dada à sua palavra a mesma credibilidade que à do agressor<sup>40,41</sup>. Em Hamburgo, na Alemanha, médicos legistas ficam disponíveis 24 horas por dia para examinar as vítimas. Se acionados pelos médicos que prestam o atendimento, não há necessidade de envolvimento da polícia ou de uma queixa oficial. Os dados ficam guardados no prontuário médico, para serem utilizados de acordo com a necessidade posterior. Essa iniciativa decorreu do fato de que apenas um pequeno número de vítimas realizava exame de corpo de delito enquanto o exame era vinculado a procedimentos legais<sup>1</sup>.

Mesmo em países onde a justiça criminal e os serviços forenses funcionam bem, apenas um pequeno número de casos de maus-tratos (incluindo os de abuso sexual, que mais comumente chegam a processo legal) chega a julgamento, e menos ainda resultam em condenação<sup>1,42</sup>. Ou

seja, muitas vítimas de violência são submetidas a procedimentos forenses invasivos sem ganhar nenhum benefício real a partir das evidências coletadas<sup>1</sup>. Constata-se que os melhores preditores para saber se um caso de abuso sexual vai ser referido a processo criminal são a idade da criança (situações envolvendo vítimas pré-escolares têm menor probabilidade, provavelmente devido ao questionamento de suas competências: possibilidade de "contaminação" e de sugestão, capacidade de memória, consistência através do tempo), o sexo e a severidade do abuso (casos mais graves envolvendo meninas têm maior probabilidade de serem processados legalmente). A literatura sugere que os 7 anos é a idade "mágica" que diferencia os casos processáveis dos não processáveis. Os agressores com relações mais próximas à criança menos provavelmente são acusados judicialmente<sup>42</sup>.

No entanto, é comum que a notificação gere uma expectativa por "justiça" entre os familiares. Em geral, o profissional de saúde que notificou passa a ser visto como co-responsável pelos desdobramentos (positivos e negativos) dos diversos encaminhamentos que são feitos a partir da notificação. Nesse sentido, é importante abrir espaço para discutir com as famílias os papéis e limitações de cada instituição, para que a relação médico-paciente seja preservada. Para isso, é necessário que o pediatra conheça a legislação, os diversos órgãos existentes e as funções de cada um, suas possibilidades e dificuldades de atuação. Isso pode ajudá-lo a compreender alguns desdobramentos não esperados e a interferir de forma mais eficaz, inclusive na orientação aos pais.

Esses são apenas alguns dos problemas críticos pelos quais passam o paciente e a família envolvidos em situação de violência. Poderíamos citar, ainda, a separação dos casais, a necessidade de afastamento da criança ou de um dos familiares por ordem judicial, a necessidade de mudança de moradia ou escola, estigmatização da família pela comunidade, dentre tantos outros que tornam imprescindível o acompanhamento, o apoio e as orientações por parte dos profissionais de saúde, também atores desse processo.

Idealmente, esse acompanhamento deveria ser feito por equipe interdisciplinar organizada, disponível e com recursos suficientes, o que ainda não é a realidade na maioria dos lugares. As famílias necessitariam dessa equipe perto de seus domicílios e, preferencialmente, no mesmo local onde se consultaram pela primeira vez. Essa possibilidade pode ser determinante na adesão ao tratamento ou em seu fracasso<sup>22</sup>. Abandonos de até 30% dos casos acompanhados estão relatados na literatura<sup>43,44</sup>.

Atuar em equipe multiprofissional é recomendado e necessário nas situações de violência praticada contra a criança, uma vez que nenhuma instituição, indivíduo ou disciplina dispõe de todo o conhecimento, habilidades ou recursos para prover as necessidades das vítimas e suas famílias<sup>3,7,11</sup>. O dano será minimizado se as necessidades médicas, psicológicas, sociais e legais forem garantidas<sup>1</sup>.

