

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
NÚCLEO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA INTEGRADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE NA
PRÁTICA DOS FONOAUDIÓLOGOS: MAGNITUDE E CONDUTA**

RAQUEL MOURA LINS ACIOLI

Recife
2009

RAQUEL MOURA LINS ACIOLI

**VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE NA
PRÁTICA DOS FONOAUDIÓLOGOS: MAGNITUDE E CONDUTA**

Dissertação de mestrado apresentada por Raquel Moura Lins Acioli ao Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva como requisito de obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Luiza Carvalho de Lima

Coorientadora: Prof^a Dr^a Maria Cynthia Braga

Recife
2009

Acioli, Raquel Moura Lins

Violência familiar contra criança e adolescente na prática dos fonoaudiólogos: magnitude e conduta / Raquel Moura Lins Acioli. – Recife: O Autor, 2009.

125 folhas: il., fig., tab., gráf., quadros, mapa.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2009.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Violência intrafamiliar - Fonoaudiologia. I. Título.

343.62

CDU (2.ed.)

UFPE

362.829 2

CDD (22.ed.)

CCS2009-090



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E
PÓS-GRADUAÇÃO



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO
DO(A) MESTRAND(O)A

RAQUEL MOURA LINS ACIOLI

No dia 29 de maio de 2009, às 09:00 horas, no auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Maria Luiza Carvalho de Lima (DO – do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador) Membro Interno, Cláudia Marina Tavares de Araújo (DO – Departamento de Fonoaudiologia da UFPE) Membro Externo e Thália Velho Barreto de Araújo (DO – Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Raquel Moura Lins Acioli, sobre a sua Dissertação intitulada: **“Violência familiar contra criança e adolescente na prática dos fonoaudiólogos: magnitude e conduta”**. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Carvalho de Lima

Reprovada

Prof^a. Dr^a. Cláudia Marina Tavares de Araújo

Reprovada

Prof^a. Dr^a. Thália Velho Barreto de Araújo

Aprovada

Maria Luiza Carvalho de Lima

Prof^a. Dr^a. **Maria Luiza Carvalho de Lima**

Cláudia Marina Tavares de Araújo

Prof^a. Dr^a. **Cláudia Marina Tavares de Araújo**

Thália Velho Barreto de Araújo

Prof^a. Dr^a. **Thália Velho Barreto de Araújo**

*Aos meus pais, Genésio e Graça,
simplesmente por tudo: pela vida,
amor e eternas torcidas; e ao meu
noivo, Fernando, pelo carinho
e apoio.*

AGRADECIMENTOS

A minha família, em especial a minha mãe, Graça Moura, e a meu pai, João Genésio, a quem devo todas as minhas conquistas;

Ao meu noivo, Fernando Castim, pelo grande apoio, carinho e paciência;

A minha orientadora, Maria Luíza, pelo incentivo, confiança e ensinamentos, contribuindo para que o mestrado fosse uma fase de crescimento;

A minha coorientadora, Cynthia Braga, pelas contribuições neste trabalho e pelo incentivo para minha inserção na Saúde Pública;

Ao meu sogro e também grande professor Fernando Castim pelas correções ortográficas;

A Rafael Moreira, pela ajuda na análise estatística;

A Adriana Castro Guerra, pelo incentivo na realização deste trabalho;

À professora Thália, por todas as sugestões que enriqueceram este trabalho e pelos ensinamentos;

A Márcia Saturnino, bibliotecária, pela sua disponibilidade e ajuda;

A minha amiga Wanessa Tenório, pelas dicas e torcida;

Aos meus colegas de mestrado, em especial a Elizabete Pereira, Marcella Abath e Ana Paula, pelo companheirismo e incentivo;

Às minhas amigas de infância, Keila, Izabel e Márcia, pela torcida, ajuda e companheirismo;

À professora Claudia Marina Tavares, pelas sugestões diante da sua larga experiência no campo da fonoaudiologia;

A todo o Corpo Docente do PIPASC, pela contribuição para a minha formação, e a Moreira, pela sua disponibilidade em ajudar e alegria contagiante;

Aos 89 fonoaudiólogos da rede de saúde da cidade do Recife, que foram de fundamental importância para a construção deste trabalho.

*“O que me assusta não é a violência de poucos,
Mas a omissão de muitos
Temos aprendido a voar como os pássaros,
A nadar como os peixes,
Mas não aprendemos a
sensível arte de viver como irmãos”*

(Martin Luther King)

RESUMO

O trabalho teve como objetivo descrever a frequência e a conduta relacionada à violência familiar contra a criança e o adolescente na prática dos fonoaudiólogos das redes pública, privada conveniada com SUS e filantrópica, na cidade do Recife. Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo do tipo corte transversal, que utilizou um questionário estruturado com questões objetivas para a coleta de dados. A população de estudo foi constituída pelo universo de profissionais com mais de um ano de trabalho no serviço de referência. Para a construção do banco de dados e análise foram utilizados os programas Epi-info, versão 3.3.2. e SPSS, versão 15.0, respectivamente. Na análise de dados, considerou-se o tipo de violência, a variável dependente e as variáveis demográficas independentes. A comparação entre os grupos foi sumarizada por frequência. Além disso, o teste exato de Fisher e o qui-quadrado serviram para identificar associações entre variáveis categóricas e subgrupos com nível de significância de 0,05. Para a análise de resíduo, foram reconhecidos os valores com contagem de excesso positivo com nível de 2,5% unicaudal. Os resultados mostraram que, dos 89 fonoaudiólogos entrevistados, 43,8% referiram ter atendido a casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes no último ano e apenas 11,4% participaram de algum curso ou treinamento que abordasse o tema violência. Observou-se, também, uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em relação ao tipo de violência com o sexo da criança e o tipo de alteração fonoaudiológica. O tipo de violência mais frequente foi a violência física (35%). A principal conduta adotada pelos profissionais diante dos casos foi encaminhar os pacientes ao serviço social ou ao psicológico. A análise de resíduo demonstrou um excesso de violência psicológica estatisticamente significativa em crianças e adolescentes com disfluência (gagueira), e a negligência/abandono esteve relacionada a mais de um problema fonoaudiológico. Observou-se uma relação estatisticamente significativa entre tipo de violência e perfil do agressor, apresentando a mãe (37,1%) com maior frequência quando comparada aos demais agressores. A análise de resíduo mostrou um excesso de violência do tipo negligência/abandono cometido tanto pela mãe quanto pelo pai e um excesso de violência sexual pelo (a) padrasto/ madrasta. O estudo reflete a necessidade de um maior investimento em capacitações e educação continuada sobre o tema violência, a fim de que se tenham profissionais qualificados para prevenir, conduzir e identificar os casos.

Palavras-chave: violência intrafamiliar, fonoaudiologia, patologia da fala e linguagem.

ABSTRACT

The study aimed to describe the magnitude and behavior related to family violence against children and adolescents in the practice of the speech therapists in public, private with agreement with SUS and philanthropic health net in the city of Recife. We have conducted a quantitative, descriptive cross-sectional study, using a structured questionnaire with objective questions to collect data. The study population was constituted by the universe of professionals with more than a year of work in reference service. To build the database and analysis, Epi-Info programmers, version 3.3.2., were used as well as SPSS, version 15.0, respectively. In analyzing data, the kind of violence, the dependent variable and the independent demographic variables have been considered. Comparisons between groups were summarized by frequency. Moreover, Fisher's exact test and chi-square were used to identify associations between categorical variables and subgroups at a significance level of 0.05. For the analysis of residual values were recognized with the counting of excess positive with a level of 2.5% unicaudal. The results showed that, out of the 89 speech therapists interviewed, 43.8% reported having assisted a suspected and/or confirmed violence against children and adolescents in the last year and only 11.4% have participated in a course or training on violence . There was also a statistically significant association ($p < 0.05$) in the type of violence to the sex of the child and the type of change speech. The most frequent type of violence was physical violence (35%). The main adopted conduct by the professionals before the cases were to refer the patients to social services or to a psychologist. The residue analysis showed an excess of statistically significant psychological violence in children and adolescents with *disfluência* (stuttering), and neglect/abandonment was related to more than a speech problem. There was a statistically significant relationship between the type of violence and the profile of the aggressor, giving the mother (37.1%) more frequently when compared to other offenders. The analysis showed an excess of residue of the type of violence negligence/neglect committed by both the father and mother as an excess of sexual violence by (a) stepfather/stepmother. The study reflects the need for greater investment in training and continuing education on violence, so that they have qualified professionals to prevent, identify and conduct cases.

Keywords: family violence, speech therapy, speech-language pathology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa	Pag
1-Cidade do Recife, por regiões político-administrativas e bairros.	43
 Figuras	
1- Concepção Holística dos Micro e Macroambientes para o desenvolvimento emocional da criança.	22
2- Esquema de coleta de dados individuais e o tempo em estudo seccional. .	45

LISTA DE TABELAS

	Pag
1 - Perfil dos fonoaudiólogos estudados. Recife, 2008.	53
2-Relação entre perfil do profissional e atendimento de crianças e adolescentes suspeitos e/ou confirmados de sofrer violência intrafamiliar. . . .	56
3-Conduitas adotadas pelos profissionais frente aos casos de violência	58
4- Frequência de situações consideradas violência pelo fonoaudiólogo	58
5- Relação entre tipo de violência segundo sexo, grupo etário e tipo de alteração fonoaudiológica.	60
6 - Resíduos padronizados das ocorrências de violência intrafamiliar segundo alterações fonoaudiológicas e sexo na cidade do Recife, de 2007 a 2008. . .	61
7- Perfil do agressor relacionado ao tipo de violência segundo relato dos profissionais.	62
8 - Resíduos padronizados das ocorrências de violência intrafamiliar segundo distúrbios fonoaudiológicos na cidade do Recife, de 2007 a 2008	63

LISTA DE QUADROS

1-Resumo das Análises dos Artigos Relacionados a Alterações de Linguagem e Maus-Tratos nas últimas décadas.	29
2 - Pistas Identificadoras da Violência Física.	35
3 - Pistas Identificadoras da Violência Sexual.	35
4 - Pistas Identificadoras da Violência Psicológica.	36
5 - Pistas Identificadoras da Negligência.	36
6- Resumo da análise dos artigos selecionados sobre o papel, conduta, notificação e responsabilidades dos profissionais de saúde diante da violência contra a criança e adolescente nos últimos cinco anos.	37
7- Variáveis Dependentes.	46
8 - Variáveis Independentes.	47

LISTA DE GRÁFICOS

1-Frequência de profissionais que atenderam a casos suspeitos e/ou confirmados de violência no ano de 2007 a 2008.	54
2-Número de casos suspeitos e/ou confirmados de violência intrafamiliar atendidos por profissional.	54
3-Distribuição dos tipos de violência suspeitos e/ou confirmados no atendimento fonoaudiológico.	57
4-Conhecimento dos fonoaudiólogos sobre as instituições envolvidas na assistência à criança/ adolescente vítima de violência.	59

SUMÁRIO

1 Introdução	15
1.1 Contextualização do problema.	15
1.2 Epidemiologia da violência contra criança e adolescente.	17
1.3 Relação Pais-Filhos e consequência no desenvolvimento da criança e adolescente no contexto da violência familiar.	22
1.4 Relação entre violência Intrafamiliar e atraso no desenvolvimento da fala e da linguagem.	25
1.5 Perfil, conduta e responsabilidades dos profissionais de saúde diante da violência contra a criança e o adolescente.	31
2 Justificativa.	40
3 Pergunta Condutora.	41
4 Objetivos.	42
4.1 Geral.	42
4.2 Específicos.	42
5 Procedimentos metodológicos	43
5.1 Descrição do local do estudo.	43
5.2 População de estudo e período de referência.	44
5.3 Critério de inclusão.	44
5.4 Critério de exclusão.	44

5.5 Desenho de investigação da coleta de dados.	45
5.6 Limitações metodológicas.	45
5.7 Variáveis do estudo.	46
5.8 Fonte de coleta de dados.	48
6.9 Modelo explicativo da análise	51
5.10 Processamento e análise dos dados.	51
5.11 Aspectos éticos.	51
6 Resultados.	52
7 Discussão.	64
7.1 Considerações.	64
7.2 Perfil do fonoaudiólogo, identificação dos casos e conduta diante da violência intrafamiliar	65
7.3 Violência velada pelo silêncio, alterações fonoaudiológicas e características dos casos identificados.	70
7.4 Perfil da vítima e do agressor.	73
8 Conclusão	75
9 Recomendações.	77
Referências.	78
Apêndice A - 1º Artigo	
Apêndice B – Termo de Consentimento	
Apêndice C - Questionário utilizado na pesquisa	
Anexo A - Termo de cessão de dados – Prefeitura do Recife	
Anexo B - Parecer do comitê de ética em pesquisas – IMIP	

APRESENTAÇÃO

O presente estudo teve como objetivo descrever a frequência da violência contra crianças e adolescentes atendidos por fonoaudiólogos, as principais queixas fonoaudiológicas associadas, assim como a conduta desses profissionais em sua prática nos serviços de saúde das redes pública, privada conveniada com o SUS e filantrópicas da cidade do Recife. Atualmente, a cidade do Recife apresenta a violência como um dos principais problemas de saúde pública, o que exige a mudança de atitude da sociedade e das equipes de saúde para prevenir e identificar os casos de violência.

A revisão da literatura específica consta de quatro partes: Epidemiologia da violência contra criança e adolescente; abordagem da relação pais-filhos e consequências no desenvolvimento da criança no contexto da violência familiar; relação entre violência familiar e atraso no desenvolvimento de linguagem e, por último, a descrição da conduta e responsabilidades do profissional de saúde diante da violência contra crianças e adolescentes.

No desenvolvimento deste trabalho, algumas alterações fonoaudiológicas, como a dificuldade de leitura e escrita, problemas de voz e ressonância, fluência, alterações do sistema estomatognático e deficiência auditiva não foram abordados nesta revisão (apesar de terem sido estudados) devido à escassez de publicações. Como o problema fonoaudiológico mais frequente foi a alteração de linguagem, o enfoque dirigiu-se aos estudos feitos sobre esse tema.

Foram utilizadas as seguintes bases de dados para a busca dos artigos: LILACS, MEDLINE, PUBMED, SCIELO. Realizou-se também uma busca das referências bibliográficas, sendo obtidas em bibliotecas ou solicitadas pelo COMUT. As palavras-chave utilizadas em inglês foram: *child abuse*, *neglect* ou *child maltreatment* relacionadas com *language*, *speech* ou *communication*. Em português, foram utilizadas: linguagem, fonoaudiologia e comunicação combinadas com maus-tratos, violência familiar, violência doméstica, abuso e negligência.

A verificação da carência de estudos na área de fonoaudiologia sobre a conduta diante dos casos de violência e a possível relação dos distúrbios de linguagem com a violência intrafamiliar motivou a realização deste trabalho. O

estudo foi descritivo, exploratório, do tipo transversal, com a aplicação de questionários ao universo dos profissionais da rede de saúde pública da cidade do Recife que atendem à demanda do SUS e de instituições filantrópicas.

1 Introdução

1.1 Contextualização do problema

Mensurar a magnitude da violência familiar contra crianças e adolescentes no Brasil não é tarefa fácil devido à falta de padronização dos registros, despreparo dos profissionais no diagnóstico e carência de inquéritos populacionais nacionais, o que distorce a realidade (DESLANDES, 1999).

Apesar do empenho dos pesquisadores para entender a violência, não tem sido possível dimensionar esse fenômeno por ser complexo e multifacetado. Muitas vezes, o problema é representado estatisticamente por taxas de mortalidade, sendo escassas as informações sobre morbidade (MINAYO, 1994). Tal fato pode ser explicado pela falta de experiência dos profissionais de saúde ao lidarem com situações que demandam tempo para serem esclarecidas, seja pela omissão de informações ou por não se dispor a assumir tal responsabilidade, aliada à descrença sobre a resolutividade do problema.

Apesar do crescente entendimento da violência no âmbito familiar e obrigatoriedade da notificação estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os dados são subestimados. A atuação do profissional de saúde é de fundamental importância na identificação e prevenção de ocorrência da violência contra criança e adolescente, para que exista o rompimento e seja impedida a (re) produção do ciclo da violência intrafamiliar (GOMES, 2002).

Atualmente, observa-se o crescente número de publicações que apresentam como objetivo diagnosticar a conduta, preparo e responsabilidade dos profissionais diante dos casos de violência intrafamiliar no sistema de saúde. Diante das investigações, percebe-se um despreparo do profissional, ocasionado pela falta de informação e de apoio para o enfrentamento do problema, desde as universidades até os serviços.

Existe uma escassez de trabalhos que retratem o perfil do fonoaudiólogo na rede de saúde e sua conduta diante dos casos de violência intrafamiliar: isso é de fundamental importância, uma vez que esse profissional trabalha com crianças de

risco, em sua maioria, que apresentam distúrbios da comunicação humana, deficiências e problemas neurológicos.

Este trabalho se propõe descrever o perfil dos fonoaudiólogos da cidade do Recife, sua conduta diante dos casos suspeitos e/ ou confirmados de violência contra criança e adolescentes, assim como os tipos de violência identificados pelos profissionais. Também serão descritos os principais distúrbios fonoaudiológicos diagnosticados em crianças e adolescentes segundo o tipo de violência intrafamiliar por sexo e idade e o perfil do agressor segundo tipo de violência.

