



ARTIGO ORIGINAL

**A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O MITO DO AMOR MATERNO:
CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM**

**FAMILY VIOLENCE AGAINST THE CHILD AND THE MATERNAL LOVE MYTH:
CONTRIBUTIONS TO NURSING**

**LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CONTRA EL NIÑO Y EL MITO DEL AMOR MATERNO:
CONTRIBUCIONES DE LA ENFERMERÍA**

Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz¹
Stela Maris de Mello Padoin²
Eliane Tatsch Neves³
Eda Schwartz⁴
Julyane Felipette Lima⁵

Prêmio “Professora Lia Haubert da Silva” recebido no II Seminário Internacional e IX Semana de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

Doi: 10.5902/2179769210990

RESUMO: Objetivo: discutir o mito do amor materno em casos de violência intrafamiliar em que a mãe é a principal agressora. **Método:** pesquisa qualitativa descritiva, fundamentada no Método Criativo Sensível. A produção dos dados ocorreu em duas instituições localizadas no Sul do Brasil de junho a julho de 2008. A produção dos dados ocorreu por meio das dinâmicas de criatividade e sensibilidade: Brincar em Cena e Corpo Saber com quatro crianças em idade escolar. **Resultados:** apontaram a mãe como principal agressora, sendo a violência física a mais frequente. **Considerações finais:** a partir do paradoxo de a principal cuidadora ser também a agressora traz a tona a reflexão de que o amor materno incondicional não é inato, mas uma concepção histórica e culturalmente construída. Recomenda-se uma intervenção de enfermagem que inclua a família, nuclear e extensa, tendo a família como centro deste cuidado que deve ser pautado na moral e na ética.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Maus-tratos infantis; Relações mãe-filho.

ABSTRACT: Aim: discuss the myth of maternal love in cases of domestic violence where the mother is the main aggressor. **Method:** qualitative descriptive research based on Sensible Creative Method. Data production occurred in two institutions located in the southern Brazil from June to July 2008. Data production occurred through the dynamics of creativity and sensitivity: Play in Scene and Body Knowledge with four school-aged children. **Results:** pointed out that the mother as the primary aggressor, and physical violence was more frequent. **Final Considerations:** from the paradox of the primary caregiver be the aggressor also brings up the idea that the unconditional maternal love is not innate, but a conception that is historically and culturally constructed. We

¹Enfermeira, Mestre, Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS. E-mail: r.gabatz@yahoo.com.br

²Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta do Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS. E-mail: padoinst@smail.ufsm.br

³Enfermeira, Doutora Professor Adjunto do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação-Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM - Santa Maria, RS. E-mail: elianeves03@gmail.com

⁴Enfermeira, Pós-Doutora, Professora Associada do Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS. E-mail: eschwartz@terra.com.br

⁵Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS. E-mail: julyane_felipette@hotmail.com

recommend a nursing intervention that includes the family, nuclear and extended, with the family as the center of the care that should be based on morals and ethics.

Descriptors: Nursing care; Child abuse; Mother-child relations.

RESUMEN: Objetivo: discutir el mito del amor maternal en los casos de violencia intrafamiliar en que la madre es el principal agresor. **Método:** pesquisa descritiva qualitativa, basado en Método Creativo Sensible. La producción de datos ocurrió en dos instituciones en el Sur del Brasil, de junio a julio de 2008 y ocurrió a través de la dinámica de la creatividad y la sensibilidad: Jugar en Etapa y Cuerpo saber con cuatro niños en edad escolar. **Resultados:** indicaron la madre como el agresor principal, y la violencia física fue la más frecuente. **Consideraciones finales:** el paradojo de que el cuidador primario sea el agresor también trae a idea de que el amor maternal incondicional no es innato, sino una concepción construido históricamente y culturalmente. Se recomienda una intervención de enfermería que incluye a la familia, nuclear y extendida, como el centro de la atención inspirada en la moral y la ética.

