

## CONCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD CON RESPECTO A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CONTRA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE<sup>1</sup>

Cristina Brandt Nunes<sup>2</sup>  
Cynthia Andersen Sarti<sup>3</sup>  
Conceição Vieira da Silva Ohara<sup>4</sup>

*Este estudio buscó comprender las concepciones que los profesionales de la salud manifiestan sobre la violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes. Fue utilizada la metodología cualitativa a través del estudio de caso y técnicas de observación participante, entrevista y consulta a documentos. Los participantes trabajaban en una Unidad de Salud de la Familia en Brasil. Se observó que estos profesionales asocian la violencia a la coyuntura económica, social, política y a aspectos culturales; para algunos de ellos, los actos violentos son parte del ciclo intergeneracional y de la dinámica familiar. La punición física, considerada violencia por algunos, es defendida por otros como una medida educativa. Definen violencia basándose en una construcción previa que tienen los sujetos como víctimas o agresores, perdiendo así la dimensión relacional del fenómeno. Se observa que los profesionales de la salud tienen dificultad para comprender la violencia dentro del contexto en que tiene significado, así como para reconocerla como una consecuencia de dinámica relacional compleja.*

*DESCRIPTORES: violencia; prestación de atención de salud; salud del niño; salud del adolescente; salud de la familia; enfermería pediátrica*

## CONCEPTIONS HELD BY HEALTH PROFESSIONALS ON VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS WITHIN THE FAMILY

*The present study sought to understand the conceptions held by health professionals with regards to violence within the family against children and adolescents. Qualitative case-study methodology and techniques of participant observation, interviewing, and search in documents were used. Participants were staffed in a government-run Family Health Basic Unit in Brazil. Health professionals were found to associate violence with the economic, social, and political juncture and with cultural aspects; for some, violent acts are part of the intergenerational cycle and family dynamics. Physical punishment, considered as violence by some, is advocated as an educational measure by others. Participants also base their definition of violence on an a priori construction of subjects as either victims or aggressors, thus missing the relational dimension of the phenomenon. Health professionals were found to have difficulty in understanding violence in the context that gives it a meaning and to recognize it as consequence of a complex relational dynamics.*

*DESCRIPTORS: violence; delivery of health care; child health; adolescent health; family health; pediatric nursing*

## CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

*Este estudo buscou compreender as concepções que os profissionais de saúde têm sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. Foram utilizadas metodologia qualitativa na modalidade estudo de caso e técnicas de observação participante, entrevista e consulta em documentos. Os participantes eram membros de uma Unidade de Saúde da Família. Evidenciou-se que os profissionais de saúde associam a violência à conjuntura econômica, social e política e a aspectos culturais; para alguns, os atos violentos fazem parte do ciclo intergeracional e da dinâmica familiar. A punição física, considerada violência por uns, é defendida como medida educativa por outros. Definem violência com base em construção prévia dos sujeitos como vítimas ou agressores, perdendo-se, com isso, a dimensão relacional do fenômeno. Constata-se que os profissionais de saúde têm dificuldade para compreender a violência no contexto em que tem significado e para reconhecê-la como consequência de dinâmica relacional complexa.*

*DESCRIPTORES: violência; assistência à saúde; saúde da criança; saúde do adolescente; saúde da família; enfermagem pediátrica*

<sup>1</sup> Trabajo extraído de la Tesis de Doctorado; <sup>2</sup> Enfermera, Doctor en Ciencias, Profesor Adjunto de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil, e-mail: cbrandt@terra.com.br; <sup>3</sup> Antropóloga, Orientador, Profesor Libre Docente, e-mail: csarti@uol.com.br; <sup>4</sup> Enfermera, Co-Orientador, Doctor en Enfermería, Profesor Adjunto, e-mail: consilva@denf.epm.br. Universidad Federal de São Paulo, Brasil