Considerando o fonoaudiólogo um profissional da área de saúde, responsável pela promoção, proteção e recuperação de pessoas com distúrbios de comunicação, e o predomínio da violência no estado como um dos principais problemas da região, observa-se o importante papel do combate à violência familiar contra crianças e adolescentes. É oportuna a abordagem do tema, uma vez que os dados não estão disponíveis na região.

1.2 Epidemiologia da violência contra criança e adolescente

A violência, em geral, é um fenômeno que se desenvolve e se dissemina nas relações sociais e interpessoais, decorre a uma relação de poder que vem de raízes culturais, passando por todas as classes sociais, entendida a partir da noção de rede entre as formas de violência (MINAYO, 1999). A violência banalizada no meio familiar é potencializadora da violência social em geral, corroborando a continuidade da cultura de violência (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003).

Estudos em países de populações de alto poder aquisitivo demonstraram os maus-tratos contra crianças como um grande problema de saúde pública e bem-estar social. Todos os anos, 4 a 16% das crianças sofrem abuso físico e uma a cada dez é negligenciada e abusada psicologicamente. Durante a infância, entre 5% e 10% das meninas e até 5% dos meninos estão expostos a abuso sexual. Porém, menos de um décimo são representados (GILBER et al., 2009).

No Brasil, a violência é apontada, desde a década de 1980, como uma das principais causas de morbimortalidade, despertando, no setor da saúde, uma grande preocupação com essa temática, que, progressivamente, deixa de ser considerada um problema exclusivo das áreas social e jurídica para ser também incluída no universo da saúde pública (MINAYO, 2003; SANCHEZ; MINAYO, 2006). Esse quadro deve-se, principalmente, à mudança no perfil epidemiológico, cujas principais causas de óbito são as causas externas, que ocupam, atualmente, a segunda causa de mortalidade e apresentam uma tendência crescente nos últimos anos, nas faixas etárias de 0 a 19 anos (BARROS et al., 2001, BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), as causas externas foram responsáveis por aproximadamente 120 mil mortes em 2001, representando cerca de 15% dos óbitos registrados no país (BRASIL, 2001). Estudos mostram ainda que as crianças e as mulheres são as vítimas preferenciais dentro do lar, enquanto que os adolescentes e os adultos jovens sofrem mais com a violência extradomiciliar (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde, ao considerar a violência como um problema de saúde pública e de alta e ampla transcendência, desenvolveu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e decidiu como devem ser

tratadas e notificadas as ocorrências desse fenômeno (BRASIL, 2005). Para atingir o propósito dessa política, foram construídas ferramentas que orientarão a definição e redefinição dos instrumentos operacionais demonstrados por planos, programas, projetos e atividades, estabelecidos pelas seguintes diretrizes: (1) promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; (2) monitorização da ocorrência de acidentes e violência; (3) sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; (4) assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violência; (5) estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; (6) capacitação de recursos humanos e (7) apoio ao desenvolvimento de pesquisas.

Por atingir milhares de pessoas de forma silenciosa e dissimulante e ser um obstáculo para os desenvolvimentos social e econômico, a violência familiar expressa dinâmica de poder/afeto, na qual estão presentes relações de subordinação (BRASIL, 2001). A violência familiar é toda a ação ou omissão que prejudica o bem-estar, as integridades física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família (BRASIL, 2002 a).

Na literatura sobre o tema, utiliza-se, com frequência, o termo violência doméstica e/ou violência intrafamiliar como sinônimos, entretanto, faz-se necessário distinguir essas duas denominações. A violência intrafamiliar não se reporta apenas ao espaço físico onde ocorre mas também às relações em que se constrói e se realiza. Refere-se às relações de parentesco em que a violência ocorre, estando incluídas pessoas sem consanguinidade, mas que assumam função de parentes. Por sua vez, a violência doméstica diferencia-se da violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se empregados e pessoas que convivem esporadicamente (BRASIL, 2002a).

O fator relevante que distingue a violência doméstica da familiar é o envolvimento afetivo e o moral encontrados nas relações consanguíneas. Neste projeto, será utilizado o conceito de violência familiar na população de crianças e adolescentes que se insere no grupo da violência interpessoal da classificação da OMS (2002).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001) e a OMS (2002), a violência familiar que atinge crianças e adolescentes pode ser classificada em: (1) a violência

física se dá por meio de força física, de algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões, ocorrendo quando alguém causa ou tenta causar dano por meios interno, externo ou ambos; (2) a violência *psicológica* inclui toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa; (3) a *negligência* é a omissão de responsabilidade de um ou mais membros da família em relação a outro, sobretudo, àqueles que precisam de ajuda por questões de idade ou alguma condição física, permanente ou temporária; (4) a violência *sexual* é toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais, utilizando força física, influência psicológica ou uso de armas ou drogas.

Contudo, existe uma gama de manifestações da violência na população infanto-juvenil, na maioria das vezes, sem expressão no corpo físico; outras vezes, atinge a subjetividade do indivíduo, tornando, dessa forma, difícil a sua visibilidade. Assim, o profissional de saúde tem dificuldades para detectar a diversidade da violência contra a criança e o adolescente (DESLANDES; ASSIS, 2006).

A origem da violência pode ser entendida de diversas formas, como: a violência estrutural, determinada pelas condições socioeconômicas e políticas; a violência cultural, vinda das relações de dominação de diversos tipos: éticas, raciais, grupos etários e familiares; e a violência de delinquentes, caracterizada por casos ligados socialmente à criminalidade (BRASIL, 1993; BRASIL, 2005; SANCHEZ; MINAYO, 2006).

Por sua vez, a violência familiar, na qual se insere a violência contra a criança e o adolescente, envolve uma dinâmica complexa, resultado de valores sociais amplos que fazem parte da história de vida do sujeito. (ASSIS; CONSTANTINO, 2003).

O relatório da OMS (2002), ao propor um modelo explicativo, sugere o modelo ecológico na qual a violência é explicada como resultado da interação entre fatores e determinantes individuais, relacionais, comunitários e sociais (KRUG, 2002).

“Durante os últimos 150 anos, a violência na infância tem sido observada como um problema social, com complexo mecanismo sociolegais para regulá-lo” (SIBILA, 2001). Apenas na década de 50, a violência na infância foi percebida como problema social através da identificação da *Síndrome da criança espancada, ou*

criança maltratada, descrita pela pediatria americana, que inseriu o enfrentamento da violência na área de saúde (WEBER et al., 2002).

Na década de 60, os profissionais de saúde enfrentavam a violência como simples espectadores ou reparadores de danos. Essa realidade vem-se modificando a partir da maior difusão do conhecimento por meio de artigos publicados, da mídia e das conquistas dos direitos civis e sociais. Tal realidade modificou-se, através do tempo, pela magnitude e dispersão que o problema vem adquirindo, com maior visibilidade nos diferentes setores da sociedade que estuda e discute seus fatores determinantes (MINAYO; SOUZA, 1999; BRASIL, 1993).

A violência contra a criança e o adolescente pode levar a várias consequências como: *deficit* no crescimento, distúrbios psiquiátricos, comportamento antissocial, delinquência adulta, perpetuando o ciclo de violência e de morte. A consequência para a família é a sua desestruturação, a perda de vínculo afetivo e referência. Para a sociedade, acarreta um aumento da criminalidade e da prostituição e aumento dos custos com a saúde e a educação (UNICEF, 2001). Noguchi (2004), ao estudar a relação entre vítimas de violência e distúrbios fonoaudiológicos mais frequentes, observou o atraso no desenvolvimento da linguagem como principal consequência da violência.

A atuação do profissional de saúde, incluindo o fonoaudiólogo no seu ambiente de trabalho, é de fundamental importância para detectar pacientes em risco e tomar medidas preventivas no que diz respeito à violência contra a criança. De acordo com o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é obrigação dos profissionais de saúde denunciarem casos de maus-tratos. Pelo não cumprimento, esses profissionais poderão receber uma punição (BRASIL, 1990).

A falta de preparo para conduzir esses casos, o medo de ter problemas com a Justiça, a complexidade de sua manifestação e manejo na resolução contribuem para a recusa do envolvimento de pessoas com problemas alheios, ou seja, dentro da esfera familiar (DESLANDES, 1999; SILVA, 2002).

A partir da observação de que a maioria das disciplinas de saúde não contempla, em seus currículos e programas de educação continuada, a formação e o treinamento dos aspectos relacionados com a violência (JARAMILLO; URIBE, 2001), justifica-se, assim, o despreparo desses profissionais em lidar com esse tipo de situação.

A notificação da violência pelos profissionais de saúde concorre para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas (SALIBA et al., 2007).

Os reflexos da violência são vistos no âmbito dos serviços de saúde, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que demandam (DESLANDES, 1999). Com isso, esse setor tem importante papel no enfrentamento da violência familiar. No entanto, muitos profissionais são levados a subestimar a importância desse problema, voltando suas atenções às lesões físicas, raramente se esforçando em prevenir ou diagnosticar a origem das consequências dos males causados (MOURA; REICHENHEIM, 2005).

O entendimento e a ação do fonoaudiólogo na questão da violência contra a criança e o adolescente são de extrema importância, especialmente em determinados segmentos da população infantil, já identificados como mais vulneráveis a sofrerem maus-tratos, como, por exemplo, os portadores de deficiências, anomalias congênitas e genéticas, que constituem grande percentual dos pacientes sob cuidados profissionais (SULLIVAN et al., 1991; DESLANDES, 1994).

Crianças e adolescentes com dificuldades de comunicação têm uma maior chance de serem vítimas de abuso e/ou negligência devido à dificuldade de fazer-se entender. O fonoaudiólogo tem um papel relevante na detecção de sinais de violência ao acompanhar ativamente a vida de seus pacientes, contando com o apoio e confiança da família (NOGUCHI; ASSIS, 2004).

O fonoaudiólogo pode contribuir na identificação dos casos, estando atento, por exemplo, quanto à frequência de lesões na pele, uma vez que, aproximadamente, 65% das lesões físicas em crianças abusadas acometem a região da cabeça e pescoço (ALVES; CAVALCANTI, 2003; CARVALHO et al., 2009).

A atuação no nível de prevenção deve atingir todas as pessoas vítimas de violência ou que tenham contato com as vítimas nas diferentes etapas do processo. Tal ação deve atuar na sensibilização e capacitação para possibilitar um atendimento integral e de qualidade.

1.3 Relação Pais-Filhos e consequência no desenvolvimento da criança e do adolescente no contexto da violência familiar

O desenvolvimento infantil é um processo que se inicia desde a vida intra-uterina e engloba diversos aspectos, como o crescimento físico, a maturação neurológica e a construção de habilidades relacionadas ao comportamento, às esferas cognitiva, social e afetiva da criança. Apresenta como resultado tornar a criança competente para responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida. A figura 1 demonstra os fatores primordiais para o desenvolvimento infantil (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003; FERNANDES, 2007).

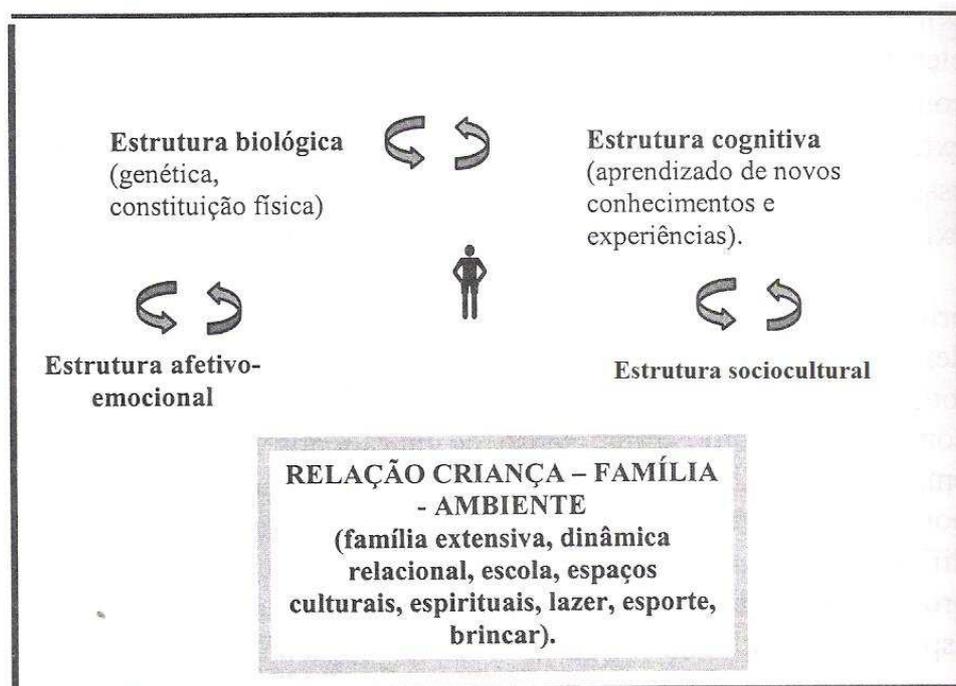


Figura 1- Concepção Holística do Micro e Macroambiente para o desenvolvimento emocional da criança.

Fonte: Fernandes, B.C. (2007, p.82)

Famílias que apresentam genitores com dificuldade de relacionamento, criados em um ambiente agressivo e com pouca ou nenhuma comunicação afetiva; pela presença de violência; pelos familiares que abusam de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas: são fatores de risco para a criança (FERNANDES, 2007).

A violência infantil pode ser considerada como um dos fatores de maior risco e associação com as psicopatologias do desenvolvimento das seguintes áreas:

cognição, linguagem, desempenho acadêmico e desenvolvimento socioemocional. Muitas das crianças que sofrem maus-tratos apresentam problemas relacionados ao afeto e ao comportamento geral (ÉTHIER, PASCAL, LACHARITÉ, 2004; REICHENHEIM, HASSELMANN, MORAES, 1999).

Crenças e atitudes educativas por meio de punição física, feitas por pais/cuidadores, estão associadas à saúde mental nas crianças como: ansiedade/depressão, problemas de conduta, hiperatividade (VITOLLO et al., 2005). Esse estudo revelou como fatores de risco: o sexo da criança, os familiares (problemas de saúde mental), nível socioeconômico familiar e forte associação entre pobreza e maus-tratos na infância. As questões culturais também contribuem para a prática da violência mediante a aceitação social do castigo tida como forma de preparar a criança para a vida e de estabelecer limites, podendo ser cometido pela motivação de diferentes sentimentos como raiva pelo comportamento da criança, rejeição, reflexo de atitudes desafiadoras entre outros (DONOSO; RICAS, 2009).

Williams (2003) analisou trabalhos sobre deficiência e violência, tendo como objetivo demonstrar a interrelação entre as duas situações, procurando discutir sobre violência cometida pelo parceiro à mulher durante a gravidez, casos de maus-tratos, negligência paterna, sequelas do abuso sexual infantil e suas consequências no desenvolvimento da criança. Abordou, também, o risco de maus-tratos infantis por parte dos pais, com atraso global do desenvolvimento, enfatizando a falta de trabalhos que relacionem abuso contra a criança cometido por pais deficientes.

Os óbitos infantis por maus-tratos no primeiro ano de vida, nos Estados Unidos, ocupam o sexto lugar dentre as causas de morte, segundo Crandall *et al.* (2006), que realizaram um estudo de coorte com, aproximadamente, 5 mil crianças e verificaram que 13,7% das mães relataram que seus filhos sofriam maus-tratos no primeiro ano de vida. Verificaram-se que os potenciais fatores de risco relacionados aos pais e ambientais para agressão foram: saúde mental, relacionamento violento, nível socioeconômico e envolvimento criminal com a justiça. Após análise de regressão multivariada, o alcoolismo materno sobressai como principal causa de espancamento em crianças, podendo acarretar não só o atraso no desenvolvimento infantil, mas até a morte.

Além das marcas físicas a violência, costuma causar sérios danos afetivos e de personalidade na criança, podendo ser observada, também, dificuldade para se alimentar, dormir e concentrar-se. Essas crianças podem apresentar-se

exageradamente introspectivas, com baixa autoestima, tímidas e com dificuldade de relacionamento (PEREIRA; HOME, 2002).

A negligência é considerada a forma menos perceptível de violência. Pode ser identificada por uma alimentação inadequada, descuidos em relação à higiene e às vestimentas, falta de afeto e desinteresse pela criança enquanto indivíduo, podendo acarretar danos psicológicos, ou se confunde com resultados de acidentes comuns (lesões, fraturas, queimaduras). Muitas vezes, é confundida com falta de recursos financeiros, embora esteja presente em todas as camadas sociais (DAVOLI; OGIDO, 1992). Deslandes (1994) menciona a dificuldade de identificar situações de negligência, quando existe concomitância entre a pobreza e os maus-tratos.

Ao estudar a relação entre violência – depressão – criança, foi observada uma associação. As crianças que não vivenciam experiência de violência, quando comparadas às expostas, apresentam maior tendência a não exibirem comportamentos de retraimento/depressão. Observa-se que as famílias formadas de padrastos e madrastas podem deparar-se com problemas nas crianças devido à dificuldade de aceitação, rejeição, desinteresse e sentimentos ambíguos. O ambiente familiar afetivo propicia e aumenta as chances de a criança ter uma vida saudável, podendo até protegê-la de problemas diários (AVANCI et al., 2009).

O abuso sexual infantil também pode acarretar diversos problemas no desenvolvimento, como: depressão, queixas somáticas, comportamento sexualizado, ansiedade, agressão, comportamentos regressivos, prostituição, uso de drogas, dificuldade escolar, comportamentos autolesivos, entre outros (WILLIAMS, 2002; FERGUSSON, BODEN, HORWOOD, 2008).