Para que várias instituições trabalhem em conjunto em prol da proteção da criança, é recomendável que: haja um ambiente de respeito e verdade no compartilhamento de

informações, percepções e respostas; chegue-se a um acordo sobre valores fundamentais; desenvolva-se uma linguagem comum; mantenha-se o foco em objetivos comuns eleitos por consenso; demonstre-se respeito em relação ao conhecimento e à experiência de cada um; assumam-se que todas as partes têm intenções positivas, ainda que as idéias, perspectivas e abordagens sejam diferentes; reconheça-se o poder, as necessidades e as limitações de cada parte; trabalhe-se os conflitos de forma produtiva e compartilhem-se as tomadas de decisão, os riscos e responsabilidades<sup>7</sup>. Os prontuários deveriam conter informações focadas nas questões de necessidades da família e de proteção da criança, buscando um equilíbrio entre confidencialidade e responsabilidade para proteger as crianças e apoiar seus responsáveis<sup>21</sup>. Esse trabalho integrado pode evitar que políticas de atendimento às vítimas de violência resultem em vitimização secundária ou em desestímulo para procurar cuidado ou revelar o abuso<sup>1</sup>.

O resultado satisfatório de uma intervenção nos casos de maus-tratos seria a cessação da violência. Às vezes, o resultado possível é uma separação segura do casal ou um responsável violento conseguir manter contatos seguros com as crianças<sup>25</sup>. Tais limitações no alcance de resultados satisfatórios, no entanto, não devem ser vistos como fracassos da atuação do profissional de saúde. É importante ter clareza de que nem sempre conseguimos avançar o quanto seria teoricamente desejável, mas o quanto é possível para cada família e para cada instituição envolvida.

Nos EUA, a decisão de encerrar o envolvimento de uma agência de proteção baseia-se no monitoramento e na avaliação de cada caso e é tomada em conjunto com a família e com outras pessoas importantes para ela, considerando a segurança da criança. A agência pode até mesmo apoiar o direito da família de encerrar o acompanhamento quando os riscos para a segurança da criança forem reduzidos significativamente e a família acreditar que não necessita mais dos serviços disponíveis<sup>7</sup>.

### Prevenção

Ações de prevenção primária e promoção necessitam caminhar em paralelo às de atenção às vítimas, para que se consiga, no futuro, reduzir a incidência da violência contra crianças. Devido ao imenso número de casos de maus-tratos existentes (da ordem dos milhões em todo o mundo, tornando impraticável a ação das agências de proteção em todos eles) e à percepção de que a negligência é o tipo de maus-tratos mais identificado, tem-se considerado mais produtivo investir em políticas de prevenção primária do que em políticas cujo foco está na identificação e responsabilização de casos individuais<sup>28</sup>.

Atuar na prevenção requer agir em vários níveis concomitantemente: nos indivíduos (crianças e adultos, vítimas e agressores), nas relações pessoais, na comunidade e na sociedade<sup>3,45</sup>. Tão importante quanto identificar os fatores de risco é a identificação dos fatores de proteção, os quais promovem a resiliência<sup>7</sup>. Muitas vezes, são tantas as dificuldades para reverter aqueles fatores de risco que fogem ao alcance da atuação do setor saúde, que tentar

minimizá-los através da identificação e fortalecimento de relações positivas que dêem suporte à criança pode ser a opção possível.

Sendo a negligência e o abuso físico os tipos de maus-tratos mais comumente cometidos contra a criança e sendo essas formas de violência muito relacionadas com vínculos entre pais e filhos e questões culturais da educação infantil, parece claro que o pediatra pode, sem se desviar muito da sua rotina, identificar famílias de risco e atuar na prevenção.

A atenção desenvolvida por profissionais que atuam diretamente nas comunidades e nas unidades básicas de saúde permite trabalhar a prevenção primária. Visitas domiciliares têm se mostrado eficazes para mudanças de comportamento de pais em risco de perpetrar maus-tratos<sup>13</sup>. Ajudar os pais a desenvolverem uma percepção real da criança, ensinando-os sobre suas possibilidades e necessidades<sup>22</sup>, orientá-los preventivamente sobre o fato de que utilizar palavras ou gestos impróprios, bem como deixar de utilizar palavras de suporte ou de amor pode prejudicar a criança<sup>13</sup>, são exemplos de ações simples que podem auxiliar na construção de um ambiente saudável para a família e para o desenvolvimento das crianças, futuros cuidadores<sup>2</sup>.