## INTRODUCCIÓN

La violencia, en especial desde la década de los 80, constituye una preocupación de gran importancia en todos los ámbitos sociales que precisa de la movilización, a través de las redes de apoyo interinstitucionales e intersectoriales en las cuales el sector salud debe participar. El ambiente doméstico y familia ha sido el principal lugar en donde ocurre la violencia contra el niño y el adolescente. La violencia familiar constituye un abuso en gran escala que es provocada dentro de las relaciones familiares y no solo se refiere a hechos aislados, en donde las relaciones violentas ocurren entre personas cercanas y parientes<sup>(1)</sup>. El niño y el adolescente sujeto a violencia intencional y repetitiva aprenden que estos actos son "verdades" y tiende a reproducir esta vivencia en sus relaciones sociales. Tal situación puede mantenerse en la familia de generación en generación constituyéndose en algo inter-generacional<sup>(2)</sup>. Los profesionales de la salud no pueden estar ajenos a esta problemática, por lo tanto la posibilidad de hacer visible la violencia intrafamiliar contra el niño y el adolescente a través del examen físico, exige un enfoque en el cuidado que tome en consideración las relaciones de este fenómeno y el contexto en el cual se manifiesta lo que realza su importancia.

En este sentido, se consideró destacar en el presente estudio, la comprensión de las concepciones que los profesionales de salud tienen sobre la violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes, pues estas orientan sus prácticas de cuidado.

## METODOLOGÍA

Considerando la interpretación del problema de estudio, escogimos la metodología cualitativa para ser utilizada, en especial el estudio de caso, tal y como ha sido desarrollado en el área de las Ciencias Sociales<sup>(3)</sup>. Para lo cual, se parte de un enfoque de vida social como es la realidad, la cual puede ser interpretada, pues se concibe al mundo social con el significado que los individuos le atribuyen a partir de referencias de la colectividad de la cual forman parte<sup>(4-5)</sup>. Se considera que el conocimiento es producto de un proceso, en donde las etapas de investigación son

de mayor importancia que los resultados en sí<sup>(3,6-7)</sup>. Por lo tanto, la ciencia de la investigación cualitativa no es dada a *priori*, a través de normas rígidas y cerradas, sino a *posteriori*, que son el resultado de este proceso.

La denominación "estudio de caso" proviene de la investigación médica y psicológica y se refiere al análisis detallado de un caso individual que explica la dinámica y la patología de una enfermedad específica. Al ser adaptado para las Ciencias Sociales, el estudio de caso se volvió una de las principales formas de investigación en este campo, la cual abarca no solo un individuo, sino también una organización o comunidad<sup>(3)</sup>.

La investigación\* fue realizada en una Unidad en la cual se instalaron cuatro equipos de profesionales que trabajaban a través del Programa de Salud de la Familia (PSF). El principal criterio de elección de los sujetos fue el disponer de experiencia profesional con niños, adolescentes y familias involucradas con actos de "violencia". El punto de partida fue localizar los casos considerados y registrados como violencia intrafamiliar contra el niño y adolescente. Se denominó como violencia intrafamiliar: "toda acción u omisión que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad, así como el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia. Puede ser cometido dentro o fuera de casa por algún miembro de la familia, incluyendo personas que pasan a asumir la función paternal, a pesar de no tener lazos consanguíneos, y que mantienen una relación de poder sobre la otra"<sup>(8)</sup>.

Este concepto referido a las relaciones en las cuales el acto violento se produce y es ejecutado y no solo al espacio físico en el cual la violencia se da<sup>(8-9)</sup>. Aunque la mayoría de los casos estudiados hayan ocurrido en ambiente doméstico, la noción de violencia intrafamiliar parece ser la más adecuada en este estudio, por considerar la relación de problema, sin estar enfocada en el lugar en el que ocurren los actos.

Fueron parte del momento inicial del trabajo de campo diecinueve agentes comunitarios de salud. Durante la investigación se integraron otros profesionales de cuatro equipos: cinco agentes comunitarios de salud, dos asistentes sociales y gerentes de la Unidad, un auxiliar de consultorio dentario, un auxiliar de enfermería, dos dentistas,

\* La investigación de campo se inició posterior a la aprobación y autorización del Comité de Ética en Investigación de la UNIFESP, parecer 1587/03. Antes de cada entrevista fue leído el Término de Consentimiento Libre e Informado, siendo explicado y discutido su contenido, permaneciendo una copia del documento con el profesional entrevistado.

tres enfermeras y dos médicos. Los instrumentos de investigación utilizados fueron la observación participativa, la entrevista y la consulta en documentos.