1.4 Relação entre violência intrafamiliar e atraso no desenvolvimento da fala e da linguagem

O desenvolvimento da fala e da linguagem é parte de uma série de transformações ocorridas no desenvolvimento global da criança que se relacionam com a forma de o ser humano compreender e interagir com o mundo (MARCHESAN, 2005). Entende-se por linguagem a compreensão e produção de comunicação com significado verbal e não-verbal.

Para que haja uma adequada desenvoltura da linguagem e da fala são necessários integridade neuromuscular, sistema sensorial, plena harmonia física e emocional, além de ambientes com rica experiência verbal. Fatores psicossociais, como baixo nível educacional dos pais, distúrbios psiquiátricos dos genitores, paternidade precoce, famílias incompletas ou com graves problemas de relacionamento são os fatores de risco mais importantes para o aparecimento de alterações de desenvolvimento na fala (WEINDRICH, 1998; PEREIRA, 2002).

Ao longo das últimas décadas, foram encontrados apenas dezoito trabalhos relacionados a alterações de linguagem e maus-tratos. Dentre esses, treze foram localizados, apenas seis eram da área de fonoaudiologia, o que evidencia uma escassez de publicações sobre o tema (Quadro 1). Os trabalhos analisados seguiram uma lógica: são avaliados grupos expostos e não expostos à violência, fatores de risco, relações familiares e problemas metodológicos.

Estudo realizado na Califórnia demonstrou que crianças abusadas e negligenciadas apresentam maiores dificuldades nas tarefas de compreensão da linguagem quando comparadas aos que não sofrem maus-tratos. Esse fato foi avaliado através de três testes de compreensão de linguagem, em que obtiveram escores abaixo da média. Não foram avaliados problemas referentes ao uso da linguagem, voz e fluência. Os resultados foram apresentados em forma de especulações, pois existe uma diversidade de fatores que podem estar influenciando a limitação do aprendizado lexical como: mudanças de ordem psicológicas e ambientais, díade pai-filho, traços de personalidade e história pessoal (FOX, 1988).

Outros trabalhos (ALLEN; OLIVER, 1982) mostraram a utilização de diferentes testes de desenvolvimento, os quais foram aplicados para medir a associação entre violência intrafamiliar e atraso no desenvolvimento de fala e linguagem. Testes com o

Preschool Language Scale (PLS) foram usados separadamente em crianças de 47 meses de idade abusadas, negligenciadas com um grupo não expostos, avaliando a habilidade de compreensão auditiva e verbal. A negligência foi o tipo de mau-trato de maior associação ao atraso da linguagem.

Pesquisadores das áreas de psicologia e psiquiatria, ao avaliarem compreensão e expressão na habilidade da linguagem em 40 adolescentes, com e sem experiência de abuso físico na infância, não observaram diferenças estatisticamente significantes, apesar de outras referências demonstrarem associação, na habilidade de compreensão e expressão do vocabulário. A expressão sintática do grupo que sofreu abuso apresentou maior número de alterações. Os resultados sugerem que existem diferenças individuais nos tipos de experiências de abuso físico e os relacionados aos fatores ambientais, que estão associados não apenas com os desenvolvimentos da comunicação, mas também com o desenvolvimento cognitivo e socioemocional. Foram avaliados três aspectos: uso da linguagem, expressão sintática e semântica, que podem ser prejudicados pela ansiedade ao provocar diminuição do estímulo para comunicação (MCFADYED; KITSON, 1996)

Os binômios mãe e filho com e sem violência foram observados, e as vítimas de maus-tratos apresentaram maior chance de atraso do desenvolvimento sintático, exibindo uma linguagem restrita e vocabulário aquém ao das crianças do grupo controle. O grupo de crianças maltratadas tinha mães que se comunicavam pouco com os seus filhos, também sendo observada a presença de relação entre o QI materno e a habilidade de linguagem da criança. O fato de a análise ter sido realizada em um único momento trouxe limitações para os resultados, sendo necessários ajustes para futuras pesquisas, pois a faixa etária das crianças investigadas era de dois anos, não sendo o período mais adequado para avaliações do desenvolvimento da linguagem (EIGSTI;CICCHETTI, 2004).

Ao analisar o binômio “mãe violenta e filho maltratado” e o desenvolvimento da linguagem pelo índice de desenvolvimento mental Bayley, foi observado que essas mães tendem a ignorar mais os seus filhos, o que não estimula a fala, ocasionando atraso. As mães que não são disponíveis tendem a apresentar filhos com problemas de comunicação (ALLEN; WASSERMAN, 1985). O resultado desse estudo pode ser melhor compreendido ao observar que a fala e a linguagem ocorrem por meio da aquisição posterior a múltiplos processos sensoriais. Assim a ausência de estímulos

e experiências traumáticas possuem implicações significativas para o discurso, no desenvolvimento e na função da linguagem (ATCHISON, 2007). Pode também existir uma relação inversa: pelo fato de a criança apresentar problemas de comunicação, elas são consideradas menos interessantes do que as crianças sem alterações detectáveis, gerando situações de negligência por parte do adulto (ALLEN, 1982).

Além da estimulação sensorial e da boa relação entre pais e filhos, há outros fatores que devem ser cuidadosamente analisados. Crianças que sofrem abuso, negligência, maus-tratos e trauma apresentam alteração de fala e linguagem, porém muitas formas de violência cometida pelas famílias têm fundamentos culturais ou são medidas pseudoeducativas, e os profissionais devem estar atentos a esses fatores em uma atitude compreensiva no estabelecimento de orientação de disciplinas que sejam culturalmente aceitáveis (WESTBY, 2007).

O papel do fonoaudiólogo diante dos casos de violência intrafamiliar contra criança e adolescente não tem sido suficientemente investigado, tanto no Brasil como no exterior. Um estudo pioneiro realizou um inquérito sobre o conhecimento e a experiência dos fonoaudiólogos da cidade do Rio de Janeiro sobre crianças e adolescentes vítimas de violência, realizado por meio de entrevistas enviadas pelo correio para uma amostra de profissionais registrados no Conselho Regional de Fonoaudiologia. Apenas 25,8% dos profissionais referiram experiência com pacientes vítimas de violência, relatando ser o atraso no desenvolvimento da linguagem a alteração mais comum nessas crianças. As vítimas foram caracterizadas quanto à faixa etária mais atingida, sexo, tipo de violência sofrida, agressor e queixa fonoaudiológica mais frequente, além de descrever como a violência foi identificada e qual foi a evolução dos casos (NOGUCHI, 2003; NOGUCHI, 2004).

Outros estudos não focalizam a violência familiar, mas descrevem achados que podem reforçar a possível associação de violência e distúrbios de comunicação em jovens delinquentes (SANGER; HUX; RITZMAN, 1999; SNOW; POWELL, 2004). Os jovens delinquentes apresentam uma alta incidência de problemas na fala, linguagem e audição quando comparados a crianças e jovens não institucionalizados, sendo observado que mais da metade dos jovens de 13 a 18 anos teve experiências de maus-tratos de ordem psicológica, física, negligência e abuso sexual quando eram crianças e adolescentes (SANGER; CRESWELL; DWORAK; SCHULTZ, 2000).

Outra abordagem que não se aprofundará neste trabalho diz respeito às violências cometidas contra pacientes deficientes, que compõem grande parte da clientela do fonoaudiólogo. É um grupo que merece atenção, visto que a população portadora de deficiência apresenta uma chance 3,4 vezes maior de ser maltratada do que a de não deficientes (SULLIVAN; NUTSON, 2000).

O primeiro estudo coorte de base populacional, o qual relacionou deficiência infantil (paralisia cerebral, desordem na fala e linguagem, dificuldade de aprendizado, desordens de conduta e desordens não psicológicas) com os registros de abusos foi realizado de janeiro de 1983 a dezembro de 2001, no Oeste de Sussex, Reino Unido. A pesquisa demonstrou que crianças deficientes têm um maior risco de sofrerem abuso, havendo maior associação tanto para deficiência de conduta como dificuldade de aprendizagem (SPENCER et al., 2005).

Apesar de muitos estudos demonstrarem associação entre violência e alteração de linguagem, existem várias problemas metodológicos como: o pequeno tamanho amostral, o que impossibilita generalizações; má distribuição dos casos; utilização de instrumentos não específicos para avaliação da competência de fala; os estudos não apresentarem um caráter longitudinal, pois crianças que sofrem maus-tratos poderiam desenvolver problemas mais tardiamente; falta de grupo controle e a não padronização do nível econômico da família (ALLEN, 1982; ALLEN, 1985; MCCAULEY; SWISHER, 1987).

Existe a necessidade do refinamento dos padrões utilizados como medidas diagnósticas nas pesquisas, pois diferenças de populações, escores, classe social ou distúrbios emocionais comprometem os resultados, por poder ocasionar a subestimação dos casos (COSTER;CICCHETTI, 1993)

O fonoaudiólogo terá o importante papel de proporcionar a recuperação e desenvolvimento da linguagem e/ou fala das crianças e adolescentes vítimas de violência, anteriormente prejudicado por ambiente conturbado, violento, com poucos estímulos, que prejudica a evolução do seu potencial (PERIRA, 2002).

Quadro 1- Resumo das análises dos artigos relacionados a alterações de linguagem e maus-tratos nas últimas décadas.

Autores/ Ano de publicação	Local do estudo	Área do periódico	População de Estudo	Aspectos abordados
Allen e Oliver (1982)	St. Louis	Maus-tratos infantis	Três grupos de crianças com experiência de maus-tratos (n=51) e um grupo sem exposição (n=28)	Avaliação dos aspectos do desenvolvimento da linguagem pelo <i>Preschool Language Scale</i> em crianças abusadas, negligenciadas e sem exposição a maus-tratos.
Allen e Wasserman (1985)	New York	Maus-tratos infantis	12 Crianças com a média de idade de 14 meses expostas, que sofriam abuso pelas suas mães e um grupo controle sem exposição (N=12)	Avaliação da linguagem por meio do <i>Bayley</i> escala de desenvolvimento mental em crianças filhas de mães que sofreram abuso quando crianças.
McCauley e Swisher (1987)	U.S.A	Fonoaudiologia	.....	Revisão de literatura sobre os riscos de alterações de fala e linguagem em crianças maltratadas
Fox <i>et al.</i> (1988)	Humboldt (Califórnia)	Fonoaudiologia	Vinte e oito crianças com idade entre três e oito anos que sofreram abuso e um grupo controle sem exposição.	Avaliação do desempenho de três grupos de crianças que sofreram abuso e negligência comparada com crianças que não sofreram maus-tratos por meio de três testes de compreensão de linguagem
Coster e Cucchetti (1993)	Nova York	Psicologia	.....	Revisão de literatura sobre o desenvolvimento da comunicação em crianças maltratadas
McFadyen e Kitson (1996)	Escócia	Psicologia /psiquiatria	Dois grupos de adolescentes, um com história de abuso físico (N=20) e sem história (N=20).	Compreensão e expressão da habilidade da linguagem em adolescentes que tiveram experiência de abuso físico quando crianças com um grupo controle sem histórico de maus-tratos durante a infância (<i>Teste Standart</i>)

Quadro 1. Continuação

Autores/ Ano de publicação	Local do estudo	Área do periódico	População de Estudo	Aspectos abordados
Pereira e Homen (2002)	Curitiba	Fonoaudiologia	.....	Revisão de literatura sobre atraso no desenvolvimento da linguagem em crianças e adolescentes vítimas de violência.
Noguchi, e Assis (2003)	Rio de Janeiro	Fonoaudiologia	.....	Artigo de revisão cujo objetivo é de apresentar uma proposta de intervenção fonoaudiológica diante dos casos de violência.
Noguchi, Assis e Santos (2004)	Rio de Janeiro	Fonoaudiologia	224 fonoaudiólogos registrados no conselho regional de fonoaudiologia do Rio de Janeiro e seus respectivos casos relatados.	Conhecer a ocorrência dos maus-tratos na clientela atendida por esses profissionais, caracterizando as vítimas quanto à faixa etária mais atingida, sexo, tipo de violência sofrida, agressor e tipo de queixa fonoaudiológica mais frequente, além de conhecer como a violência foi identificada e qual foi a evolução dos casos.
Eigsti e Cicchetti (2004)	Nova York	Desenvolvimento	33 crianças em idade pré-escolar, sendo um grupo com experiência de maus-tratos (N=19) e sem (N=14)	Díades mãe/filho com e sem violência relacionando com o atraso no desenvolvimento de alguns aspectos da linguagem.
Noguchi, Assis e Santos (2006)	Rio de Janeiro	Fonoaudiologia	224 fonoaudiólogos registrados no conselho regional de fonoaudiologia do Rido de Janeiro	Conhecer a ocorrência dos maus-tratos na clientela atendida por fonoaudiólogo no município do Rio de Janeiro.
Westby (2007)	Nova York	Educação	.....	Revisão de literatura que tenta explicar por que razão as crianças com alteração de fala e linguagem apresentam maior risco de sofrer abuso, negligência, maus tratos e trauma e como pode variar em diferentes culturas.
Atchison (2007)	MI, USA	Desenvolvimento	.....	Revisão descritiva e evidencias baseadas na literatura sobre o impacto de traumas pré e pós- natal na modulação sensória afetando a desenvolvimento e função da fala e da linguagem.

1.5 Perfil, conduta e responsabilidades dos profissionais de saúde diante da violência contra a criança e o adolescente.

O fonoaudiólogo é um profissional que atua de forma autônoma e independente, exercendo suas funções nos setores público e privado, sendo responsável pela promoção da saúde, avaliação, diagnóstico, orientação, terapia (habilitação/reabilitação), monitoramento e aperfeiçoamento de aspectos fonoaudiológicos envolvidos na função auditiva periférica e central, na função vestibular, nas linguagens oral e escrita, na articulação da fala, na voz, na fluência, nos sistemas miofuncional orofacial, cervical e na deglutição (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2006).

O campo da fonoaudiologia, de acordo com o Conselho Federal de Fonoaudiologia, resolução nº 320 de 17 de fevereiro de 2006, abrange cinco áreas de atuação: Audiologia, Linguagem, Motricidade Orofacial, Voz e Saúde Coletiva (BRASIL, 2006). Essa última área tem uma inserção cada vez maior e significativa nos três níveis de atenção à saúde, desde a promoção e prevenção das doenças relacionadas à comunicação humana até a reabilitação (ANDRADE, 2000), apresentando um importante papel frente aos casos de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. Entretanto, só foram encontrados dois artigos relacionados à conduta e à importância da notificação na área de fonoaudiologia, apesar do crescente número de publicações em outras ciências da saúde nos últimos cinco anos (Quadro 2).

A suspeita e a identificação dos casos de violência contra a criança e o adolescente ainda é um desafio para muitos profissionais de saúde, uma vez que as afecções e agravos evidenciados, muitas vezes, são tratados e diagnosticados apenas por evidências de sinais orgânicos. Assim, a atuação desses profissionais é fundamental na identificação e prevenção da ocorrência da violência contra crianças e adolescentes. A baixa notificação, tanto nos serviços de saúde quanto nas escolas, pode ser decorrente do despreparo dos profissionais em lidar com a situação, que, sensibilizados para o problema, poderão ter condutas mais apropriadas nas funções de cuidadores e/ou educadores (COSTA et al., 2007; SALIBA et al., 2007; RAMOS et al., 2007; MOURA et al., 2008).

A dificuldade em lidar com situações de violência pelos profissionais de saúde pode ser explicada pela falta de informação do problema desde as universidades até os serviços especializados em atender aos casos (SANTOS 2006; SILVA; FERRIANI, 2007). Uma pesquisa na área de fonoaudiologia comprova a falta de informação dos profissionais sobre o tema e a predominância da atuação isolada sem apoio institucional e da prática interdisciplinar, em que o manejo do problema é dirigido principalmente à conversa com a família, não seguida, na maioria das vezes, da notificação quando necessária (NOGUCHI, 2003; NOGUCHI, 2004).

Ao se investigar a percepção e a responsabilidade do cirurgião-dentista em relação aos maus-tratos contra a criança e o adolescente, percebe-se que esses profissionais possuem um bom conhecimento, porém não sabem a forma de documentar os casos (61%), por não terem recebido informações sobre o tema durante a graduação (GARCIA; MENEZES; SILVA, 2008). Odontopediatras em Uberlândia e Araguari, Minas Gerais, em grande parte (52,9%) já suspeitaram de casos de violência durante o atendimento, porém apenas 14,3% disseram ter feito notificação às autoridades (SANTOS, 2006).

Ao avaliar os conhecimentos e atitudes de dentistas nigerianos sobre abuso infantil, observou-se que grande parte dos profissionais citou ter reconhecido abusos físico, emocional e negligência. Constatou-se que a incerteza acerca do diagnóstico e o medo dos litígios foram fatores que poderiam influenciar a decisão de denunciar o abuso infantil, demonstrando um hiato entre o diagnóstico e a conduta do profissional (BANKOLE; DENLOYE; ADEYEMI, 2008). Outro estudo demonstrou uma baixa capacidade de identificação dos casos apresentados, considerado pelo autor reflexo de desinformação dos profissionais (MANEA et al., 2007).