### Conclusões

Os maus-tratos contra crianças provocam nos profissionais sentimentos que se mesclam, oscilantes e até contraditórios. Transita-se por um caminho de sensibilização e aprendizado, onde cada um percorre um trajeto pessoal paralelo ao que essa temática vem percorrendo na comunidade médica<sup>22</sup>. Tratando-se a violência de tema que gera sofrimento, desperta questionamentos, sensação de risco e insegurança, seria necessário que o profissional estivesse inserido em oportunidades sistemáticas de discussão, sensibilização e capacitação<sup>46</sup>.

Alguns desafios estão postos para os pediatras:

- Envolver-se sem gerar mais violência.
- Ter as famílias, e não apenas as crianças e mães, como alvo da atenção.
- Incluir os responsáveis que cometeram a agressão, ajudando-os a mudar comportamentos.
- Desenvolver habilidades específicas para lidar com as situações, através da aquisição de conhecimentos teóricos e da atuação prática multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, destacando-se, sobretudo, o trabalho conjunto com o Conselho Tutelar.
- Avaliar, na sua rotina de atendimento, fatores de risco e protetores relacionados à criança e à família, fortalecendo os de proteção e trabalhando para minimizar ou afastar os de risco.

### Referências

1. World Health Organization. Preventing Violence – a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2004.
2. Merrick J, Browne KD. Child abuse and neglect – a public health concern. *Public Health Rev.* 1999;27:279-93.