La observación tuvo como foco conocer la dinámica de los profesionales en contacto con los niños, adolescentes y sus familias y en interacción con ellos, durante las actividades relacionadas con la atención en la sala de recepción, farmacia, tópico, en el consultorio de odontología, durante la recolección de exámenes de laboratorio, durante actividades educativas, durante actividades realizadas en la sala de post-consulta, durante las inhalaciones, vacunaciones, consultas médicas y de enfermería, durante las visitas domiciliarias y en las reuniones de los viernes, en los que participaban los profesionales de todos los equipos de la Unidad. Las entrevistas realizadas a través de una guía previa, fueron aplicadas luego de un mes de contacto con los profesionales. Las estrategias utilizadas para la entrevista, así como la elaboración de preguntas, fueron gradualmente construidas y dependieron del modo como las situaciones se presentaron durante la investigación. Las informaciones de los documentos fueron buscadas en la Unidad Básica de Salud de la Familia investigada, en el Consejo Tutelar Sur y en la Secretaria Municipal de Salud Pública (Sectores de Informática y Epidemiología) para complementar los datos de la observación participante y la entrevista.

Para análisis de los datos fueron realizadas lecturas minuciosas de las entrevistas, diarios de campo y los documentos. Las preguntas permitieron agrupar los datos en temas y posteriormente, transformarlos en categorías temáticas que conformaron los ejes para el análisis.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN: CONCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

La convergencia de los datos referidos a las concepciones que los profesionales entrevistados tienen sobre la violencia intrafamiliar contra el niño y el adolescente generó seis ejes temáticos que serán presentados a continuación: *Reflejo de las condiciones sociales, Ausencia de cuidados en la familia, Ideas pre-concebidas de la víctima y el agresor, Consecuencia de los problemas personales, Violencia y ciclo inter-generacional y Corrigiendo el rumbo: la violencia como disciplina.*

### Reflejo de las condiciones sociales

La mayoría de los entrevistados considera que la violencia es reflejo de las condiciones sociales y culturales, tiene múltiples causas y está relacionada a las políticas de gobierno. Bajo esta concepción que prioriza la dimensión colectiva, la violencia es consecuencia de conflictos que son desencadenados por el desempleo, sueldos bajos, falta de vivienda, condiciones inadecuadas de salud y poca escolaridad. De acuerdo con esta visión, tal contexto favorece a la desestructura familiar.

La percepción que resalta la asociación entre violencia y problemas sociales y culturales, puede relacionarse a la condición de pobreza en la cual viven la mayoría de las familias atendidas por los entrevistados. Para los profesionales, los padres que viven en condiciones precarias de vida pierden la noción de dignidad y de identidad propia y son más propensos a agredir a sus hijos, pues no poseen valores que puedan inhibir la violencia.

No obstante, es importante tener en consideración que atribuir apenas a la pobreza la causa por el aumento de violencia en el país, en especial en la última década, es una forma de alimentar preconceptos y discriminaciones contra los pobres. Tal diagnóstico puede ser ineficaz para las políticas públicas, pudiendo tener consecuencias desastrosas<sup>(10)</sup>, llevando a un círculo vicioso al continuar pensando en esta asociación (entre violencia y pobreza) como construida por la representación de pobreza.

### Ausencia de cuidados en la familia

Los entrevistados ven a la violencia intrafamiliar por estar fuertemente relacionada con la falta de cuidados familiares, o "negligencia", en la cual prevalece el abandono y la falta de atención hacia las necesidades básicas, como alimentación, higiene y vacunación. Cuando los padres no cumplen con algunos procedimientos básicos de prevención de enfermedades previstos en las acciones de salud, genera de cierta forma irritación y despierta entre los profesionales conductas punitivas.