Descriptorios: Atención de enfermería; Maltrato a los niños; Relaciones madre-hijo.

INTRODUÇÃO

A violência intrafamiliar contra a criança foi por muito tempo tratada como um problema estritamente familiar, sendo sustentado como tal pela sociedade. Este tipo de violência foi e continua sendo justificado em geral como uma maneira de educar, em prol da socialização, do bom desempenho escolar e da aquisição de responsabilidades¹ e até mesmo como forma de demonstrar preocupação.

Entretanto, não é possível continuar naturalizando esta questão, uma vez que inúmeras são as vítimas desse tipo de violência. A abrangência da violência e suas consequências individuais e coletivas fizeram com que ela se tornasse uma questão pública, sendo incluída na pauta do setor saúde. Mesmo não sendo um problema específico de saúde, a violência afeta a saúde em várias situações: provocando agravos físicos, mentais e emocionais, podendo chegar ao extremo que é a morte. Considerando essas situações, observa-se a necessidade de altos investimentos na recuperação e reabilitação dos indivíduos afetados pela violência, exigindo uma readequação dos serviços de saúde a fim de que estejam preparados para atuar preventivamente.²

A violência intrafamiliar é sem dúvida uma das formas mais cruéis de violência, especialmente quando se considera que a família deveria representar um ambiente de segurança para seus membros. Pode se estimar que entre 133 e 275 milhões de crianças são vítimas anualmente em todo o mundo.³

Dados publicados no mapa da violência contra crianças e adolescentes no Brasil, dão conta que a mortalidade por causas externas na faixa etária dos 0 aos 19 anos é a que mais tem crescido no país. Em 2010, a taxa de homicídios nesta população representou 43,3% do total das mortes por causas externas.⁴

No ano de 2011 foram registrados 39.281 atendimentos por violência segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Na classificação por faixas etárias, crianças menores de um ano representam a faixa de maior atendimento com 118,9 atendimentos em 100 mil crianças. Em segundo lugar está a faixa dos 15 aos 19 anos com 84,6 atendimentos para cada 100 mil adolescentes. Entre os responsáveis pelas agressões, a mãe aparece como a principal com 19,6% das notificações, enquanto que o pai é o agressor em 14,1% dos casos atendidos. Já quanto ao tipo de violência o maior índice de atendimento notificado é por violência física, representando 40,5% dos casos, seguindo-se de violência sexual com 19,9%, violência moral com 17%, o abandono com 15,8%, outras

com 4,9% e a tortura com 1,9%. Quanto ao sexo das vítimas, 60,3% dos atendimentos foram ao sexo feminino contra 39,7% dos atendimentos ao sexo masculino.⁴

Aspectos histórico-econômicos e sociais como a pauperização, o acesso ao trabalho e aos bens de consumo que viabilizam a educação e a saúde estão envolvidos nas situações de violência tornando ainda mais vulneráveis as vítimas. Estes aspectos acabam limitando as possibilidades de crescimento e desenvolvimento de todos os envolvidos.²

Em qualquer situação de violência as crianças e os adolescentes são, na maioria das vezes, as principais vítimas por serem vulneráveis. A vulnerabilidade relaciona-se a seres fragilizados política e juridicamente na proteção, na promoção ou garantia de seus direitos de cidadania.⁵ A violência é gerada a partir de uma relação de poder e subordinação ou dominação na qual as principais vítimas acabam sendo as mulheres e as crianças por se caracterizarem como seres mais frágeis e com menos força física.⁶

Por muito tempo, o poder e a dominação do homem sobre a mulher foi legitimado religiosamente e juridicamente, impondo a ela que fosse subordinada/submissa. Essa dominação do homem se faz presente também sobre os filhos, superioridade que vem da ordem da geração implicando em dependência e submissão dos filhos aos pais. A mãe aparece como figura responsável pelo cuidado dos filhos, porém está submetida ao esposo ou companheiro e seu poder não lhe é exclusivo.⁷

No entanto, embora o homem exerça poder e dominação e constitua-se do ser mais forte, estudos apontam que não é o pai, mas sim a mãe a principal agressora das crianças.⁸ Neste sentido, depara-se com uma ambiguidade: a mãe como principal protetora/cuidadora⁹ e também agressora. Assim, ocorre a quebra de um ideário do que seria a função materna ao longo do tempo.