Nos últimos anos, tem-se observado o reconhecimento dos serviços de saúde como local que apresenta importante papel no enfrentamento da violência familiar, modificando sua forma de atuação para uma equipe mais sensibilizada sobre a importância da elaboração de propostas e ações de prevenção, detecção e acompanhamento do número crescente de vítimas de violência familiar (GOMES et al., 2002; MOURA; REICHENHEIM, 2005; MOURA; MORAES; REICHENHEIM, 2008; AL-HABSI et al., 2009).

Para incorporar o procedimento de notificação, é preciso vencer vários desafios, como: incorporar à rotina da notificação as atividades de atendimento e ao quadro organizacional dos serviços preventivos, assistenciais e educacionais;

sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde e educação para compreenderem o significado, as manifestações e as consequências dos maus-tratos para o crescimento e desenvolvimento das crianças e dos adolescentes; além de formar alianças e parcerias para que a notificação seja o início de uma atuação ampliada e de suporte à criança, ao adolescente, à sua família ou às instituições que os abrigam (BRASIL, 2002).

Pesquisas realizadas nas emergências ressaltam a preocupação dos profissionais de saúde apenas com os sinais e sintomas que os pacientes apresentam, e o desconhecimento da violência intrafamiliar em suas diferentes formas, impossibilitando que os casos sejam registrados e notificados (MOURA; MORAES; REICHINHEIM, 2008). Algumas pesquisas apontam a influência positiva no conhecimento e na atitude dos profissionais que receberam treinamento e qualificação na formação médica quanto à prática da notificação de casos de maus-tratos (LEITE et al., 2006; PIRES et al., 2005).

Apesar do crescente entendimento da violência no âmbito familiar como um problema de saúde pública, os profissionais da área de saúde tendem a subestimar sua importância e não utilizam adequadamente os caminhos preconizados para a notificação dos casos (ERIKSON; HILL; SIEGEL, 2001; MOOSA et al., 2003; LIMA; FARIAS, 2008).

As leis de obrigatoriedade de notificação de casos de maus-tratos contra a criança existem, nos EUA, desde 1967 e, na Austrália, desde o final dos anos 70 (GILBER et al, 2009 apud HUTCHINSON, 1993). No Brasil, apenas na década de 90, com o desdobramento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), começaram a ocorrer mudanças no cenário dos atendimentos à população infanto-juvenil. O artigo 245 do estatuto destaca a obrigatoriedade do profissional da área social, educação ou saúde, em comunicar às autoridades competentes os casos de seu conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou o adolescente, prevendo pena caso tal comunicação não ocorra. Durante os últimos anos, pôde-se observar um crescente papel do setor da saúde para enfrentar o problema (BRASIL, 2002).

Pesquisa realizada na legislação brasileira e no código de ética da medicina, odontologia, enfermagem e psicologia sobre a responsabilidade do profissional de saúde na notificação de casos de violência doméstica e as possíveis implicações legais e éticas a que estão sujeitos observou que os comitês de ética consultados

não apresentaram explicitamente a expressão *violência doméstica ou familiar*, mas deixam claro o dever dos profissionais em zelar pela saúde e dignidade dos seus pacientes (SALIBA et al., 2007).

A notificação da violência intrafamiliar é um poderoso instrumento de política pública, pois ajuda a dimensionar, determinando a necessidade de investimento em núcleos de vigilância, além de permitir conhecer melhor a epidemiologia da violência (SALIBA et al., 2007). Esse instrumento, porém, não tem sido utilizado por muitos profissionais devido à frequente incerteza do diagnóstico e à existência de vários entraves, como a escassez de regulamentos que forneçam os procedimentos técnicos, ausência de mecanismos legais de proteção ao profissional e quebra de sigilo (LIMA; CABRAL; MOREIRA, 2005; GONÇALVES; FERREIRA, 2002; NARAYAN; SOCOLAR; CLAIRE, 2006; THEODORE; RUNYAN, 2006).

A atenção da política de segurança sobre os maus-tratos contra a criança está vinculada à culpa, à punição e à criminalização. Tais associações criam, potencialmente, o estigma de danos e, às vezes, a necessidade de evidências antes que as intervenções protetoras ou terapêuticas sejam oferecidas, configurando um fator limitante de serviços. Comparações entre estudos internacionais assinalam a necessidade de uma abordagem que combine um foco sobre segurança da criança com os benefícios mais ampliados ao seu bem-estar e ao de sua família (GILBER *et al.*, 2009).

O conhecimento dos sinais e sintomas da violência contra crianças e adolescentes (quadros 2, 3, 4 e 5) pode contribuir para que os profissionais de saúde e educadores melhor identifiquem os tipos de violência e possam ter uma conduta mais segura, contribuindo para a prevenção e a promoção da saúde de crianças e adolescentes (RIBEIRO; MARTINS, 2006 apud DESLANDES, 1994).

Quadro 2 - Pistas Identificadoras da Violência Física

Indicadores Físicos da Criança e/ou Adolescente	Comportamento da Criança e/ou Adolescente	Características da Família
<p>-Lesões físicas, com queimaduras, feridas e fraturas que não se adequam à causa alegada</p> <p>-Ocultamento de lesões antigas e não explicadas</p>	<p>-Muito agressivo ou apático</p> <p>-Extremamente hiperativo ou depressivo</p> <p>- Assuntável ou temeroso</p> <p>-Tendência autodestrutiva</p> <p>-Teme os pais</p> <p>- Apresenta causas pouco viáveis para suas lesões</p> <p>-Apresenta baixo conceito de si; foge constantemente de casa.</p> <p>-Apresenta problemas de aprendizagem</p>	<p>-Ocultar as lesões da criança ou as justificativas de forma não convincente ou contraditória</p> <p>-Descrever a criança como má ou desobediente</p> <p>-Defende a disciplina severa</p> <p>-Pode abusar de álcool ou de drogas</p> <p>-Tem expectativas irreais da criança</p> <p>-Tem antecedente da violência familiar</p>

Fonte: DESLANDES, (1994 apud RIBEIRO; MARTINS, 2006.)

Quadro 3 - Pistas Identificadoras da Violência Sexual

Indicadores Físicos da Criança e/ou Adolescente	Comportamento da Criança e/ou Adolescente	Características da Família
<p>Dificuldades de caminhar; infecções urinárias; secreções vaginais ou penianas; baixo controle dos esfíncteres; pode apresentar DST's; enfermidades psicossomáticas, roupas rasgadas ou com manchas de sangue; dor ou coceira na área genital ou da garganta(amidalite gonocócica); dificuldade para urinar ou deglutir; edema e sangramento da genitália externa, nas regiões vaginal ou anal; cérvix, vulva e períneo, pênis ou reto edemaciados ou hiperemiados; sêmen ao redor da boca, dos genitais ou na roupa; odor vaginal ou corrimento.</p>	<p>Vergonha excessiva; autoflagelação; comportamento sexual inadequado para a idade; regressão a estados de desenvolvimento anterior; tendências suicidas; fugas constantes de casa; mostra interesse não usual por assuntos sexuais e usa terminologia inapropriada para a idade; masturba-se excessivamente; alternância de humor; retraída x extrovertida; resiste a participar de atividades físicas; resiste a se desvestir ou ser desvestida; resiste a voltar para casa após a aula; mostra medo de lugares fechados; tenta mostrar-se boazinha; ausência escolar sem motivo.</p>	<p>Muito possessiva com a criança, negando-lhe contatos sociais normais; acusa a criança de promiscuidade ou sedução sexual; acredita que a criança tenha atividade sexual fora de casa; estimula a criança a se envolver em condutas ou atos sexuais; crê que o contato sexual é uma forma de amor familiar; indica isolamento social ou a condição de família monoparental; mostra conduta impulsiva e imatura; tende a culpar os outros por dificuldades da vida; tenta minimizar a seriedade da situação.</p>

Fonte: DESLANDES, (1994 apud RIBEIRO; MARTINS, 2006).

Quadro 4 - Pistas Identificadoras da Violência Psicológica

Indicadores Físicos da Criança e/ou Adolescente	Comportamento da Criança e/ou Adolescente	Características da Família
Problemas de saúde: obesidade, afecções na pele, problemas de tartamudez. Comportamento infantil; urinar na roupa ou na cama; chupar o dedo.	Problemas de aprendizagem; comportamento extremo de agressividade ou timidez, destrutivo ou autodestrutivo; problemas com o sono; baixo conceito de si; depressivo; apático; tendência suicida.	Tem expectativas irreais sobre a criança; rejeita; aterroriza; ignora; isola; exige em demasia; corrompe. Descreve a criança como muito má, diferente das demais.

Fonte: DESLANDES, (1994 apud RIBEIRO; MARTINS, 2006).

Quadro 5 - Pistas Identificadoras da Negligência

Indicadores Físicos da Criança e/ou Adolescente	Comportamento da Criança e/ou Adolescente	Características da Família
Padrão de crescimento deficiente; vestimenta inadequada ao clima; problemas físicos ou necessidades não atendidas; pouca atenção.	Comportamento hiper ou hipoativo; assumem responsabilidades de adultos; comportamentos infantis ou depressivos; contínuas ausências ou atraso na escola e nas consultas médicas.	Apática e passiva, não se preocupa com a situação da criança; baixa autoestima; apresenta severo desleixo com a higiene e aparência pessoal; pode abusar de álcool e drogas.

Fonte: DESLANDES, (1994 apud RIBEIRO; MARTINS, 2006).

Quadro 6 - Resumo da análise dos artigos selecionados sobre o papel, conduta, notificação e responsabilidades dos profissionais de saúde diante da violência contra a criança e adolescente nos últimos cinco anos.

Autores/ Ano de publicação	Local do estudo	Área do periódico	População de Estudo	Aspectos abordados
Noguchi e Assis (2003)	Rio de Janeiro	Fonoaudiologia	.....	Artigo de revisão cujo objetivo é de apresentar uma proposta de intervenção fonoaudiológica diante dos casos de violência.
Alves e Cavalcanti (2003)	João pessoa - PB	Odontologia	.....	Artigo de revisão com o objetivo de auxiliar os cirurgiões - dentistas, especialmente odontopediatras e clínicos gerais na identificação de situações de maus-tratos e na sua conduta.
Moosa <i>et al.</i> (2003)	Kuwait	Pediatria	117 pediatras de um hospital público	Estudo transversal, realizado para avaliar a sensibilização e experiência de pediatras no Kuwait quanto ao atendimento de maus-tratos infantis.
Noguchi, Assis, e Santos (2004)	Rio de Janeiro	Fonoaudiologia	224 fonoaudiólogos registrados no Conselho Regional de fonoaudiologia do Rio de Janeiro.	Levantamento do conhecimento e da experiência de fonoaudiólogo da cidade do Rio de Janeiro sobre o problema da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente.
Lima,Cabral, Moreira (2005)	Recife	Odontologia	70 odontopediatras inscritos no Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco.	Investiga a conduta dos odontopediatras do Recife com relação ao abuso infantil.
Pires et al. (2005)	Porto Alegre,	Pediatria	92 pediatras registrados na Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul	Determina os fatores que interferem na notificação de maus-tratos infantis, pelos pediatras, aos serviços de proteção à criança.
Moura e Reichenheim (2005)	Rio de Janeiro	Pediatria	Entrevistas realizadas em 245 pais ou guardadores no período de abril a junho de 2001	Magnitude da violência contra a criança, aferida ativamente em um ambulatório na cidade do Rio de Janeiro, com a casuística espontânea do serviço.
Silveira, Mayrink, Neto (2005)	Blumenau-SC	Odontologia	Entrevistas realizadas com 62 dentistas do SUS e 8 Odontopediatras registrados no conselho Regional de Santa Catarina atuante em Blumenau.	Problemática dos maus-tratos enfatizada a partir de documentos e dos registros de sua casuística em Blumenau bem como o papel desempenhado pelos dentistas que trabalham em serviços públicos e privados enfocando sua experiência, conhecimento e atitude diante de casos de violência contra criança.
Santos,Nunes,Cavalcanti,Silva (2006)	Minas Gerais	Odontologia	17 odontopediatras de Araguari e Uberlândia	Conhecimento e atitudes de odontopediatras de Uberlândia e Araguari (MG) de abuso infantil e os locais de proteção à criança.

Quadro 6. Continuação

Autores/ Ano de publicação	Local do estudo	Área do periódico	População de Estudo	Aspectos abordados
Leite et al. (2006)	São José- SP	Medicina	25 médicos residentes	Avaliação do aumento de notificações de maus-tratos na instituição após um curso de capacitação de médicos residentes de pediatria.
Narayan, Socolar e Claire (2006)	U.S.A	Pediatria	203 programas de residência médica em pediatria	Avaliação dos programas de residência em pediatria quanto à oferta de treinamento em violência contra criança.
Theodore e Runyan (2006)	U.S.A	Pediatria	270 pediatras registrados	Atitude e experiências dos pediatras o sistema judicial da criança maltratada.
Ramos et al. (2007)	Salvador	Medicina	.....	Revisão bibliográfica: conhecimento das formas de abordagens adequadas à violência.
Saliba et al.(2007)	São Paulo	Odontologia	.....	Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência: aspectos legais, código de ética na legislação brasileira (medicina, enfermagem, psicologia).
Silva e Ferriani (2007)	São Paulo	Enfermagem	10 profissionais das seguintes áreas: psicologia, enfermagem, agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem e médicos pediatras.	Identificar e analisar as notificações de violência contra criança e os limites da atuação dos profissionais de saúde
Kellogg (2007)	U.S.A	Pediatria	.....	Guia de tratamento e avaliação da criança suspeita de abuso físico: aspectos clínicos e legais.
Manea et al (2007)	Itália	Odontologia	106 dentistas de serviços públicos e privados	Análise da percepção, atitude, conhecimento e experiência dos dentistas com crianças abusadas e negligenciadas no nordeste da Itália e os fatores que afetam o reconhecimento dos casos.
Garcia,Menezes e Silva (2008)	Caruaru- Pe	Odontologia	54 cirurgiões dentistas em atividade em clínicas particulares ou serviços públicos.	Analisar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas do município de Caruaru, no agreste do Estado de Pernambuco, sobre maus-tratos de crianças e/ou adolescentes e conduta profissional.

Quadro 6. Continuação

Autores/ Ano de publicação	Local do estudo	Área do periódico	População de Estudo	Aspectos abordados
Bankole, Denloye e Adeyemi (2008)	Nigéria	Odontologia	175 cirurgiões dentistas	Conhecimentos e atitudes dos dentistas nigerianos em relação ao abuso infantil.
Lima e Farias (2008)	Boa Vista - RR	Enfermagem	235 profissionais de saúde: 7 assistentes sociais, 150 auxiliares e técnicos, 35 enfermeiros, 38 médicos e cinco psicólogos.	Conhecer os tipos de violência identificados e conduta pelos profissionais de saúde em crianças hospitalizadas.
Barbosa e Pegoraro (2008)	Rio de Janeiro	Psicologia	.....	Artigo de revisão - análise da atuação do psicólogo hospitalar diante de situações de maus-tratos cometidos pela mãe contra o filho.
Moura, Moraes e Reichenhein (2008)	Rio de Janeiro	Pediatria	Entrevistas realizadas em 524 pais ou guardadores no período de janeiro a março de 2005 e todas as notificações pelas equipes no ano de 2004.	Estimativa da magnitude da violência contra criança em emergências e o número de notificações realizadas pelos profissionais .
Gilber et al. (2009)	Londres	Maus-tratos infantis	.....	Revisão de literatura: padrões de reconhecimento e resposta dos profissionais que cuidam de crianças e seus pais. Avaliar estratégias para melhorar o processo. Políticas que regem respostas aos maus-tratos nas crianças de diferentes países.
Al-Habsi et al. (2009)	Reino Unido	Odontologia	105 dentistas foram convidados a participar do estudo.	Investiga as atitudes, conhecimentos e práticas gerais de dentista, especialistas e consultores em odontologia pediátrica, em Londres, para a proteção infantil
Luna, Ferreira e Vieira (Artigo no prelo)	Fortaleza	Saúde Coletiva	359 profissionais, cadastrados nas Equipes de Saúde da Família (ESF).	Analisa o processo de notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família, em Fortaleza-Ceará.

2 JUSTIFICATIVA

Observa-se um aumento do número de pesquisas relacionadas à conduta do profissional diante da violência infanto-juvenil durante os últimos anos nas diversas ciências da saúde, porém existe uma escassez de investigações no campo da fonoaudiologia.

O fonoaudiólogo é responsável pela promoção, proteção e recuperação de pessoas com distúrbios de comunicação e possui grande responsabilidade no combate à violência familiar contra a criança e o adolescente pelo fato de estar em contato mais constante com o paciente, conhecer o seu cotidiano, manusear o seu corpo e ter maior oportunidade de relacionamento com a família; portanto, tem importante papel na identificação, condução e prevenção de casos de violência intrafamiliar contra criança e adolescente.

Considerando que o trabalho do fonoaudiólogo é relevante para o enfrentamento do problema da violência, ao lidar diretamente com uma população de risco (deficientes, portadores de síndromes genéticas e neuropatias), é fundamental observar a sua conduta diante desse complexo problema que, frequentemente, está por trás do silêncio e dos distúrbios de crianças e adolescentes em atendimento fonoaudiológico.

3 PERGUNTA CONDUTORA

Qual a conduta dos fonoaudiólogos diante da violência contra a criança e o adolescente na sua prática profissional?

Qual a frequência da violência contra criança e adolescente percebida e as queixas fonoaudiológicas mais frequentes deles na prática dos fonoaudiólogos das redes pública, privada conveniada com o SUS e filantrópica, na cidade do Recife?