El caso de L., de un año de edad es percibido por los profesionales como ausencia de cuidados básicos por parte de los padres. Según la agente comunitaria de salud, la madre rechazó al niño desde la gestación y no se presentó a ninguna de muchas consultas pre-natales

con citas marcadas. Para algunos profesionales, la madre "parece no querer" a la hija desde el nacimiento, la opinión se fundamenta al observar que la niña no recibe la atención necesaria para un crecimiento y desarrollo adecuados, lo que se manifiesta según los profesionales, en "falta de afecto", en cuidados precarios con el cuerpo (alimentación e higiene) y en faltas a las consultas médica, de enfermería y odontología.

El análisis de situaciones como estas es complejo, pues nos encontramos en la línea limítrofe de lo que puede ser entendido como negligencia en los cuidados por parte de los padres para con sus hijos y el juzgamiento moral de los profesionales con respecto a la familia, basados en un modelo de cuidado ajeno al mundo socio-cultural de las familias. Evaluar esta situación como negligencia es de alguna forma descalificar cualquier forma de cuidado, en especial cuando proviene de un universo cultural marcado por la pobreza. En consecuencias es muchas veces, la visión del profesional la que define la negligencia.

Esta diferencia entre los puntos de vista de los profesionales y la familia es percibida por algunos investigadores. La forma como ciertos padres se comportan con sus hijos con respecto a los cuidados básicos puede ser considerada como una actitud normal para los padres y no como una ausencia. Esta percepción se evidencia en la entrevista a seguir:

*Es algo muy interesante, es evaluar hasta que punto aquella negligencia es realmente sentida y entendida por la madre como una negligencia. ¿Será que aquel tratamiento que le daban al niño, era para la madre normal? (Médica).*

#### Ideas pre-concebidas de la víctima y el agresor

Otro aspecto a considerar es la forma como son percibidos por los profesionales los posibles casos de violencia contra el niño o adolescente y la posición en que la víctima y el agresor se encuentran. La gran mayoría de veces, la información proviene inicialmente de los vecinos, quienes informan al agente comunitario de salud, el cual comunica a la enfermera y/o asistente social del equipo. Tal situación se refleja en la entrevista a seguir:

*El agente comunitario contó que el padre vivía con dos niños de dos y cuatro años. Su vecina dijo que los niños lloraban mucho en la noche y creían que el padre estaba incomodando a los niños. Entonces fuimos la enfermera y yo. Recientemente la familia perdió a la madre. Cuando llegamos conversamos. Según nuestra percepción no notamos nada diferente. Creo que lloraban mucho porque perdieron a la madre. (Asistente Social y gerente de la Unidad).*

El hecho que la niñas lloraran en la noche y ser el padre quien las cuidaba y no la madre, llevó a suponer que pudieran estar sufriendo algún tipo de abuso sexual. En esta situación es implícita por un lado, la atribución dada a la figura materna por el cuidado de los hijos, además de otra idea preconcebida relacionada con el género, que identifican al hombre como abusador, en base a esta asociación entre masculinidad y violencia dada por la sociedad es difícil ver los hechos bajo otra perspectiva diferente a la de los profesionales de la salud. En este sentido, el hombre es identificado como agresor, por dársele esta denominación<sup>(11)</sup>. Con lo cual se crean suposiciones que dificultan la evaluación de los acontecimientos. Casos como este muestran la dificultad de los profesionales para entender el contexto dentro de las relaciones familiares.

La violencia es un fenómeno relacional que abarca distintos sujetos culturales, como la víctima, el agresor y el profesional. A partir de este involucramiento se establece la violencia y la atención correspondiente. En esta relación, la previa construcción de los sujetos como víctimas o agresores pueden predisponer a la concepción de violencia, lo que se anticipa a acontecimientos en sí<sup>(11-12)</sup>, condicionando su evaluación.

En algunas ocasiones, el comportamiento de la madre puede llevar a identificar en la figura materna supuestas características de maldad, que explicarían el acto violento o la complicidad de permitir que alguien lo cometa. En estos casos, se da un rol de madre ideal: si esta no cumple con la función preconcebida por los profesionales, es porque ella es "mala". Tal punto de vista demuestra la concepción de amor materno como parte instintiva e intrínseca del ser mujer. Con la maternidad, se supone que la mujer está naturalmente capacitada para enfrentar con todas las situaciones referidas a esta condición, sin equivocarse.