A função materna esteve e está ligada aos valores dominantes e aos imperativos sociais de cada época, assim, de acordo com o valor que a sociedade atribui à maternidade a mulher será considerada, em menor ou maior grau, uma boa mãe.

Ao longo dos séculos, criou-se uma imagem da mãe preocupada com o cuidado dos filhos, sacrificando-se por eles. Entretanto, “foram necessários quase cem anos para apagar a maior parte do egoísmo e da indiferença materna”.^{7:201-2} A partir desse momento, a maternidade passa a ter uma nova interpretação sendo considerada uma função nobre.

Assim, as responsabilidades da mãe passam a se estender, incluindo, além da função nutricional, a educação. “Explicaram às mulheres que elas eram as guardiãs naturais da moral e da religião e que da maneira como educavam os filhos dependia o destino da família e da sociedade”.^{7:256}

Entretanto, o movimento feminista que se espalhou pelo mundo ocidental rapidamente suscitou um novo discurso que encerrou um longo período de mutismo das mulheres. As mulheres tomaram a palavra e trouxeram a luz seus desejos ocultados por séculos pela opressão sexista. Esse discurso tornou “caduca a teoria da mãe naturalmente devotada, nascida para o sacrifício”.^{7:331} Dessa forma, passa-se a discutir que o papel materno e por conseguinte o amor materno não é inato e nem toda a mulher tem o desejo de ser mãe e amar o seu filho.

Neste contexto, pergunta-se: em que circunstâncias as mães são as principais agressoras nas situações de violência intrafamiliar?

Em tempos em que se prima pela qualidade de vida e assistência integral à saúde dos indivíduos, torna-se imprescindível discutir e elaborar estratégias para desenvolver cuidados primários capazes de auxiliar a minimizar os danos causados pela violência intrafamiliar contra crianças. Assim sendo, compreende-se que é de extrema importância realizar estudos que busquem conhecer a relação de agressividade das mães nos casos de violência intrafamiliar contra crianças.

Portanto, objetivou-se com o presente artigo discutir o mito do amor materno diante da identificação da mãe como principal agressora nos casos de violência intrafamiliar.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva-exploratória, fundamentada no Método Criativo Sensível.¹⁰ O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, sob CAAE n° 0005.0.243.000-08.

Diante da situação de abrigamento das crianças, foi o responsável legal das mesmas quem assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Também, foi utilizado o Termo de Assentimento¹¹ para as crianças.

A produção dos dados ocorreu em duas instituições que acolhem crianças e adolescentes. Cada uma recebe aquelas do sexo feminino e do masculino separadamente, as quais são encaminhadas pelo Juizado de Menores e Conselho Tutelar, localizadas em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Estas instituições foram denominadas de Lar dos Meninos e Lar das Meninas para manter a confidencialidade do nome das instituições envolvidas. Na época da produção dos dados, junho e julho de 2008, o Lar dos Meninos abrigava duas crianças, com oito e onze anos e dezesseis adolescentes, enquanto que o Lar das Meninas abrigava três crianças, com três, dez e onze anos e oito adolescentes.

Os participantes da pesquisa foram quatro crianças vítimas de violência intrafamiliar, abrigadas nesses lares, que atenderam os seguintes critérios de inclusão: ser criança vítima de violência intrafamiliar e estar em idade escolar. Os quatro participantes representaram a totalidade de crianças na faixa etária definida, abrigadas nos lares no momento da produção dos dados, sendo esta uma limitação deste estudo. Foram atribuídos nomes fictícios aos participantes, atendendo os preceitos éticos.