3. Organização Mundial de Saúde. Violência – Um problema mundial de saúde pública. In: Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra: OMS; 2002. p. 1-22.
4. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2002;18:315-19.
5. McMillan HL, Jamieson E, Walsh CA. Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: results from a community survey. *Child Abuse Negl*. 2003;27:1397-408.
6. Mian M. World Report on Violence and Health: what it means for children and pediatricians. *J Pediatr*. 2004;145:14-9.
7. Goldman J, Salus MK, Wolcott D, Kennedy KY. A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: The Foundation for Practice. Child abuse and neglect user manual series. Washington: U.S. Department of Health and Human Services; 2003.
8. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreat*. 2005;10:5-25.
9. Minayo MC. Violência: um tema que a realidade social impõe à atenção médica. *Revista Digital de Educação Permanente em Saúde [periódico na Internet]* 2004;1(1):[3 p.]. [www.abem-educmed.org.br/publicacoes/revista\\_digital/pdf\\_vol\\_1\\_2004/minayo.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/revista_digital/pdf_vol_1_2004/minayo.pdf). Acesso: 27/10/2005.
10. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violência. Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01. Publicado no DOU nº 96. Seção 1e. de 18/5/01. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
11. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Série A nº 167. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
12. Souza ER, Minayo MCS, Njaine K, Cruz AJM, Silva HB, Santos FCL, et al. Tendências da produção científica brasileira sobre violência e acidentes na década de 90. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. *Violência sob o olhar da saúde – a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003. p. 49-81.
13. Kairys SW, Johnson CF, Committee on Child Abuse and Neglect. The psychological maltreatment of children – technical report. *Pediatrics*. 2002;109:e68.
14. Gomes R, Junqueira MFPS, Silva CO, Junger WL. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7:275-83.
15. Oliveira RC. Prevenção, assistência, assistencialismo: os tempos da clínica. In: Franco F, Ribeiro PM, Gryner S, coordenadoras. *A violência começa quando a palavra perde o valor*. 1st ed. Rio de Janeiro: Núcleo de Atenção à Violência/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; 2004. p. 17-27.
16. Ramchandani P, Jones DPH. Treating psychological symptoms in sexually abused children – from research findings to service provision. *Br J Psychiatry*. 2003;183:484-90.
17. Keshavarz R, Kawashima R, Low C. Child abuse and neglect presentations to a pediatric emergency department. *J Emerg Med*. 2002;23:341-5.
18. Kassam-Adams N, Fein JA. Posttraumatic stress disorder and injury. *Clin Ped Emerg Med*. 2003;4:148-55.
19. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999;4:81-94.
20. Academia Americana de Pediatria. Necessidade de Hospitalização da Criança Maltratada e Negligenciada. *Pediatrics* (ed. Bras.) 1998;2:411-2.
21. Scott L. Child protection: the role of communication. *Nurs Times*. 2002;98:34-6.
22. Comité de Familia y Salud Mental. Maltrato físico: un problema de salud que nos involucra. *Arch Argent Pediatr*. 2003;101:64-72.
23. Sarti CA. Famílias enredadas. In: Acosta AR, Vitale MAF, organizadoras. *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE/PUCSP; 2003. p. 21-36.
24. Santos MCCL. Raízes da violência na criança e danos psíquicos. In: Westphal MC, organizadora. *Violência e criança*. São Paulo: Editora da USP; 2002. p. 189-204.
25. Vetere A, Cooper J. Setting up a domestic violence service. *Child Adolesc Mental Health*. 2003;8:61-7.
26. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8069/90 de 13 de julho de 1990. Brasília: Senado Federal.
27. Ribeiro MA, Ferriani MGC, Jair JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cad Saúde Pública*. 2004;20:456-64.
28. Melton GB. Mandated reporting: a policy without reason. *Child Abuse Negl*. 2005;29:9-18.
29. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: SBP/CLAVES-FIOCRUZ/SEDH-MJ; 2001
30. Organização Mundial de Saúde. Abuso infantil e negligência por parte dos pais e outros responsáveis. In: Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra: OMS; 2002. p. 59-87.
31. Pfeiffer L, Waksman RD. Violência na infância e adolescência. In: Campos JA, Paes CEN, Blank D, Costa DM, Pfeiffer L, Waksman RD, eds. *Manual de Segurança da Criança e do Adolescente*. Belo Horizonte: SBP; 2004. p. 195-278.
32. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004
33. Ellaway BA, Payne EH, Rolfe K, Dunstan FD, Kemp AM, Butler I, et al. Are abused babies protected from further abuse? *Arch Dis Child*. 2004;89:845-6.
34. Sawaia BB. Família e afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. In: Acosta AR, Vitale MAF, organizadoras. *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE/PUCSP; 2003. p. 39-50.
35. Duggan A, Fuddy L, McFarlane E, Burrell L, Windham A, Hgman S, et al. Evaluating a statewide home visiting program to prevent child abuse in at-risk families of newborns: fathers' participation and outcomes. *Child Maltreat*. 2004;9:3-17.
36. Lovett BB. Child sexual abuse disclosure: maternal response and other variables impacting the victim. *Child Adolesc Social Work J*. 2004;21:355-71.
37. Guterman NB, Lee Y. The role of fathers in risk for physical child abuse and neglect: possible pathways and unanswered questions. *Child Maltreat*. 2005;10:136-49.
38. Radhakrishna A, Bou-Saada IE, Hunter WM, Catellier D, Kotch JB. Are fathers' surrogates a risk factor for child maltreatment? *Child Maltreat*. 2001;6:281-9.
39. Vitale MAF. Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea. In: Acosta AR, Vitale MAF, organizadoras. *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE/PUCSP; 2003. p. 93-105.
40. Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernández CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J Pediatr*. 2001;77:413-9.
41. Thouvenin C. A palavra da criança: do íntimo ao social. Problema do testemunho e da retratação. In: Gabel M. *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus; 1997. p. 91-102.
42. Joa D, Edelson MG. Legal outcomes for children who have been sexually abused: the impact of Child Abuse Assessment Center evaluations. *Child Maltreat*. 2004;9:263-76.
43. Noguchi MS, Assis SG, Santos NC. Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9:963-73.
44. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:192-9.
45. Tenney-Soeiro R, Wilson C. An update on child abuse and neglect. *Curr Opin Pediatr*. 2004;16:233-7.
46. Ministério da Saúde. Lidando com situações de violência. In: MS. *Violência Intrafamiliar – orientações para a prática em serviço*. Cadernos de Atenção Básica nº 8. Série A – Normas e Manuais Técnicos; nº 131. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

## Correspondência:

Ana Lúcia Ferreira

Rua General Silva Pessoa 68/301, Tijuca

CEP 20260-310 – Rio de Janeiro, RJ

Tel.: (21) 2284.0125/2590.4891

Fax: (21) 2234.6309/2590.4891

E-mail: anaferr@gbl.com.br ou anaferr@br.inter.net