No obstante, la historia del comportamiento materno muestra que existen una gran diversidad de actitudes y cualidades en la relación madre-hijo, en donde el amor entre ellos es un sentimiento humano, sujeto a inseguridades, fragilidades e imperfecciones<sup>(13)</sup>.

Según la visión de los profesionales investigados, quien ama a su hijo no lo maltrata y aquella que lo maltrata es criticada y moralmente condenada:

*Ah, es maldad, ifalta de vinculo afectivo, falta de corazón! iNo se lo que lleva a esta madre a no proteger a su hijo,*

*o a estarlo golpeando! ¡Creo que es falta de todo, es ignorancia! ¡Nada justifica la violencia con su hijo! ¡Es algo absurdo! ¡El niño es indefenso! ¡Ellas traen a su hijo al mundo y no tienen paciencia para cuidarlo! (Enfermera).*

Muchas veces los profesionales investigados no ven posibilidades de recuperación para el agresor. Esta concepción es reforzada cuando las complicaciones en el niño son evidentes. Un ejemplo de ello, es el caso de G. Durante el segundo día de vida del niño, la madre biológica (18 años) lo abandonó en el hospital. La abuela materna del niño pidió que la madre lo buscase. Al quinto día de vida, G. fue atendido en un centro regional de salud debido a un traumatismo encéfalo-craneano, siendo transferido al hospital. Según informaciones de los profesionales y de la abuela, el niño fue tirado por la madre contra la pared cuando tenía cuatro días de vida. De acuerdo con las informaciones recolectadas, la madre tuvo depresión post-parto. Este caso movilizó a los profesionales en diversos aspectos, considerando el modo como ocurrió la agresión y la gravedad de las secuelas. G. tiene dificultad para deglutir alimentación pastosa; presenta nistagmos y macrocefalia (como consecuencia de la hidrocefalia); no tiene control de la cabeza; no consigue coger objetos con la mano; no sienta solo ni gatea; frecuentemente es hospitalizado por neumonía. Retorno recientemente al hospital con traqueotomía y gastrostomía. Esta situación sucedió hace tres años, a la madre se le considera como enferma, por tanto debe ser separada del niño.

#### Consecuencias de los problemas personales

Para algunos de los investigados, en particular los agentes comunitarios de salud, la violencia contra el niño y el adolescente es consecuencia de problemas personales que los padres enfrentaron o enfrentan y que influyen en el modo de tratar a su hijo. Esta situación puede ser evaluada en una de las entrevistas. La agente realizó por cinco meses, visitas domiciliarias a una madre, constatando que esta fue abandonada por la familia cuando se embarazó y recientemente se separó de su esposo. Con el tiempo también, percibió que ella golpea con frecuencia al niño de dos años, en especial si este no controlaba sus eliminaciones, dirigiéndose a él con palabras agresivas y de desprecio. Para la agente comunitaria de salud, la madre "culpa al niño por ser la causa de su sufrimiento", y por eso lo castiga

físicamente; esta es una interpretación que muestra la mayor proximidad de este profesional con el mundo social y cultural de las familias atendidas:

*Creo que el golpear a su hijo tiene que ver con lo que ella pasó mucho tiempo atrás, con su pasado. Ella cree que el niño vino al mundo solo para hacerla sufrir! Ella proyectaba todo lo malo que le sucedió en la vida hacia el niño! (Agente comunitaria de salud)*

#### Violencia y ciclo inter-generacional

Para los otros profesionales investigados, hay quienes entienden a la violencia como parte de un ciclo inter-generacional y producto de experiencias agresivas que los padres vivieron en su pasado familiar, como un comportamiento natural o repitiéndolo inconscientemente. Ellos consideran que determinadas situaciones son complejas de tratar y uno se queda perplejo de observar lo ocurrido. No obstante, para el asistente social y el gerente de la Unidad, a pesar de la amplitud del fenómeno, existe por detrás un caso de violencia contra el niño o adolescente en un contexto que requiere ser evaluado y asistido, dirigiéndolo hacia una atención que focalice no solo a la víctima, sino también a toda la situación y a los agentes involucrados en el acto violento:

*Cuando conocí al abuelo de 45 años que abusó de nieto de cuatro años pensé: ¡a qué grado de atrocidad llega el ser humano! Sentí la necesidad de que existan castigos más adecuados, pues la víctima está allí y no puede dejar de ser castigado. Sin embargo tampoco pienso que: ¡Ese hombre tiene que ser sacrificado!. Creo que él también es una víctima por todas las heridas que lo cercaron desde su corta edad. (Asistente Social y gerente de la Unidad).*

#### Corrección del camino: el castigo físico como disciplina

El uso del castigo físico con los hijos es un aspecto tratado con cierta frecuencia, tanto por las familias atendidas por los equipos como por los propios profesionales. En una de las reuniones realizadas en el centro de educación infantil, que reciben a niños desde los cuatro meses hasta los 6 años 11 meses, fueron discutidos algunos problemas relacionados al comportamiento agresivo de determinados niños de esta escuela. De este encuentro participaron veinticinco madres, tres padres, cuatro profesoras, la directora, la psicóloga, la pedagoga y el agente comunitario de salud del área. Inicialmente la directora motivo para conversar sobre las principales características del desarrollo infantil.

Posterior a su exposición, el asunto más discutido por las madres y padres fue el uso de las palmadas como una forma de educar a sus niños. Las diversas manifestaciones mostraron que esta es una práctica utilizada por la mayoría de ellos. Una de las madres, al hablar sobre la forma como educa a sus hijos mencionó:

*Tengo tres hijos y los crie a todos por igual, sin embargo el tercero de cinco años, i ya no se como tratarlo! Yo le pego. Hago eso para ver si mejora. Ya lo puse hasta de rodillas para ver si él aprende.*

Otra comentó:

*Mi hija de tres años es muy traviesa, ya no se que hacer. ¡Muchas veces la forma es golpeándola!*

Estas expresiones muestran la dificultad de los padres en colocar límites a ciertos comportamientos de sus hijos, utilizando como medida educativa al castigo físico con la intención de hacer que cambien de actitud.

Se observa que en la crianza de los niños el castigo físico es utilizado con la finalidad de establecer límites en la conducta inadecuada del niño. Queda sobreentendido que esta acción es regida por un motivo educativo: los padres realmente creen que este tipo de castigo es por el digno propósito dirigido al bienestar del niño<sup>(14)</sup>. Esta visión está relacionada a una aceptación cultural, presente en todas las clases sociales, en la cual el castigo físico es percibido como una forma de regular el comportamiento de los niños<sup>(15)</sup>. Para la mayoría de los padres, el uso del castigo físico no es acompañado de culpa, pues se sienten con el derecho de hacerlo. El niño puede reaccionar de forma pasiva o agresiva. Ambas reacciones pueden incrementar la agresividad del adulto. El riesgo de esta situación se encuentra en que los actos de violencia puedan ser parte de la relación, como una forma de diálogo entre agresor y víctima<sup>(16)</sup>.

En los profesionales investigados, hay quienes defienden al uso de la fuerza física de los padres sobre los hijos en determinadas ocasiones. Para ellos existe diferencia entre golpear y apalear. Consideran que las palmadas, cuando es usada levemente tienen fines correctivos, no obstante ven al apalear como un tipo de violencia, por ser agresivo y que deja marcas en el cuerpo del niño o adolescente.

Algunos de los entrevistados discuten sobre la visión de ciertas instituciones, como el Consejo Tutelar, cuando no defiende el uso de la fuerza física como recurso educativo. Consideran que este tipo de castigo, en ciertas situaciones tiene función

educativa, llevando al niño o adolescente a presentar una mejor conducta - para la "corrección de sus propios caminos de vida":

*La propia política del Consejo Tutelar tiene una forma que creo muy equivocada, cuando la corrección fue prácticamente prohibida. Creo que a veces tiene que darse i un golpe en el trasero del niño! No con la intención de apalear es más para corregirlo ¡Sino el niño no aprende! (Médico).*

Estos aspectos muestran que tanto para las familias como para algunos profesionales el uso de la palmada educativa es aceptada y defendida como algo beneficioso, no siendo identificado como violencia.