A produção dos dados ocorreu por meio das dinâmicas de criatividade e sensibilidade (DCS): O Brincar em Cena e Corpo Saber. A primeira (O Brincar em cena) foi utilizada com recursos tipo modelagem, família de bonecas de pano e desenhos. Buscou-se conhecer como era a vida destas crianças no ambiente da família de origem. Para instigar a ação de brincar, lançou-se a questão geradora do debate: Conte-me como é sua vida na família?

A segunda (Corpo Saber) objetivou conhecer de que forma o corpo das crianças era cuidado/tratado no ambiente da família de origem, sob a perspectiva das mesmas. Por meio do desenho da silhueta de um corpo buscou-se despertar a memória latente dos participantes sobre os cuidados que receberam de seus familiares. Para tanto, solicitou-se que desenhassem o seu corpo e a forma como este era cuidado pela família. A questão geradora de debate foi: Nas atividades em casa, junto com a família de origem, como o corpo de vocês é cuidado?

Após a transcrição das DCSs, na primeira etapa da Análise de Discurso (AD) francesa conferiu-se a materialidade linguística ao texto, objetivando que este possa ser compreendido o mais próximo possível da enunciação do sujeito.¹² Após, para organização dos dados e construção das categorias, o *corpus* foi organizado em quadros analíticos. Os dados transferidos aos quadros foram aqueles recortes considerados como situações existenciais dos sujeitos e que poderiam levar o pesquisador a compreensão de seu objeto de pesquisa.

Na segunda etapa da análise dos dados, com o intuito de compreender a linguagem utilizada pelas crianças vitimizadas, foi aplicado ao *corpus* os dispositivos analíticos, buscando maneiras de significar essa linguagem, incluindo a metáfora, os processos parafrásticos e a polissemia. Na terceira etapa, ocorreu a interpretação com a identificação da formação discursiva dos sujeitos.¹²

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo foram quatro crianças, dois meninos e duas meninas, com idade entre oito e onze anos, aos quais foram atribuídos nomes fictícios. Em seguida apresenta-se uma breve caracterização dos participantes, inerente à análise de discurso que pressupõe a posição social do sujeito enunciante.

Gabriel: Onze anos. Primeira institucionalização aos quatro anos, segunda aos oito anos. Família apresentava dificuldades econômicas, havendo diversos registros de auxílio alimentício, médico e de encaminhamento à creche no Conselho Tutelar. O pai era funcionário público e a mãe dona de casa, sendo que a mãe apresenta problemas neurológicos e psicológicos. O menino foi institucionalizado por maus-tratos (agressão física) e negligência nos cuidados, sendo a mãe a agressora. Ele faz uso de medicação (imipramina) há muitos anos, pois não tinha controle esfícteriano e apresentava ansiedade exacerbada. Apresenta atraso escolar, porém sem déficit de compreensão.

Eduardo: Oito anos. Institucionalizado aos seis anos. Não faz uso de medicação, apresenta dificuldade de aprendizagem. Irmão de Gabriel.

Rafaela: Onze anos. Primeira institucionalização com aproximadamente quatro anos de idade, segunda aos sete anos, terceira aos dez anos. O pai da menina é desconhecido, a mãe é dona de casa e possui problemas psicológicos, sendo interditada. A criança foi institucionalizada por sofrer maus-tratos (agressão física), abuso sexual e negligência. A mãe possuía conduta promíscua, expondo os filhos a interações sexuais. A família possuía baixas condições sócio-econômicas.

Ana Júlia: Onze anos. Primeira institucionalização aos dois anos de idade. Pai falecido, mãe dona de casa. Juntou-se ao companheiro que tinha vários filhos, sendo que ela também possuía cinco filhos. Ambos eram alcoólatras. Criança foi institucionalizada por negligência. Família com baixas condições sócio-econômicas. Possui uma irmã mais velha na instituição. A mãe faleceu em fevereiro de 2008. A criança faz uso de medicação (imipramina e tegretol), apresenta dificuldade de aprendizagem e tem suspeita de Síndrome Alcoólica.