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Descrever a ocorrência de casos e a conduta relacionada à violência familiar contra a criança e o adolescente na prática dos fonoaudiólogos das redes pública de saúde, na cidade do Recife.

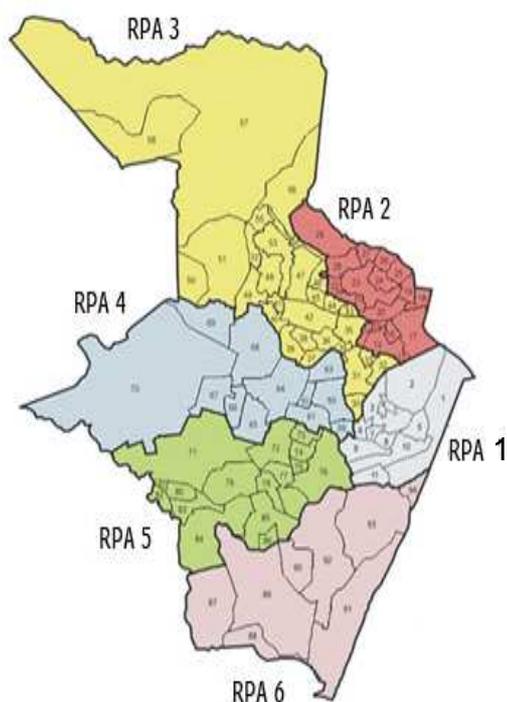
4.2 Específicos

- Caracterizar o perfil profissional e da sua clientela e a frequência da identificação de casos de violência suspeitos e/ou confirmados.
- Descrever a conduta dos profissionais frente aos casos de violência identificados.
- Descrever os tipos de violência relatados pelos profissionais.
- Caracterizar os casos suspeitos e confirmados de violência segundo ao sexo, grupo etário e tipo de alteração fonoaudiológica apresentado.
- Descrever o perfil do agressor segundo o tipo de violência.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Descrições do local de estudo

A cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco, onde foi realizado o estudo, possui 94 bairros, distribuídos em seis regiões político-administrativas (RPAs). O estudo foi realizado em todos os serviços de fonoaudiologia das redes pública, privada e filantrópica conveniada com o SUS (Sistema Único de Saúde) da cidade do Recife que atendem a crianças e adolescentes. Foram visitadas, no total, 30 instituições listadas pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, que disponibilizavam atendimentos fonoaudiológicos, dentre as quais, quatro não fizeram parte do estudo: uma estava sem atendimento, duas atendiam apenas adultos e uma foi excluída pela dificuldade de acesso, imposta pela burocracia da instituição. Um dos hospitais visitados foi incluído como instituição privada conveniada com o SUS, contudo, atualmente, não apresenta vínculo com o SUS, sendo um hospital ligado apenas a servidores, tendo sido incluído na pesquisa por encontrar-se, no momento da coleta, na lista dos hospitais conveniados com o SUS.



	<i>Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Hospital Oswaldo Cruz, Policlínica Gouveia de Barros, Policlínica Professor Waldemar de Oliveira, Instituto de Reabilitação Infantil (IRI), Centro de Reabilitação Fisioterapeuta Antônio Nogueira de Amorim (PCR), Hospital Barão de Lucena, Hospital de Santo Amaro.</i>
	<i>Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM)</i>
	<i>Hospital Agamenon Magalhães, Casa de Saúde Maria Lucinda, Policlínica Albert Sabin, Hospital da Restauração, Hospital servidores do Estado de Pernambuco (IPSEP), Centro de Reabilitação e Valorização da Criança (CERVAC)</i>
	<i>Hospital das Clínicas, Sistema Universal Verbo Tonal de Audição Liberiano (SUVAG), Divisão de Assistência Médica Odontológica (DAMO)</i>
	<i>Hospital Geral Otávio de Freitas, Policlínica Agamenon Magalhães, Policlínica Amauri Coutinho Amauri Coutinho, Casa de Saúde Bidu Krause, Hospital Getúlio de Vargas, Grupo Universitário de Reabilitação Infantil (GURI)</i>
	<i>Hospital Geral de Areias</i>

5.2 População de estudo e período de referência

A população de estudo foi constituída pelos fonoaudiólogos em atividade no Sistema Único de Saúde (SUS) e nas unidades filantrópicas da cidade do Recife, distribuída em 26 instituições identificadas que atendem a crianças e adolescentes. Foram incluídos no estudo todos os profissionais que apresentavam mais de um ano de formados.

Entre agosto e outubro de 2008, foram coletados dados referentes aos fonoaudiólogos e sua prática clínica direcionada para os pacientes nos quais houve suspeita, com ou sem confirmação, de terem sofrido violência. Analisou-se o perfil do conjunto das informações obtidas a respeito dos profissionais e seus pacientes, sendo considerados apenas os casos de violência familiar atendidos no período de 2007 a 2008, para evitar o viés de memória.

5.3 Critérios de inclusão

- Ser fonoaudiólogo das redes pública, privada conveniada com o SUS e filantrópica da cidade do Recife.
- Considerar o profissional vinculado apenas em uma instituição.

5.4 Critérios de exclusão

- Ser profissional com menos de um ano de formado.

5.5 Desenho da investigação e coleta de dados

Foi realizado um estudo descritivo, exploratório do tipo transversal. O caráter transversal justifica-se pela coleta dos dados feita em um único momento histórico, conforme a figura 2 (KLEIN, 2003). Esse estudo apresenta como vantagens: ser de baixo custo, de alto potencial descritivo; rápido, podendo ser coletado em um curto intervalo de tempo, sendo uma boa opção para descrever as características de um evento na população, para identificar casos na comunidade e para identificar grupos de alto risco.



Figura 2. Esquema de coleta de dados individuais e o tempo em estudo seccional.

↓: Momento da coleta
T ₁ : Início do estudo
T _F : Fim do estudo

5.6 Limitações metodológicas

A associação entre exposição e alteração fonoaudiológica, quando detectada, refere-se à época da realização do estudo e pode não ser a mesma da época do aparecimento da alteração. Assim sendo, não é possível fazer, neste tipo de estudo, as inferências sobre a relação causa e efeito, embora os dados descritivos sobre elas sejam muito úteis para a formulação de hipóteses (PEREIRA, 1995).

Tendo em vista os dados referentes ao fator de risco e ao agravo à saúde serem detectados no momento da entrevista, as inferências causais podem apresentar dificuldade, pois seguem uma lógica. Outras vezes, porém, refazer a ordem cronológica dos acontecimentos, para raciocinar em termos de sequência temporal, não é uma tarefa fácil.

O problema reside em esclarecer detalhes do complexo causal, ou seja, organizá-los por ordem cronológica dos acontecimentos e raciocinar em termos da sequência causal. A violência pode ter tido papel importante na etiologia da alteração fonoaudiológica ou, ao contrário, a alteração pode ter sido a causa que motivou a violência intrafamiliar na população infanto-juvenil.

5.7 Variáveis de estudo

Foram analisadas variáveis referentes ao perfil dos fonoaudiólogos e dos casos atendidos de crianças e adolescentes suspeitos e/ou confirmados de sofrer violência intrafamiliar no período de 2007 a 2008 (Quadros 7 e 8).

A classificação quanto ao tipo de violência sofrida pelos pacientes foi definida segundo a identificação dos profissionais, que levaram em consideração apenas o seu conhecimento prévio.

QUADRO 7 - Variáveis Dependentes

VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Tipos de violência que bebês, crianças e adolescentes sofreram.	As violências foram categorizadas segundo a percepção dos profissionais.	1-Violência física; 2-violência psicológica; 3- violência sexual; 4-negligência ou abandono, ou outras.

QUADRO 8 - Variáveis independentes

VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Referente ao fonoaudiólogo ²		
Sexo	Feminino, Masculino	1-Feminino 2-Masculino
Conhecimentos dos profissionais sobre as instituições responsáveis por questões referentes à violência contra criança e adolescente.	Identificação de unidades de apoio e referência de proteção contra a violência contra criança e adolescente: GPCA; Unidade de Saúde de referência; Conselho Tutelar; Ministério Público; Vara da infância e da Juventude; Conselhos Municipais de Defesa.	1- Sim 2- Não
Tempo de formado	Período em anos desde a formatura até a data da entrevista	1- 1 a 5 anos 2- 6 a 10 anos 3- mais de 10 anos
Área de atuação	Áreas de atuação do fonoaudiólogo da rede de saúde da cidade do Recife	1-Audiologia 2-Linguagem 3-Motricidade Orofacial 4-Voz 5-Generalista 6-Mais de uma área de atuação
Nível Acadêmico	Nível acadêmico dos profissionais da rede.	1-Graduação 2-Especialização/Residência 3-Mestrado 4-Doutorado 5- Pós-doutorado
Referente ao Paciente ²		
Sexo	Feminino, Masculino	1-Feminino 2-Masculino
Idade da criança	Idade da criança e/ ou adolescente no momento da consulta	1- < 1anos a 9 anos e 11 meses 2- 10 a 19 anos.
Tipo de alteração fonoaudiológica (s)	Tipos de alterações fonoaudiológicas encontradas em crianças e adolescentes vítimas de violência.	1-Atraso no desenvolvimento 2-Problema de voz e ressonância 3-Problemas de fluência 4-Alteração sistema estomatognático 5-Deficiência auditiva
Agressor	Responsável pela agressão à criança e/ou adolescente	1-A mãe 2- Pai 3-Mãe e pai 4-Padrasto e/ou madrasta 5-Outro membro da família 6-Vizinho/ amigo ou pessoa próxima sem relação de parentesco

²Estes parâmetros foram baseados nos resultados do trabalho de dissertação de doutorado de Noguchi (2005).

5.8 Fonte e coleta de dados

Os dados referentes à quantidade de fonoaudiólogos que trabalhavam na rede pública de saúde e instituições conveniadas com o SUS foram disponibilizados pela secretaria Municipal e Estadual de Saúde da cidade do Recife, juntamente com a carta de anuência autorizando a realização da pesquisa em todos os estabelecimentos, após a aprovação no comitê de ética. No caso das instituições privado-filantrópicas conveniadas com SUS, as solicitações foram feitas, pessoalmente, com a apresentação de uma carta elaborada pela pesquisadora, esclarecendo o propósito da pesquisa a ser realizada e os benefícios da sua realização.

Foi observado, que durante a coleta dos dados, existiram seis profissionais que trabalhavam em mais de um estabelecimento que fizeram parte do estudo. Para a coleta de dados, foram realizadas, no mínimo, três visitas aos estabelecimentos, além de contato com os fonoaudiólogos por telefone para agendamento das entrevistas. Devido aos diversificados horários de atendimento dos profissionais, a coleta apresentou uma demanda de tempo maior do que o esperado para a sua finalização em cada local.

A coleta de dados baseou-se em um questionário estruturado aplicado pela própria pesquisadora, após leitura e assinatura do termo de consentimento pelo profissional. O questionário foi construído a partir da pesquisa de Nouguchi (2005), com perguntas fechadas e adaptadas ao nosso estudo.

Foi deixado um espaço aberto como observação no questionário para que o profissional pudesse expressar suas opiniões e condutas diante dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência, atendidos pelos profissionais, como uma forma de ilustrar e melhor entender a conduta dos fonoaudiólogos diante dos casos, anteriormente categorizadas.

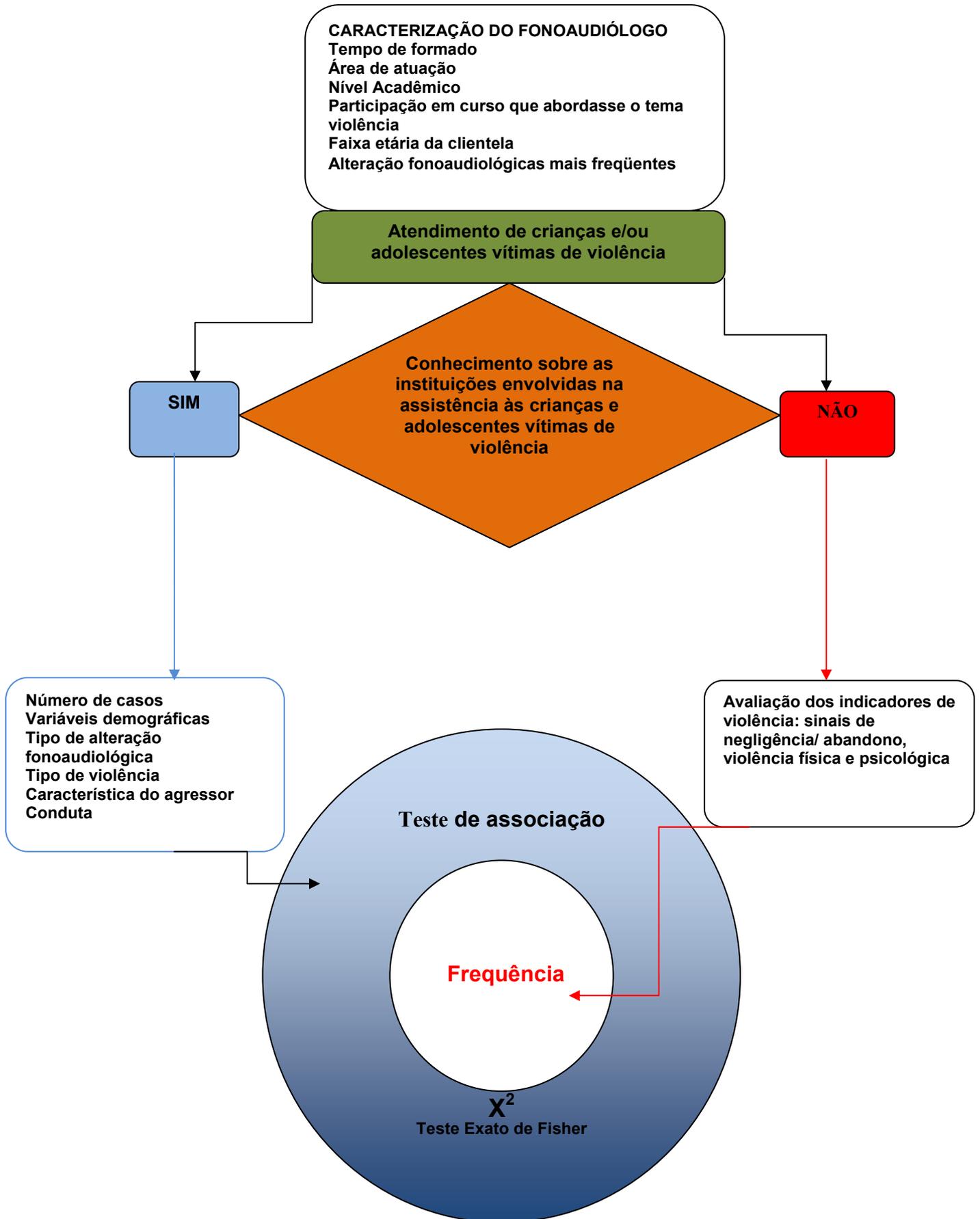
Alguns dos casos relatados pelos profissionais, como violência, foram anotados, alguns foram descritos com maiores detalhes. Embora não analisados de forma qualitativa, torna-se importante ilustrar o desafio, a complexidade, a dificuldade da conduta diante desses casos pelos profissionais.

Para os profissionais que disseram que nunca atenderam a casos de violência, foram aplicadas perguntas indicadoras/pistas, segundo Deslandes (2006), com o objetivo de saber o que os profissionais consideravam violência intrafamiliar.

5.9 Modelo explicativo da análise

Para todos os profissionais entrevistados, realizou-se uma análise de frequência, quanto à sua formação e características de sua clientela. Para o grupo de profissionais que atenderam a casos suspeitos e/ou confirmados de violência, foi feita uma análise de medidas de associação e frequência. Aos profissionais que relataram nunca terem atendido a um caso de violência, foram realizadas algumas perguntas com situações que continham pistas identificadoras de tipos de violência para que os fonoaudiólogos classificassem como caso de violência ou não, sendo analisado o dado por frequência. Nos dois grupos, foi analisado o conhecimento dos profissionais a respeito das instituições responsáveis na assistência de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar (Fluxograma 1).

Fluxograma:



5.10 Processamento e análise dos dados

A análise dos dados foi realizada utilizando o programa Epi-info, versão 3.3.2., com dados referentes ao perfil dos profissionais e dos pacientes, sendo analisados pelo mesmo programa através de cálculo de frequência simples e medidas de associação. Foi utilizado o Teste Exato de Fisher para as situações cujas categorias os valores esperados apresentavam valor menor que cinco unidades. Para a análise de resíduo, o banco foi convertido para o software SPSS, versão 15.0, no final, em seguida, examinou-se a associação entre os pares de categorias dessas variáveis. Por meio dela, é possível observar os padrões característicos de cada categoria e variável segundo o excesso ou falta de ocorrência em combinação com a respectiva categoria ou variável, sendo reconhecidos os valores com contagem de excesso positivo superior a 1,96 com nível de significância 2,5% unicaudal. Para a associação das variáveis do Teste Exato de Fisher e qui-quadrado, foi adotado o nível de significância de 5%. Os resultados foram apresentados através de gráficos e tabelas.

5.5.11 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Instituto Materno Infantil de Pernambuco Fernando Figueira - PE (IMIP), no dia 13 de março de 2008, sob protocolo de nº1161, conforme resolução 196/6.