## CONSIDERACIONES FINALES

Las actitudes de los profesionales de salud frente a la violencia intrafamiliar se relacionan con sus concepciones, lo cual no siempre coincide con la concepción de las familias y de otros sectores vinculados a su atención, como es el caso del Consejo Tutelar. Estas diferencias muestran la necesidad de contextualizar el fenómeno de la violencia para entender el significado atribuido por las diversas personas involucradas, para de esta forma formular una asistencia adecuada.

Los profesionales de salud con frecuencia piensan en la violencia a partir de pre-conceptos, no solo con respecto a una condición social de pobreza de las familias atendidas en las Unidades del PSF investigado, sino también a los sujetos sociales que son identificados como agresores, como es el caso de los hombres. Lo cual lleva a una predisposición para asociar a la violencia en determinados contextos y sujetos, independientemente de una evaluación de la situación en sí.

Existe también la dificultad de comprender a la violencia dentro de su contexto, es decir, a partir del punto de vista de quien la vivencia y de reconocerla como una consecuencia de una relación dinámica compleja.

La posibilidad de hacer visible a la violencia intrafamiliar contra el niño y el adolescente exige de los profesionales de la salud una "nueva visión" de la situación. Siendo necesario pensar en la violencia desde un ámbito de relaciones, dentro de un contexto y de reconocer que este fenómeno no es una enfermedad del agresor, ni una enfermedad de la víctima, sino una consecuencia de la relación dinámica compleja, convirtiéndose en un importante problema social que tiene repercusiones que generan problemas a la salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sarti CA. Violência familiar. In: Abrahão AR, coordenadores. Condicionantes da violência. Seminário sobre as interfaces da violência; 2000. agosto 4-6; São Paulo, São Paulo. São Paulo: UNIFESP; 2005. p.1-10.
2. Caminha RM. A violência e seus danos à criança e ao adolescente. In: UNICEF - Fundo 3. das Nações Unidas para a Infância. Violência doméstica. Brasília (BR): AMENCAR; 2000. p. 43-60.
3. Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 4ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1999.
4. Sarti CA. Porque usar técnicas etnográficas no mapeamento. In: Lescher AD, Sarti CA, Bedoian G, Adorno RCF. Cartografia de uma rede: reflexões sobre um mapeamento da circulação de crianças e adolescentes em situação de rua da cidade de São Paulo. São Paulo (SP): Ministério da Saúde; 1999. p. 3-7.
5. Berger PI, Luckmann T. A construção social da realidade. 24ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.
6. Da Matta R. O ofício de etnólogo, ou como ter "antropological blues". In: Nunes EO, organizador. A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 1978. p. 23-35.
7. Sarti CA. Pesquisa qualitativa em saúde. [Livre Docência]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina/ Universidade Federal de São Paulo; 2003.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas da Saúde. Violência intrafamiliar: orientação para prática em serviço. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
9. Saffioti HIB. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual. In: Madeira FR, organizador. Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Rosa dos Tempos; 1997. p. 135-211.
10. Zaluar A. Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas. Rio de Janeiro (RJ): FGV; 2004.
11. Sarti CA, Barbosa RM, Suarez MM. Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2006; 16(2):167-83.
12. Sarti CA. O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2005 janeiro-junho;15(1):107-26.
13. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1985.
14. Shnit D. Proteção de crianças contra a violência: aspectos legais. In: Westphal MF, organizador. Violência e criança. São Paulo (SP): Edusp; 2002. p. 143-65.
15. Carmo CJ, Harada MJCS. Violência física como prática educativa. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 novembro-dezembro ; 14(6):849-56.
16. Santos MCCL. Raízes da violência na criança e danos psíquicos. In: Westphal MF, organizador. Violência e criança. São Paulo (SP): Edusp; 2002. p. 189-204.