Destaca-se que todas as crianças tiveram tentativas de adoção e após encaminhadas acabaram sendo devolvidas aos lares pelas famílias substitutas.

A partir dos discursos das crianças, e de informações coletadas junto às instituições, evidenciou-se que as mães foram as principais responsáveis pelas agressões. Sendo esta situação recorrente nas duas dinâmicas e nas vivências dessas crianças. Rafaela aponta a impossibilidade de viver com sua mãe:

Eu fui duas vezes para A. [Lar das meninas]. Eu voltei [...] Foi assim, eu era pequena, daí eu não podia morar com a minha mãe. (Rafaela)

Por que ela tinha problema, não é! Daí. E eu era pequena [...] não sei. [Rafaela fica em silêncio] (Rafaela)

Quando perguntada sobre o motivo pelo qual não podia morar com a mãe, Rafaela recodifica seu discurso, referindo-se ao fato de ela ter um problema na cabeça e logo após silenciou. O silêncio de Rafaela pode significar muitas coisas que não se pode inferir, mas dentre as suposições pode demonstrar a necessidade de não falar sobre o assunto violência intrafamiliar. Este silêncio, muitas vezes imposto pela sociedade, em relação a não querer revelar as diferentes situações que desencadearam a sua retirada do convívio familiar.

Rafaela não refere o motivo pelo qual não podia morar com sua mãe, mas segundo informações coletadas junto à instituição constatou-se que ela sofria violência sexual pela mãe. Ana Júlia também não comenta em nenhum momento os motivos de sua retirada da

família, apenas refere que a mãe bebia. No entanto, as informações fornecidas pela instituição apontam que a menina era vítima de negligência.

[...] na praça ela bebia, [...] daí minha avó queria segurar para ela não ir pra praça beber ... daí ela foi para praça e daí ela foi caiu e foi ara o hospital porque tava mal [...] morreu [...] e também por causa dos pulmão fraco, ela fumava [...] ela bebia. (Ana Júlia)

A negligência é apontada como o principal tipo de violência contra criança, tendo um percentual de 70,3%, entretanto, esta situação pode ser apenas o princípio de algo maior, podendo evoluir para situações mais graves.¹³

Gabriel e Eduardo na elaboração de sua produção se referiram à mãe como responsável pelas agressões que sofriam.

[...] ela batia em nós. (Gabriel)

[...] minha mãe batia em mim, aí eu vim pra cá [Lar dos meninos]. (Eduardo)

Eduardo e Gabriel manifestaram em vários momentos de seus discursos a agressão física por parte da mãe. Estudos têm apontado a violência física como uma das mais frequentes e mais notificadas.¹⁴⁻¹⁷

Um estudo aponta que na investigação de 472 crianças e adolescentes, 88,1% relataram ter recebido punições físicas. Assim, o castigo físico aparece como ferramenta de disciplinamento transmitido “ao longo de muitas gerações como modelo a ser seguido pelos pais na educação de seus filhos”.^{17:3292} Ainda “a banalização da utilização de atos de agressão física na educação infantil também se manifesta nas altas taxas de violência física (...)”.^{17:3292} Percebe-se também que nos casos de violência contra a criança “prevalece a cultura de dominação e discriminação social, econômica, de gênero, de geração e de raça/etnia”.^{13:899}

Em outro momento, o assunto da localização da violência no corpo é explicitado por Eduardo. Em seu desenho ele representou um menino sorridente, descrevendo os locais em que a mãe o batia. Eduardo contou que a mãe batia nele, afirmando que as agressões ocorriam na cabeça e no rosto, apontando estes locais no desenho. Gabriel complementa explicitando os locais em que era agredido fisicamente pela mãe:

[...] aqui na cara! [...] batia!. [...] aqui minha mãe me batia. [Eduardo aponta seu desenho]. (Eduardo)