Os fonoaudiólogos responderam ao questionário após a leitura e compreensão do termo de consentimento livre esclarecido. Todas as informações obtidas durante a pesquisa foram mantidas em sigilo.

6 RESULTADOS

Foram identificados no estudo 98 profissionais que trabalhavam em instituições filantrópicas ou ligadas ao SUS. Houve perda de nove profissionais: um por motivo de licença e oito por impedimentos burocráticos da instituição. Não houve recusa dos fonoaudiólogos em participar da pesquisa. Foram relatados 99 casos de violência dos quais 29 foram excluídos por apresentarem falhas nas informações, então o grupo de estudo incluiu setenta sujeitos.

Os resultados mostraram, quanto ao perfil profissional (Tabela 1), que 98,8% (88) dos fonoaudiólogos eram do sexo feminino e aproximadamente a metade (52,8%) apresentava mais de 10 anos de formada.

Com relação à área de atuação, observou-se que 44,9% (40) dos profissionais atuavam em mais de uma área no campo da fonoaudiologia e 21,3% (19) na área de audiologia. Quanto ao nível acadêmico dos fonoaudiólogos, 68,5% (61) apresentaram especialização e/ou residência, 14,6% (13) apenas a graduação e 14,6% (13) mestrado. Dentre os profissionais que atenderam a crianças e adolescentes vítimas de violência, 74,4% possuíam especialização/ residência. Foi observado que apenas 11,2% dos entrevistados da pesquisa participaram de algum curso ou treinamento que abordasse o tema violência.

Tabela 1. Perfil dos fonoaudiólogos estudados. Recife, 2008.

Característica	N	%
Sexo		
Feminino	88	98,8
Masculino	1	1,12
Tempo de formado		
1 a 5 anos	27	30,3
6 a 10 anos	15	16,9
Mais de 10 anos	47	52,8
Área de atuação		
Audiologia	19	21,3
Linguagem	7	7,9
Motricidade Orofacial	5	5,6
Voz	3	3,4
Generalista	15	16,9
Mais de uma área de atuação	40	44,9
Nível Acadêmico		
Graduação	13	14,6
Especialização/ Residência	61	68,5
Mestrado	13	14,6
Doutorado	2	2,3
Treinamento ou curso que abordasse o tema violência		
Sim	10	11,2
Não	79	88,8
Total	89	100,0

Dos fonoaudiólogos entrevistados 97,7% (86) atendiam a crianças de 0 a 9 anos de idade, na sua rotina de trabalho. Quanto à frequência de atendimento das alterações fonoaudiológicas, 81,8% trabalhavam alterações como atraso no desenvolvimento da linguagem, 75% com alterações do sistema estomatognático, 60,2% alteração vocal e 56,8% com deficiência auditiva.

Dos 89 fonoaudiólogos entrevistados, 39 (43,8%) referiram ter atendido a casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes no último ano e, desses, 51,3% (20) atenderam, pelo menos, a um caso e 33,3% (13), dois casos (Gráfico 1 e gráfico 2).

Gráfico 1. Frequência de profissionais que atenderam a casos suspeitos e/ou confirmados de violência no ano de 2007 a 2008.

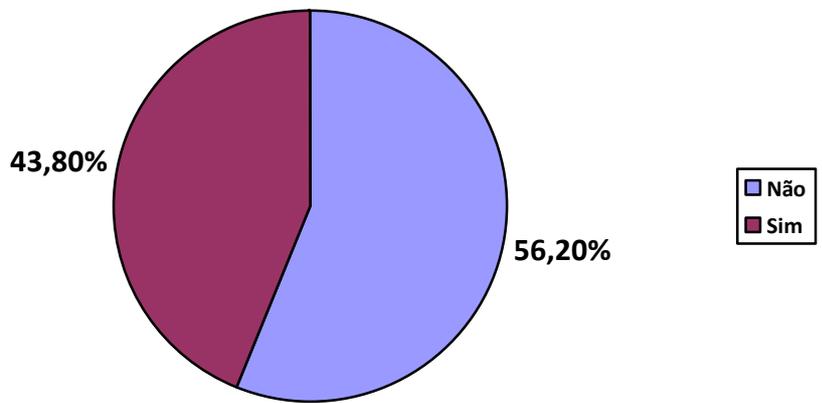
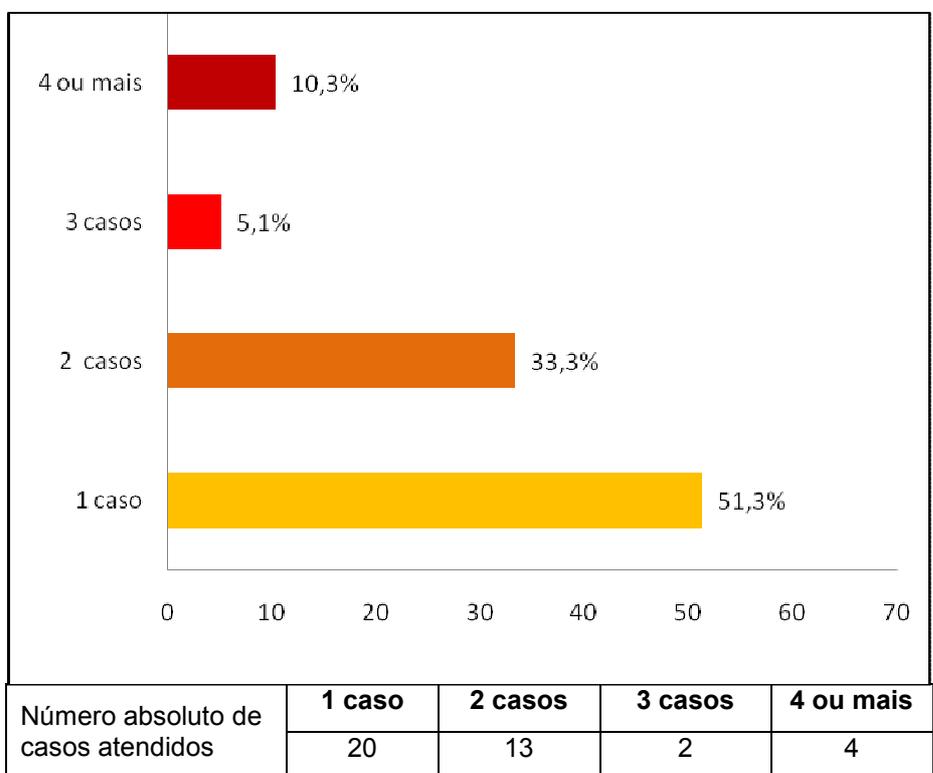


Gráfico 2. Número de casos suspeitos e/ou confirmados de violência intrafamiliar atendidos por profissional



A relação entre perfil do profissional e atendimento de crianças e adolescentes suspeitos e/ou confirmados de violência intrafamiliar, durante o último ano, demonstrou que os profissionais com mais de dez anos de formado foram os que mais relataram ter suspeitado de casos de violência (48,7%), seguido daqueles que tinham de um a cinco anos de formados (30,8%). Com relação à área de atuação, os profissionais que atuavam em mais de uma área no campo da fonoaudiologia foram os que mais suspeitaram de maus-tratos na sua clientela (51,3%), seguido dos generalistas (20,5%) e daqueles que atuavam na área de audiologia (17,9%).

Pôde-se observar também, quanto ao nível acadêmico, que os profissionais com especialização/ residência (74,4%) foram os que mais identificaram os casos de violência, seguido dos profissionais com graduação (15,4%). No item referente ao treinamento em violência, apenas metade dos profissionais que recebeu informações por meio de cursos desde a graduação até o serviço relataram ter identificado algum caso suspeito de violência. Foi observado que todas as categorias referentes ao perfil do profissional e atendimento de pacientes vítimas de violência intrafamiliar não apresentaram relação estatisticamente significativa (Tabela 2).

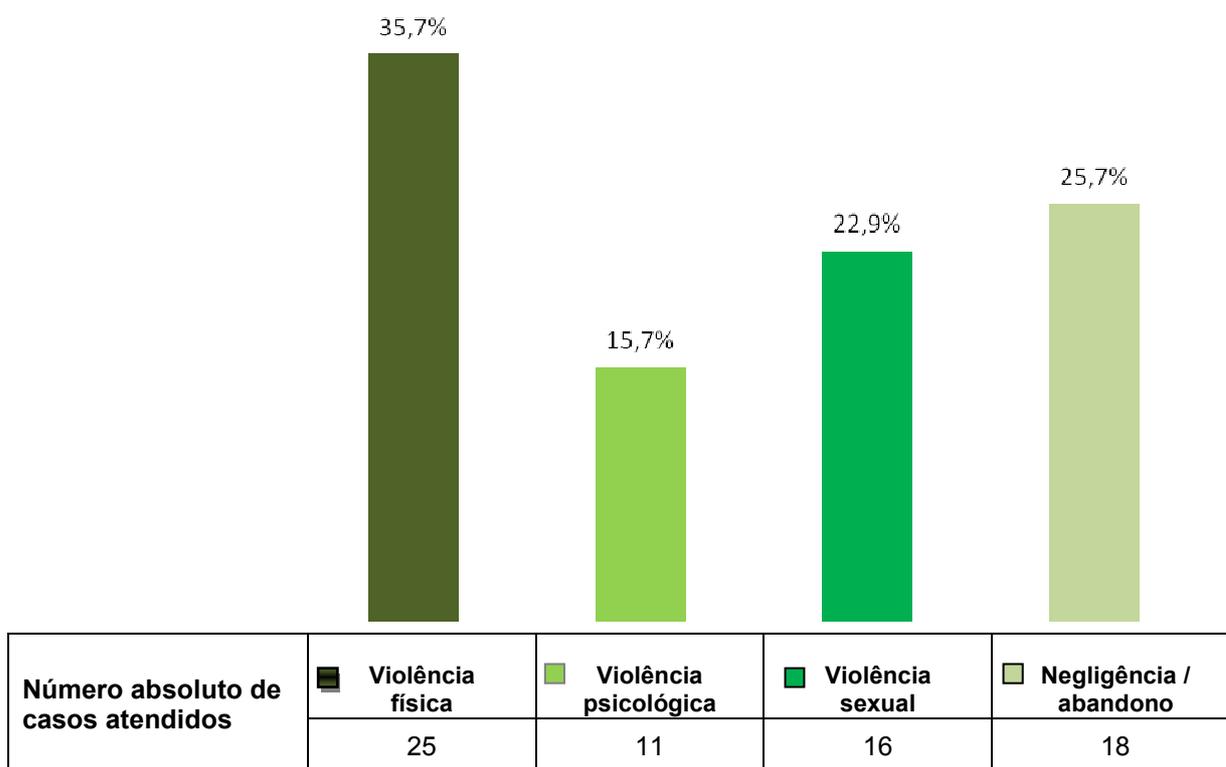
Tabela 2. Relação entre perfil do profissional e atendimento de crianças e adolescentes suspeitos e/ou confirmados de sofrer violência intrafamiliar.

Atendimento de casos suspeitos e/ou confirmados de violência							
	Sim		Não		Total		P *
	N	%	N	%	N	%	
Tempo de formado							
1 a 5 anos	12	30,8	15	30,0	27	30,3	
6 a 10 anos	8	20,5	7	14,0	15	16,9	0,679
Mais de 10 anos	19	48,7	28	56,0	47	52,8	
Total	39	100,0	50	100,0	89	100,0	
Área de atuação							
Audiologia	7	17,9	12	24,0	19	21,3	
Linguagem	1	2,6	6	12,0	7	7,9	
Motricidade Orofacial	2	5,1	3	6,0	5	5,6	
Voz	1	2,6	2	4,0	3	3,4	0,522
Generalista	8	20,5	7	14,0	15	16,9	
Mais de uma área de atuação	20	51,3	20	40,0	40	44,9	
Total	39	100,0	50	100,0	89	100,0	
Nível Acadêmico							
Graduação	6	15,4	7	14,0	13	14,6	
Especialização/ Residência	29	74,4	32	64,0	61	68,5	0,418
Mestrado	4	10,3	9	18,0	13	14,6	
Doutorado	0	0,0	2	4,0	2	2,2	
Total	39	100,0	50	100,0	89	100,0	
Treinamento ou curso que abordasse o tema violência							0,760
Sim	5	12,8	5	10,0	10	11,2	
Não	34	87,2	45	90,0	79	88,8	
Total	39	100,0	50	100,0	89	100,0	

*Qui-quadrado

Entre os casos suspeitos e/ou confirmados de violência intrafamiliar relatados pelos profissionais, constatou-se que os tipos mais frequentes de violência foram a violência física (35%) e negligência/abandono (26%) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Distribuição dos tipos de violência suspeitos e /ou confirmados no atendimento fonoaudiológico.



Dos 70 casos relatados pelos fonoaudiólogos de crianças e adolescentes suspeitos e/ou confirmados de sofrerem violência intrafamiliar, após a descoberta pelo profissional(39), 48,6% (34) dos pacientes abandonaram o tratamento fonoaudiológico.

A respeito da conduta adotada pelos profissionais diante dos casos suspeitos de sofrer violência, 34,3% (24) dos fonoaudiólogos responderam encaminhar os pacientes para o serviço social ou psicológico; 25,7% (18) aconselharam à família como proceder, e 20% (14) referiram não fazer nada diante dos casos. Apenas 2,9% (2) referiram ter denunciado os casos aos órgãos competentes (Tabela 3). Alguns profissionais (14) relataram não ter identificado casos de violência intrafamiliar, mas, no decorrer das sessões, o próprio acompanhante da criança relatou os episódios

de maus-tratos que a criança e/ou o adolescente passava no lar e alguns casos foram encaminhados aos profissionais do conselho tutelar, em que as crianças estavam afastadas da família.

Tabela 3 - Condutas adotadas pelos profissionais frente aos casos de violência

	N	%
Encaminhou ao serviço social/psicologia	24	34,3
Aconselhou a família como proceder	18	25,7
Não fez nada	14	20
Denunciou aos órgãos competentes	2	2,9
Encaminhou ao médico	3	4,3
Abandonou o caso	0	0,0

*Os profissionais nesta questão poderiam responder mais de um item, pois foi observada a sua conduta para cada paciente atendido; alguns profissionais (14) não responderam a essa questão por ter recebido o paciente dos órgãos competentes

Em relação às variáveis referentes às situações identificadoras de violência aplicadas aos profissionais que responderam não ter atendido casos suspeitos e/ou confirmados de violência durante o último ano (56,2%), as respostas tiveram a distribuição observada na tabela 4.

Tabela 4- Frequência de situações consideradas violência pelo fonoaudiólogo

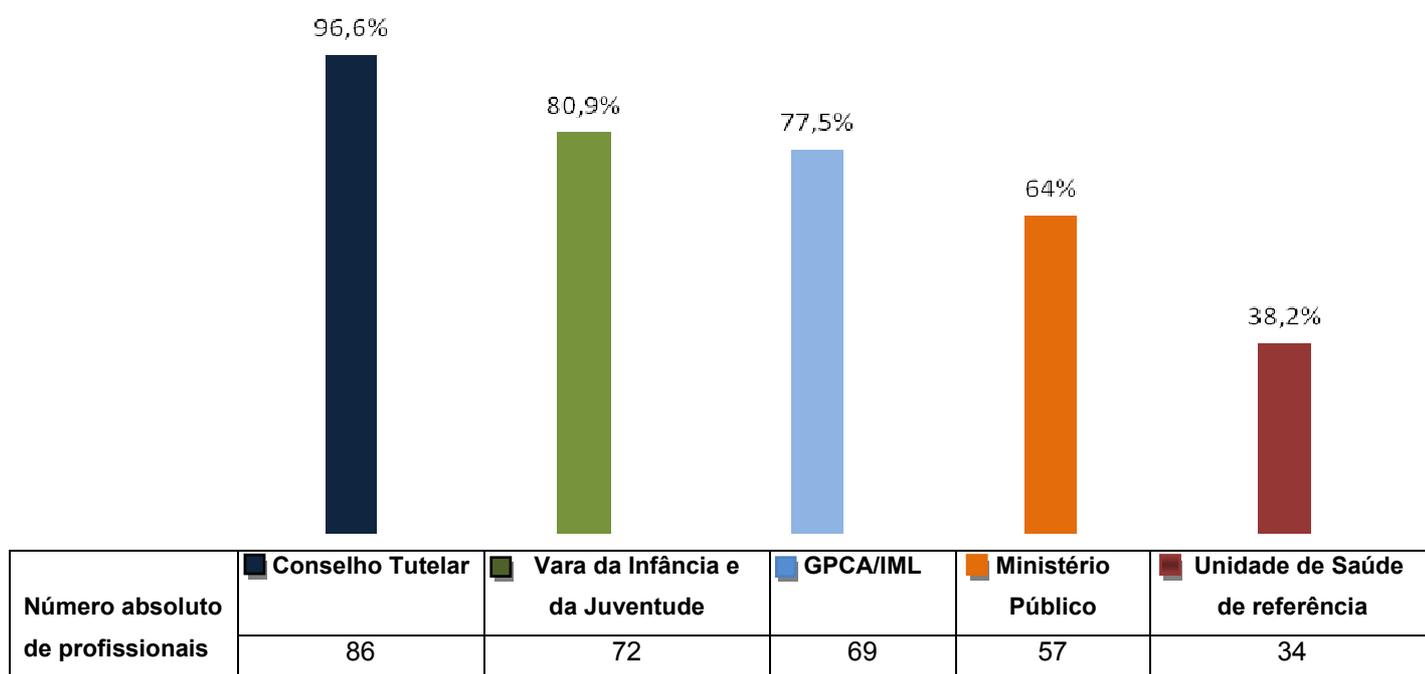
Indicadores violência	%
Mãe/pai/responsável que grita com a criança e/ou adolescente descrevem-na como má ou desobediente e defende a disciplina severa	61,4
Deixar a criança, a maior parte do tempo, isolada	88,6
Criança que apresenta vestimenta inadequada com o clima	65,9
Problemas físicos ou necessidades não atendidas	90,9
Pais que apresentam ter pouca atenção com a criança	65,9
Lesões físicas, como queimaduras, feridas e fraturas que não se adequam à causa referida	100,0
Apresentar severo desleixo com a higiene e aparência da criança/ adolescente	100,0

*Indicadores violência, DESLANDES, 1994.