[...] a mãe batia [...] na bunda, na mão, nos pés. (Gabriel)

Eduardo localizou as agressões no rosto e na cabeça. Enquanto Gabriel localizou-as nas nádegas, nas mãos e nos pés. Isto converge com um estudo que aponta como principais áreas do corpo atingidas por agressões a cabeça, o pescoço, a face, o tórax, o abdome, a região genital, os membros superiores e os inferiores.¹⁸

Gabriel e Eduardo ainda complementam a fala sobre as agressões maternas, declarando que além de bater neles a mãe também batia no seu pai.

[...] às vezes ela batia no meu pai e às vezes ela batia em nós. (Gabriel)

[...] *eu vim pra cá [Lar dos meninos] porque minha mãe batia sempre em mim. [...] batia no meu pai [...].* (Eduardo)

Nestes depoimentos fica evidente a coocorrência da violência contra a criança e a violência conjugal. Essa coocorrência é expressa também em outros estudos^{16,19} e esta esteve presente em 12,2% dos casos de violência.¹⁹ Assim, percebe-se que boa parte das situações de conflito no casal com presença de violência vem acompanhada também de violência contra os filhos.

Destaca-se que no presente estudo todas as crianças foram agredidas pelas mães. Vários outros estudos apontam a mãe como principal agressora. A justificativa seria o fato de que a mãe passa mais tempo com os filhos do que o pai, e de que muitas famílias são constituídas apenas pelas mães e seus filhos, sem a presença dos pais.^{8,13,17}

A mulher representa na organização familiar o papel da cuidadora, pois em geral está mais próxima da criança. Entretanto, a maior proximidade pode por outro lado, favorecer as situações de violência. Assim, ao mesmo tempo em que a mãe possui uma função protetora, também passa a ser a principal agressora no ambiente doméstico.¹³

Estudo aponta como hipótese para a agressão materna as dificuldades vivenciadas pelas mães em suas famílias de origem, na relação com suas próprias mães. Destaca-se que a formação de um vínculo que propicie o crescimento e desenvolvimento favorece a maternagem, enquanto que vínculos frágeis, frustrações e angústias são fatores de risco para a violência. Ainda, a ausência de um companheiro na criação dos filhos também pode refletir em uma desestruturação e favorecer a violência.²⁰

A constatação da mãe como responsável pelas agressões fere a imagem do amor materno incondicional que é tido pelo senso comum como intrínseco à todas as mulheres, caracterizando o mito do amor materno. Dessa forma, os dados na presente pesquisa geram um grande desafio: a aceitação de que o amor materno não é intrínseco à condição humana. Esta dificuldade encontra-se pautada em diversas questões, tais como: a difusão da figura materna associada à santidade (a imagem de Maria, mãe de Jesus); a apresentação da mãe como protetora, provedora de amor e carinho, divulgada pelos meios de comunicação; a representação social do papel materno. Assim, compreender a figura materna como agressora incomoda e desacomoda.

Embora se tenha consciência de que o conceito de instinto materno esteja ultrapassado, continua-se a pensar o amor materno como instinto, tendência inata a todas as mulheres, porém nem toda mãe “tem uma pulsão irresistível a se ocupar do filho”.^{7:11} Acredita-se muitas vezes que a mulher quando se torna mãe está preparada para amar seus filhos incondicionalmente, visto que: “O amor materno foi por tanto tempo concebido em termos de instinto que acreditamos facilmente que tal comportamento seja parte da natureza da mulher [...]”.^{7:20}

Neste sentido, a violência cometida contra a criança pela mãe pode demonstrar que o amor materno não é natural, ou ainda que ele pode nem sequer existir.⁷

A sociedade cobra da mulher um papel de amor incondicional de abnegação da própria vida em função dos filhos. No entanto, “o amor materno não é inato; é exato: acredito que ele é adquirido ao longo dos dias passados ao lado do filho, e por ocasião dos cuidados que lhe dispensamos”.^{7:14} O amor materno é um sentimento que pode existir ou não, “ser e desaparecer. [...] O amor materno não é inerente às mulheres. É adicional”.^{7:367}

Entretanto, não se pretende com isso afirmar que o amor materno não existe, pois estudo apresentou e discutiu o mito da boa mãe, tendo em vista que mulheres cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde se dedicam integralmente a esse cuidado, abnegando de si mesmas.⁹ Ainda, destaca-se que na presença de doença, na maioria das vezes, a mãe é a principal cuidadora, confirmando o papel materno idealizado socialmente.²¹ Portanto, a natureza humana é complexa e multifacetada e não pode ser associada somente

ao sexo ou ao papel que exerce a fonte da violência, pois em alguns momentos as mães agridem e por outros elas cuidam em excesso, renegando ao próprio cuidado de si.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão que emerge dos discursos das crianças possibilitou a inserção no seu mundo, refletindo sobre a dimensão objetiva e subjetiva da presença da violência em suas vidas. A violência física e psicológica presente no cotidiano das crianças representam inúmeros desafios no seu enfrentamento, a fim de que não seja naturalizada e reproduzida no futuro.

As agressões físicas foram localizadas pelas crianças no corpo e a mãe foi identificada como sendo a principal agressora em todos os casos apresentados. A partir do paradoxo de a principal cuidadora ser também a agressora traz a tona a reflexão de que o amor materno incondicional não é inato, mas uma concepção histórica e culturalmente construída.

Este achado vem ao encontro da tese do mito do amor materno defendida por Elizabeth Badinter, em uma compreensão de que o amor materno não é inato a todas as mulheres, ao contrário, ele deve ser apreendido e desenvolvido diariamente na convivência com os filhos. Também, que a natureza humana é complexa e multifacetada, podendo a mulher apresentar diferentes reações perante situações que exigem altas demandas psicológicas, tais como viver em situações de miséria social e problemas de saúde.

A violência contra crianças é tratada ainda por muitos profissionais apenas em seus sinais visíveis (hematomas, fraturas, lesões), entretanto os sinais pouco visíveis por vezes são ignorados. Estes se constituem de sinais subjetivos (traumas psicológicos e emocionais, dificuldades de aprendizagem e desenvolvimento, entre outros). Todas essas sequelas deixadas pela violência merecem uma atenção especial dos profissionais da saúde e especificamente da Enfermagem.

A partir da constatação da mãe como principal agressora e da discussão sobre a naturalidade do amor materno, ressalta-se a importância de atuar desde o pré-natal, junto às famílias, propiciando suporte às gestantes, a fim de incentivar a formação de um vínculo saudável mãe-filho desde a gestação. Neste sentido, acredita-se que a enfermagem possa intervir precocemente na prevenção da violência infantil, pois está mais próxima na assistência à saúde dos indivíduos.

Recomenda-se investimento na formação, instrumentalizando o profissional de enfermagem para atuar, buscando identificar os casos de violência contra a criança precocemente. A intervenção deve incluir a família, nuclear e extensa, tendo esta como centro deste cuidado que deve ser pautado na moral e na ética.

Por fim, é imprescindível mudar concepções e conceitos acerca da vivência em família. A enfermagem precisa ter consciência de que a violência intrafamiliar é um problema de toda a sociedade e não pode ficar restrita ao âmbito da família, pois gera inúmeras consequências para vítimas e agressores. Apresenta-se como uma limitação do estudo a participação de quatro crianças como sujeitos, assim, sugere-se a realização de outras pesquisas acerca da temática, dando voz às crianças, pois este é um tema que não se esgota aqui.