**Os profissionais poderiam responder mais de um item.

Com relação às instituições envolvidas na assistência à criança e ao adolescente vítima de violência, os fonoaudiólogos demonstraram um maior conhecimento de órgãos como: Conselho Tutelar (96,6%), Vara da Infância e da Juventude (80,9%) e GPCA/IML (77,5%) (Tabela 5).

Gráfico 4. Conhecimento dos fonoaudiólogos sobre as instituições envolvidas na assistência à criança/ adolescente vítima de violência



*Os profissionais poderiam responder mais de um item

A tabela 5 mostra a associação entre tipo de violência e variáveis como tipo de alteração fonoaudiológica, faixa etária e sexo. A relação entre tipo de violência e alteração fonoaudiológica foi estatisticamente significativa (Teste Exato de Fisher, $p=0,014$). Foi observada maior frequência de pacientes suspeitos e/ou confirmados de sofrer violência dentre aqueles com atraso no desenvolvimento da linguagem (54,3%), em relação às demais alterações fonoaudiológicas.

Entre os casos suspeitos /confirmados de violência atendidos pelos fonoaudiólogos, observou-se uma frequência maior de relatos em pacientes do sexo masculino (57,1%) do que no feminino (42,9%), com diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$).

Na relação entre sexo e tipo de violência, constatou-se que o sexo masculino foi o mais atingido por violência física (76,0%) e o feminino, por violência sexual (81,3%). A faixa etária de crianças de até 9 anos concentrou o maior número de casos suspeitos e/ou confirmados de sofrer violência intrafamiliar, sem associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabela 5. Relação entre tipo de violência segundo sexo, grupo etário e tipo de alteração fonoaudiológica

	Violência física		Violência psicológica		Violência Sexual		Negligência/abandono		Total		P *
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Alterações fonoaudiológicas											
Atraso no desenvolvimento da linguagem	14	56,0	6	54,5	9	56,3	9	50,0	38	54,3	
Problema de voz	1	4,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6	2	2,9	
Disfluência	1	4,0	3	27,3	1	6,3	0	0,0	5	7,1	
Alteração do sistema estomatognático	0	0,0	1	9,1	2	12,5	2	11,1	5	7,1	0,014
Deficiência auditiva	6	24,0	1	9,1	4	25,0	0	0,0	11	15,7	
Mais de um problema fonoaudiológico	3	12,0	0	0,0	0	0,0	6	33,3	9	12,9	
Sexo											
Feminino	6	24,0	2	18,2	13	81,3	9	50,0	30	42,9	< 0,001
Masculino	19	76,0	9	81,8	3	18,8	9	50,0	40	57,1	
Faixa etária											
>1 ano a 9 anos	23	40,4	7	12,3	12	21,1	15	26,3	57	81,4	0,176
10 a 19 anos	2	15,4	4	30,8	4	30,8	3	23,1	13	18,6	

* teste de Fisher.

A análise de resíduo aponta o excesso de violência para cada categoria de alteração fonoaudiológica. Observou-se um excesso de violência psicológica estatisticamente significativa, em crianças e adolescentes com disfluência (gagueira); a negligência/abandono esteve relacionada a mais de um problema fonoaudiológico, que foi representado, na sua maioria, por pacientes com alguma deficiência ou com problemas neurológicos. Com relação ao gênero, o sexo masculino observou-se um excesso de violência física e, no feminino, violência sexual.

Tabela 6 - Resíduos padronizados das ocorrências de violência intrafamiliar segundo alterações fonoaudiológicas e sexo na cidade do Recife, de 2007 a 2008.

	Violência física	Violência psicológica	Violência Sexual	Negligência/ abandono
Alterações fonoaudiológicas				
Atraso no desenvolvimento da linguagem	0,2	0,0	0,2	-0,4
Problema de voz	0,4	-0,6	-0,8	0,8
Disfluência	-0,8	2,8	-0,2	-1,4
Alteração do sistema estomatognático	-1,7	0,3	0,9	0,8
Deficiência auditiva	1,4	-0,7	1,2	-2,1
Mais de um problema fonoaudiológico	-0,2	-1,4	-1,7	3,0
Sexo				
Feminino	-2,4	-1,8	3,5	0,7
Masculino	2,4	1,8	-3,5	-0,7

* Os valores em destaque correspondem aos resíduos com valores positivos superiores a 1,96, que se referem ao nível de significância para o excesso de ocorrência.

Quanto ao principal tipo de agressor dos pacientes em atendimento fonoaudiológico (Tabela 7), a mãe (37,1%) apresentou uma maior frequência quando comparada aos demais agressores. Pôde-se observar também que o sexo masculino foi aquele que mais sofreu maus-tratos quando o agressor corresponde aos pais (Mãe, Pai e Mãe e Pai) com uma frequência de 37,1%, 31,4% e 10%, respectivamente. Foi observada relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre tipo de violência e perfil do agressor.

Tabela 7- Perfil do agressor relacionado ao tipo de violência segundo relato dos profissionais.

Agressor	Violência física		Violência psicológica		Violência sexual		Negligência/abandono		Total		P*
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Mãe	10	40	3	27,3	0	0,0	13	72,2	26	37,1	0,001
Pai	9	36,0	4	36,4	8	50,0	1	5,6	22	31,4	
Mãe e pai	0	0	3	27,3	0	0,0	4	22,2	7	10,0	
Padrasto e/ou madrasta	1	4,0	0	0,0	3	18,8	0	0,0	4	5,7	
Outro membro da família	3	12,0	1	9,1	2	12,5	0	0,0	6	8,6	
Vizinho/amigo/pessoa sem relação de parentesco	2	8,0	0	0,0	1	6,3	0	0,0	3	4,3	

* teste de Fisher.

A análise de resíduos revela os padrões característicos do agressor para cada tipo de violência, demonstrando um excesso de violência do tipo negligência/abandono cometido tanto pela mãe quanto pelo pai. Foi observado um excesso de violência sexual cometida por padrasto/madrasta (tabela8).

Tabela 8 - Resíduos padronizados das ocorrências de violência intrafamiliar segundo tipo de agressor na cidade do Recife, de 2007 a 2008.

	Violência física	Violência psicológica	Violência sexual	Negligência/abandono
Agressor				
Mãe	0,4	-0,7	-3,5	<u>3,6</u>
Pai	0,6	0,4	1,8	-2,7
Mãe e pai	-2,1	<u>2,1</u>	-1,5	<u>2,0</u>
Padrasto e/ou madrasta	-0,5	-0,9	<u>2,6</u>	-1,2
Outro membro da família	0,8	0,1	0,6	-1,5
Vizinho/amigo/pessoa sem relação de parentesco	1,1	-0,8	0,4	-1,0

7 DISCUSSÃO

7.1 Considerações

Foi observado, na pesquisa bibliográfica, um crescente número de estudos tanto na literatura internacional quanto nacional que buscam compreender a conduta e responsabilidades dos profissionais diante de casos de violência, porém existe uma escassez de publicações na área da fonoaudiologia. É importante destacar a existência de poucos trabalhos que relacionam alterações fonoaudiológicas e violência intrafamiliar como fator limitante no aprofundamento da discussão.

Apesar de o trabalho ter sido realizado com o universo dos profissionais da rede pública da cidade do Recife, não é possível, por meio dos resultados encontrados, reportá-los a outras populações, pois existem vários fatores que podem gerar confundimento. Os casos relatados de crianças e adolescentes suspeitos e/ou confirmados de serem vítimas de violência intrafamiliar apresentando alterações de linguagem podem também sofrer influência de algumas variáveis, como o nível socioeconômico, baixo nível educacional dos pais, distúrbios psiquiátricos dos genitores, paternidade precoce, famílias incompletas, ambiente, díade pai-filho, traços de personalidade e história pessoal (FOX, 1988; WEINDRICH, 1998; PEREIRA, 2002). Assim, tais aspectos não foram controlados, visto que a unidade de análise baseou-se nos profissionais.

Outra limitação do estudo refere-se ao fato de que as informações dos fonoaudiólogos foram relativas ao último ano de sua prática profissional, não deixando de existir o risco de viés de memória por parte dos entrevistados.

Após a análise da associação entre violência e alterações fonoaudiológicas, surgiu o interesse de observar como estavam distribuídos os casos relatados de violência em relação às alterações, apontando, dessa forma, a localização das associações entre cada categoria, por meio da análise de resíduo. Entretanto, não é possível afirmar a existência de relação causal devido à característica transversal do estudo e também pelo fato de terem sido investigados os casos que chegaram ao serviço não existindo denominadores.

A discussão segue o fluxo do capítulo de resultados, sendo observados os seguintes aspectos: perfil e conduta do fonoaudiólogo; violência velada pelo silêncio, alterações fonoaudiológicas e fatores associados; perfil da vítima e do agressor.

7.2 Perfil do fonoaudiólogo, identificação de casos e conduta diante da violência intrafamiliar.

O fonoaudiólogo, como um dos profissionais responsáveis pela atenção à saúde, deve estar atento para interceptar qualquer suspeita de violência, sob o risco de responder legalmente ao não cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

A análise do perfil dos fonoaudiólogos demonstrou características semelhantes quanto à distribuição por sexo às encontradas em Santa Catarina, constatando a feminilização da profissão e o tempo de experiência do profissional: 61% atuavam, há mais de dez anos, no serviço (ESKELSEN, 2006).

Estudo realizado por Noguchi (2004), ao entrevistar 224 fonoaudiólogos da cidade do Rio de Janeiro, constatou que 71% atuavam em serviços privados e desses, 25% já haviam atendido a crianças e adolescentes vítimas de violência. Na análise dos profissionais da rede pública, quase metade (48,3%) atenderam a crianças e/ou adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, situação essa semelhante ao nosso estudo.

Pires et al. (2005) apontaram que, apesar da alta taxa de desconfiança em relação às instituições de proteção e o medo dos pediatras quanto ao envolvimento em um processo legal, 86,96% informaram ter identificado pelo menos um caso de maus-tratos e 78,75% notificaram aos órgãos de proteção à infância. Tais dados contrastam com a presente pesquisa na qual quase metade dos profissionais suspeitou de, pelo menos, um caso de violência e apenas 2,9% denunciaram aos órgãos competentes. Esses resultados indicam pouca prática dos fonoaudiólogos na notificação de casos suspeitos e/ou confirmados de violência, semelhante à pesquisa feita com fonoaudiólogos na cidade do Rio de Janeiro (NOGUCHI, 2004), em que apenas quatro profissionais fizeram encaminhamento ao Conselho Tutelar, no entanto, relataram experiências negativas com a falta de resolutividade tendo em vista a continuidade da violência nos pacientes e abandono do tratamento.

A constatação do pequeno número de notificações em relação aos casos identificados de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos pelos fonoaudiólogos está de acordo com os achados de outras pesquisas realizadas com profissionais da área de saúde de Nova York (REINIGER; ROBISON; MCHUGH, 1995), Israel (SHOR, 1998), Canadá (VULLIAMY; SULLIVAN, 2000), Kuwait (MOOSA, et al., 2003), Nigéria (BANKOLE; DENLOYE; ADEYEMI, 2008) e Reino Unido (AL-HABSI et al., 2009), o que gera uma grande preocupação das autoridades competentes, pois a ausência de registros de abuso infantil conduz a novos episódios de maus-tratos (LIMA et al., 2005).

A subnotificação dos casos de violência intrafamiliar decorre da incerteza do diagnóstico, medo de litígios, falta de conhecimento sobre os procedimentos de encaminhamento (DESLANDES, 1999; SILVA; LIMA et al., 2005; BEZERRA, 2006; SILVA; FERRIANI, 2007; AL-HABSI et al., 2009), medo das consequências e o envolvimento legal, do baixo grau de confiança nos órgãos e do retorno dos mesmos, domínio insuficiente quanto aos procedimentos de notificação e inabilidade em lidar com os agressores (SHOR, 1998 ; SILVEIRA et al., 2005; PIRES et al., 2005; MARTINS et al., 2007) .

O tempo de formado não se mostrou um fator de determinação para a identificação de casos suspeitos de violência, fato observado também nos resultados de Noguchi (2004) ao entrevistar fonoaudiólogos, assim como no de Pires et al. (2005) com pediatras. Também não foi observada associação estatística entre nível acadêmico e identificação de vítimas de maus-tratos, apesar de que os profissionais com especialização e residência foram os que tiveram o maior número de casos suspeitos e/ou confirmados de violência.

Quanto à área de atuação dos fonoaudiólogos entrevistados, 61,8% dos profissionais eram generalistas ou trabalhavam em mais de uma área no campo da fonoaudiologia. Esse fato, provavelmente, está relacionado a mudanças de atuação do profissional ao longo dos últimos anos, baseado em especialidades. Na saúde pública, o profissional deverá ter um olhar mais ampliado, podendo mais facilmente descobrir não só as alterações fonoaudiológicas e o tratamento adequado, mas os fatores que podem estar associados aos distúrbios, como no caso da violência intrafamiliar.

O fonoaudiólogo apresentou, durante muitos anos, uma atuação isolada, sem nenhum tipo de integração com outros profissionais da saúde, tendo como base o

modelo biomédico, com um olhar direcionado às alterações, com atividade pontual para a solução de determinado problema e a aplicação de técnicas de acordo com sua especialidade. Isso pode ser constatado através da história evolutiva da fonoaudiologia, uma das mais jovens áreas dentre as ciências da saúde, regulamentada em 1981. Até a década de 50, a fonoaudiologia esteve voltada para a área educacional, com caráter reabilitador, que exigiu cada vez mais uma aproximação da área médica entre os anos 70 e 80, quando se iniciaram suas atividades no sistema público de saúde (BACHA; OSÓRIO, 2004; BEFI, 1997).

Segundo Silva (2005), falar sobre Saúde Pública e Fonoaudiologia significa, de fato, construir uma nova práxis profissional. O fonoaudiólogo necessita expandir os conhecimentos rigidamente sedimentados nos aconselhamentos, diagnóstico e tratamentos de patologias, fato que implicará não só o aprofundamento das especialidades, como a valorização do fonoaudiólogo generalista (ANDRADE, 2000). O fonoaudiólogo da rede pública da cidade do Recife já está orientando-se nessa perspectiva, porém, em conformidade com Andrade (2000), percebe-se a existência de problemas na sua formação, pois a maioria não recebeu informações ou treinamentos para realização de trabalhos preventivos, tendo sua base restrita na função reabilitadora e curativa.

As subnotificações dos casos de violência intrafamiliar são explicadas, por alguns autores, pelo despreparo dos profissionais em relação à temática, causando entraves na identificação e notificação dos casos devido à falta de informações básicas que os profissionais dispõem para realizar um diagnóstico diferenciado, uma vez que muitas universidades não contemplam esse assunto em sua grade curricular, gerando dúvidas nos profissionais quanto à conduta a ser tomada (GONÇALVES et al., 2002; MELTON, 2005; SILVA; FERRIANI, 2007; STARLING et al., 2009).

Esse fato pode ter influenciado na conduta dos fonoaudiólogos diante dos casos de violência intrafamiliar, visto que uma pequena parcela havia recebido informações por meio de cursos ou treinamento durante a graduação, pós-graduações e cursos de atualizações promovidos pelas instituições onde trabalhavam, apesar de não ter sido encontrada relação de significância. É importante ressaltar que a maioria dos fonoaudiólogos entrevistados considerou o tema violência intrafamiliar muito importante para a atuação clínica e relatou o

interesse e a necessidade de investimento tanto nas grades curriculares das faculdades quanto nos serviços.

Outro fator que pode ter comprometido a condução dos casos é o desconhecimento do profissional quanto à sua responsabilidade enquanto cuidador, uma vez que o código de ética de fonoaudiologia não deixa clara a responsabilidade e atitude correta a ser tomada sobre o assunto, apresentando apenas dois itens que sugerem o tema: o capítulo V artigo nono, referente ao relacionamento, diz que “o fonoaudiólogo deve respeitar o cliente e não permitir que seja desrespeitado”, e o capítulo VI artigo 13 menciona a quebra do sigilo profissional em “situações em que o seu silêncio ponha em risco a integridade do profissional, do cliente e da comunidade”, porém não apresenta a questão da obrigatoriedade da notificação da violência intrafamiliar (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2004).

Isso também foi observado em pesquisa realizada na legislação brasileira e código de ética nas áreas da medicina, odontologia, enfermagem e psicologia, que também não apresenta, de forma explícita, o termo violência e a responsabilidade de notificação, apesar de deixar claro o dever do profissional de zelar pela saúde e dignidade do bem-estar dos seus pacientes (SALIBA et al., 2007). A falta de informação e a omissão dos profissionais representam um terreno fértil para a conservação dos episódios de maus-tratos, além de expor a criança vitimizada a mais um tipo de violência: a negligência profissional (CARDOSO; SANTANA; FERRIANI, 2006).