REFERÊNCIAS

1. Gomes GC, Lunardi Filho WD. Banalização da violência na família. In: Luz AMH, Mancia JR, Motta MGC, organizadores. As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem. Brasília (DF): ABEn; 2004. p. 17-21.
2. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 132 p.
3. Pinheiro PS. Rights of the child. Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children [Internet]. 2006 [cited 2013 Jul 20]. United Nations. General

Assembly. 46 p. Available from:
http://www.unicef.pt/docs/relatorio_estudo_assembleia_geral.pdf.

4. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: CEBELA, Flacso; 2012 [acesso em 2013 jul 25]. Disponível em: http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf.

5. Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I, Ayres JRCM. O conceito de vulnerabilidade. In: Padoin SMM, Paula CC, Schaurich D, Fontoura VA. Experiências interdisciplinares em AIDS: interfaces de uma epidemia. Santa Maria (RS): Ed. da UFSM; 2006. p. 43-62.

6. Waidman MAP, Decesaro MN, Marcon SS. Convivendo com a violência familiar. In: Luz AMH, Mancia JR, Motta MGC, organizadores. As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem. Brasília (DF): ABEn; 2004. p. 35-46.

7. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno [Internet]. 1985 [acesso em 2008 ago 23]. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985. 370 p. Disponível em: <http://groups-beta.google.com/group/digitalsource>.

8. Pierantoni LMM. (Des) caminhos do protetor da criança em situação de violência: subsídios para a ação da enfermagem na equipe de saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery; 2007. 185 p.

9. Vernier ETN. O empoderamento de cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde: interfaces com o cuidado de enfermagem [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery; 2007. 172 p.

10. Cabral IE. O método criativo e sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: Gauthier JHM, Cabral IE, Santos I, Tavares CMM, organizadores. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 177-203.

11. Carnevale FA. Listening authentically to youthful voices: a conception of the moral agency of children. In: Storch JL, Rodney P, Starzomski R, editors. Toward a moral horizon: nursing ethics for leadership and practice. Toronto (Canada): Pearson Education; 2004. p. 396-413.

12. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 3ª ed. Campinas (SP): Pontes; 2001. 100 p.

13. Fonseca RMGS, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNG. Reincidência da violência contra criança no Município de Curitiba: um olhar de gênero. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [acesso em 2013 jul 20];25(6):895-901. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a11.pdf>.

14. Gawryszewski VP, Valencich DMO, Carnevale CV, Marcopito LF. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2012 [acesso em 2013 nov 3];58(6):659-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n6/v58n6a09.pdf>.

15. Ribeiro EM, Eckert ER, Souza AIJ, Silva AMF. Castigo físico adotado por pais acompanhantes no disciplinamento de crianças e adolescentes. Acta Paul Enferm [Internet]. 2007 [acesso em 2013 jul 20];20(3):377-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a06v20n3.pdf>.

16. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde?: a experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005;21(4):1124-33.

17. Rocha PCX, Moraes CL. Violência familiar contra a criança e perspectiva de



intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [acesso em 2013 jul 20];16(7):3285-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/28.pdf>.

18. Gomes MLM, Falbo Neto GH, Viana CH, Silva MA. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2006 [acesso em 2013 jul 20];6 Supl 1:527-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6s1/30501.pdf>.

19. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2006 [acesso em 2013 jul 20];40(4):595-603. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/07.pdf>.

20. Bedoya MH, Giraldo ML. Condiciones de favorabilidad al maternaje y violencia materna. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv* [Internet]. 2010 [acesso 2013 jul 20];8(2):947-59. Disponível em: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/83/40>.

21. Silveira A, Neves ET, Famoso AF, Donaduzzi JC, Junges CF, Zamberlan KC. Caracterização de crianças em tratamento cirúrgico em um hospital escola no sul do Brasil. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2011 [acesso em 2013 out 21];1(2):174-82. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2484/1630>.

Data de recebimento: 15/10/2013

Data de aceite: 13/12/2013

Contato com autor responsável: Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz

Endereço postal: Rua Barão de Santa Tecla, 601, apto 402. CEP: 96010-140 - Pelotas/RS

E-mail: r.gabatz@yahoo.com.br