Vários estudos apontam a influência positiva do acesso ao treinamento e da qualificação na formação do profissional de saúde para notificar casos de maus-tratos, em que foi constatado o aumento de notificações de maus-tratos nas instituições após curso de capacitação (FLAHERTY; SEGE, 2005; WENDY; HOWARD, 2007; STARLING et al., 2009; AGIRTAN, 2009), apresentando tendência à queda nos meses subsequentes e indicando a necessidade de uma intervenção educacional continuada em maus-tratos infantis (LEITE, et al., 2006).

A descontinuidade no tratamento fonoaudiológico pode ser devido à conduta inadequada de alguns dos profissionais entrevistados diante dos casos, que pode ser compreendida através das anotações de alguns relatos dos fonoaudiólogos que serviram apenas como forma de ilustração das questões categorizadas sobre a conduta dos profissionais diante de casos suspeitos e/ou confirmados de violência intrafamiliar.

Algumas pesquisas têm demonstrado o profissional de serviço social e psicologia como os mais bem preparados para a identificação e condução de casos de violência infanto-juvenil dentre as demais áreas (LIMA; FARIAS, 2008). No presente estudo foi observada como principal conduta dos fonoaudiólogos frente aos casos de violência a realização de encaminhamentos para o serviço social/psicologia (34,3%), pois são considerados profissionais capacitados. A realização de encaminhamento é uma forma mais confortável de resolutividade do problema.

Foi observado que a segunda conduta mais frequente dos fonoaudiólogos foi aconselhar a família a como proceder diante dos casos de violência. Um fonoaudiólogo relatou nunca ter identificado casos de violência, mas disse ter sido surpreendido há alguns meses com o relato de uma mãe após algumas sessões:

“Teve uma mãe que após seis meses de tratamento da filha me procurou para pedir uma ajuda, pois a filha de 5 anos estava sofrendo abuso sexual pelo pai. Aconselhei a mãe a tirar a criança de perto do pai e assim ela fez, porém deu a criança para uma irmã criar e ficou com o marido e já faz alguns meses que a menina não vem para as terapias”.

Nas pesquisas de Santos et al. (2006) e Cavalcanti et al. (2002), observou-se um percentual significativo de odontopediatras que adotaram como atitude, diante da suspeita de abuso, conversar com os pais e responsáveis.

A terceira conduta mais relatada pelos profissionais diante dos casos de violência foi não fazer nada (20%). Tal atitude foi justificada pelo fonoaudiólogo:

“não sei lidar com problemas relacionados à violência, pois, muitas vezes, considero assuntos familiares. A forma que muitos pais tratam os filhos eu acho, muitas vezes, uma violência e fico até indignada com tapa no rosto da criança, puxões de cabelo e orelha, beliscões antes mesmo de a criança entrar na terapia, mas acho também que seja uma forma dos pais educarem seus filhos, assim não faço nada, algumas vezes cheguei a aconselhar a mãe a ser mais carinhosa com o filho”.

Um fonoaudiólogo, que relatou ter como conduta não fazer nada diante do caso, descreveu que “todas as vezes que atendia à criança, sentia uma angústia e rezava para a família abandonar o tratamento, pois não aguentava ver tal situação”.

Outro profissional relatou não ter feito nada diante do caso, pois achava não adiantar, uma vez que a criança já havia sido lesada.

“Este ano apareceu uma mãe para fazer um exame audiométrico no filho, mas a criança não tinha nada, o que gerou uma visível revolta na mãe, pois queria receber benefícios, então começou a dar ao filho remédios para provocar surdez. Atualmente a criança, além de apresentar um déficit auditivo, tem problema na fala e de aprendizagem”.

Esses relatos categorizados na tabela 3 evidenciam o despreparo do profissional em lidar com situações de maus-tratos contra criança e adolescente. Apesar da dificuldade em conduzir os casos suspeitos e/ou confirmados de violência infanto-juvenil, nenhum fonoaudiólogo relatou ter abandonado o caso.

Os tipos de violência mais identificados pelos fonoaudiólogos foram a física e a negligência/abandono, também observado nas áreas de enfermagem, medicina e odontologia (LIMA; FARIAS, 2008; BANKOLE; DENLOYE; ADEYEMI, 2008).

A maioria dos fonoaudiólogos demonstrou um bom conhecimento sobre os órgãos a serem acionados em caso de violência contra crianças e adolescentes, sendo o Conselho Tutelar a instituição mais citada para encaminhamento dos casos, corroborando os resultados de Noguchi (2004), Garcia (2008) e Silveira et al. (2005). Entretanto, muitos dos entrevistados relataram ter obtido informações sobre a temática pelos meios de comunicação, como: televisão, jornais, internet e outras fontes de informação, e relataram não saber o caminho a ser percorrido para notificar casos de suspeita de maus-tratos. Tal situação não ocorre de forma singular, segundo estudo realizado com pediatras no Kuwait (MOOSA et al., 2003), que permitiu concluir que mais de 80% dos pediatras pesquisados não sabiam quais procedimentos deveriam ser feitos para a notificação e da sua obrigatoriedade profissional de comunicar os casos às autoridades.

7.3 A violência velada pelo silêncio, alterações fonoaudiológicas e características dos casos identificados

A dificuldade em perceber sinais de violência nas alterações fonoaudiológicas torna o problema mais complexo. Contudo, tem sido observada associação entre alterações fonoaudiológicas e violência, sendo o atraso no desenvolvimento da linguagem a alteração que apresentou uma maior frequência para todos os tipos de violência. Noguchi (2004) encontrou resultados semelhantes quanto à frequência da

alteração de linguagem como principal queixa fonoaudiológica encontrada em crianças e adolescentes vítimas de violência. Estudos baseados na avaliação da linguagem com a aplicação de testes em crianças com e sem presença de história de violência demonstraram relação entre atraso no desenvolvimento da linguagem e maus-tratos (ALLEN; OLIVIERI, 1982; FOX et al, 1988). Entretanto, McFadyen e Kitson (1996) não observaram associação, o que sugere, de acordo com o autor, a existência de diferenças individuais no tipo de experiência de abuso no grupo.

Apesar de ter sido observado um maior número de casos de violência sexual em pacientes com deficiência auditiva, no presente estudo, não foi possível constatar uma associação significativa na análise de resíduo, no entanto, Kvam (2004) evidenciou essa associação.

O resultado encontrado de maior número de violência física para todos os casos com alterações fonoaudiológicas é atribuído à sua fácil detecção, uma vez que esse tipo de violência deixa marcas visíveis, o que não ocorre nos outros tipos de violência.

A violência desestrutura o padrão de relacionamento da família e constitui uma agressão de grande intensidade para sujeitos em desenvolvimento. Tal fato pode estar relacionado aos resultados encontrados no nosso estudo sugerido pela análise de resíduo, que evidenciou um excesso de violência psicológica em pacientes disfluêntes. Outra explicação para a disfluência (gagueira) tem sido relacionada a fatores causais, tais como experiência traumática e o grau de transtorno psicológico, variando com a duração e intensidade (MARZOUKA, 2004). A relação familiar também é um fator fundamental para a instalação da gagueira (ANDRADE, 1997).

Os pacientes com mais de uma alteração fonoaudiológica, geralmente deficientes, são mais acometidos por violência do tipo negligência e abandono. No Brasil, são poucos os trabalhos que relacionam deficiência e violência infanto-juvenil (CAVALCANTE et al, 2009), porém estudos internacionais já têm essa preocupação há algumas décadas, sendo observado que esse grupo de crianças apresenta um maior risco de sofrer violência, sendo a negligência/ abandono a forma de mau-trato mais frequente (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1998; SULLIVAN; KNUTSON, 1998; SULLIVAN; KNUTSON, 2000; HIBBARD; DESCH, 2007).

Para os profissionais que disseram nunca ter atendido a crianças e adolescentes suspeitos de sofrer maus-tratos, foram introduzidas perguntas

identificadoras (tabela 4), contendo exemplos de violência física, psicológica e negligência/abandono. Muitas das pistas sugeridas como sinais de violência foram consideradas como questões subjetivas pelo fato de deixarem margem para equívoco com métodos disciplinares, não sendo considerado motivo de intervenção, pois é tido como formas diferentes de a família educar seus filhos e que os castigos, para serem considerados violência, dependem de sua intensidade.

Essas observações feitas pelos fonoaudiólogos corroboram a pesquisa de Danoso e Ricas (2009), que estudaram a perspectiva dos pais sobre a educação e o castigo, observando que muitos apresentaram o uso de punição física como um recurso para a educação dos filhos, sendo culturalmente aceitável. Assim, apesar de os profissionais considerarem violência, os responsáveis não veem dessa forma.

Ferreira e Scharamm (2000) salientam que, muitas vezes, o profissional aponta a violência, que não é reconhecida como tal nem pela família nem pela criança, que a aceita passivamente. Os fonoaudiólogos da rede pública do Recife adotam os mesmo preceitos, considerando, assim, normal a correção educativa diante da realidade onde trabalham.

Alguns estudos mostram uma gama de variáveis que podem estar associadas à violência contra a criança e deixar os profissionais confusos na hora do diagnóstico e temerosos de estar se “intrometendo” em assuntos familiares como: 1) questões culturais das famílias (WESTBY, 2007); 2) fatores sociais e econômicos, juntamente com o analfabetismo, marginalidade e desemprego (WEBER et al., 2004; ZOLOTO; RUNYAN, 2006); 3) ambientes conturbados por problemas psíquicos, tais como depressão, álcool e outras drogas (AVANCINI et al., 2009); conflito entre casal (BRITO et al., 2005).

O julgamento nessas questões necessita de muita atenção, uma vez que é muito difícil a distinção entre ausência de cuidado, falta de condições socioeconômicas e o abuso propriamente dito, sendo observada, em alguns estudos, associação estatisticamente significativa entre classes socioeconômicas e tipo de maus-tratos (DESLANDES, 1994; WEBER et al., 2002). As instituições que trabalham com deficiência, de acordo com Cavalcante et al. (2009), deparam-se com um grande desafio: as diferentes formas de violência e violação de direitos, quando associadas à pobreza, às desigualdades de renda e de escolaridade dos pais, à falta de infra-estrutura e as condições precárias ou inexistentes de moradia dificultam a formulação de estratégias. Assim, o maior desafio do profissional é não

esperar pelo apelo de pessoa com deficiência, devendo estar capacitado para detectar situações de maus-tratos.

7.4 Perfil da vítima e do agressor

O grupo mais atingido por violência intrafamiliar no atendimento fonoaudiológico representou criança até 9 anos de idade, faixa etária também mais exposta quando se analisam os casos notificados nos serviços de saúde da secretaria municipal de saúde do Recife, no período de agosto de 2006 a março de 2008 (BOLETIM INFORMATIVO DVS/ COPAV, 2008), sugerindo ser essa faixa etária a mais susceptível a sofrer maus-tratos, fase em que o indivíduo é mais indefeso.

A associação do tipo de violência e sexo no atendimento à criança e ao adolescente em tratamento fonoaudiológico reflete, assim como em outros estudos, uma relação de gênero, em que as meninas sofrem mais violência sexual e meninos violência física (WEBER et al., 2002; TERRA, SANTOS, 2006; CARVALHO et al., 2009).

A identificação da mãe como principal agressor não diferem dos dados encontrados na literatura nacional e internacional. (DESLANDES, 1994; NOGUCHI, ASSIS, 2003; PASCOLAT et al., 2001; BRITO et al., 2005; FERREIRA et al., 2007; SELDES et al., 2008). O maior tempo da permanência materna no lar e o fato de esta ser, em geral, a principal responsável pela educação de seus filhos são fatores explicativos para essa associação.

Para a violência sexual, o padrasto e/ou madrasta foram os perpetradores que apresentaram associação estatística, nas crianças e adolescentes atendidos pelos fonoaudiológicos. Esse fato tem sido explicado na literatura por esses terem um menor vínculo afetivo com os filhos do (a) esposo (a), aumentando assim a probabilidade de ser abusadores, como constatado em diversas pesquisas (WEBER, 2002; RIBEIRO et al., 2004; COSTA et al., 2007; SELDES et al., 2008; BAPTISTA et al., 2008).

Por sua vez, nos casos de violência por negligência/ abandono, os principais agressores foram a mãe e pai/mãe, sendo esses resultados semelhantes às

investigações feitas nos Conselhos Tutelares de Feira de Santana (COSTA et al., 2007), assim como o estudo de Moura, Moraes e Reicheim (2008).

O ambiente doméstico apresenta limites impostos pela privacidade, o que traça uma barreira para ações precoces de proteção à criança e ao adolescente, o que propicia um local perfeito, uma vez que a prática é acobertada pela falta de testemunha e pelo silêncio (RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004).

8 CONCLUSÃO

Conclui-se que os fonoaudiólogos da rede pública da cidade do Recife apresentam dificuldades em lidar com situações de violência intrafamiliar, uma vez que quase metade dos profissionais identificou algum caso de maus-tratos contra criança e adolescentes, porém apenas 2,9% denunciaram aos órgãos competentes.

No perfil dos profissionais, houve o predomínio do sexo feminino com mais de dez anos de formados. A maioria dos profissionais entrevistados atuantes nos serviços de fonoaudiologia relatou trabalhar em mais de uma área no campo da fonoaudiologia e como generalista pela exigência do serviço público, apesar de existir a valorização e a preferência da atuação em especialidades e a prática de encaminhamentos, o que faz com que o profissional apresente uma visão segmentada. O serviço público exige cada vez mais uma mudança na práxis destes profissionais o que irá refletir uma ampliação do seu olhar sobre o paciente. Os fonoaudiólogos apresentam problemas na sua formação, que ainda é baseada em ações reabilitadoras e curativas, representando um obstáculo para ações de maior complexidade como nos casos de violência.

Apenas 11,2% dos profissionais tiveram acesso a treinamentos ou cursos que abordassem o tema violência, desde a universidade. Apesar de os fonoaudiólogos conhecerem as instituições responsáveis pela proteção da criança e do adolescente, não sabem como realizar a notificação dos casos e não têm o conhecimento de sua responsabilidade e obrigação.

A violência física foi a mais identificada, fato justificado pelas marcas facilmente detectáveis nas vítimas. As alterações fonoaudiológicas estiveram associadas significativamente à violência, apresentando uma maior frequência do atraso no desenvolvimento da linguagem para todos os tipos de violência. Esses resultados necessitam de maior investigação, uma vez que a unidade de análise, neste estudo, foram os relatos dos fonoaudiólogos.

Uma possível relação entre gênero e violência pôde ser constatada, sendo o sexo masculino o mais exposto à violência física e o sexo feminino à sexual. A faixa etária mais atingida pela violência intrafamiliar foi de zero a nove anos. A mãe foi o principal agressor na violência física e negligência/abandono. Com relação à

violência sexual, foi observada uma associação estatística com padrasto e/ou madrasta em crianças e adolescentes em atendimento fonoaudiológico.

É necessário envolver os fonoaudiólogos sobre a importância do tema e estimular mudanças no modo de olhar os pacientes, que não devem estar limitados às doenças e técnicas, pois o visível, muitas vezes, representa respostas ocultas.

Nesse contexto, urge um maior investimento, tanto em pesquisas que retratem o problema da violência como o incentivo ao preparo dos profissionais para que haja uma maior visibilidade e agilidade em implementar ações que minimizem os danos de um problema tão complexo como a violência; descobrir o que está por trás do silêncio e distúrbios de crianças e adolescentes em atendimento fonoaudiológico.

9 RECOMENDAÇÕES

* Trabalhos que investiguem a influência do treinamento a respeito da violência em relação à identificação dos casos e à prática da notificação;

*É necessário investimento em treinamentos e capacitações dos fonoaudiólogos, desde as Universidades aos serviços de saúde e escolas, com a finalidade de se ter profissionais preparados na condução dos casos suspeitos e confirmados de violência à criança e ao adolescente.

* Apesar de ser observada a influência da violência e atraso no desenvolvimento da linguagem, nem todas as crianças que vivem em ambientes violentos desenvolvem problemas de fala e linguagem. Pouco é conhecido sobre a natureza da vida das crianças que sofrem vitimização, dos fatores sociodemográficos. Para melhor investigar esses aspectos, existe a necessidade de estudos analíticos com instrumentos adequados.

REFERÊNCIAS

AGIRTAN, C.A. et al. Establishment of interdisciplinary child protection teams in Turkey 2002–2006: Identifying the strongest link can make a difference! **Child Abuse & Neglect**, v.33, p. 247–255, 2009. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V7N-4VXT0X3-1&_user=686475&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000037678&_version=1&_urlVersion=0&_userid=686475&md5=9ddd0489a73b2e6de7678f892c886ad5>. Acesso em: 05 mar. 2009.

ALLEN, R.E.; OLIVER, J.M. The effects of maltreatment on language development. **Child Abuse and Neglect**, v.6, p. 299-305, 1982.

ALLEN, R.; WASSERMAN, G.A. Origins of language delay in abused infants. **Child Abuse and Neglect**, v.9, p.335-340, 1985.

ALVES, P.M.; CAVALCANTI, A.L. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico. Uma revisão de literatura. **Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v.9, n.3/4, p.29-35, set/dez, 2003. Disponível em: <http://www.uepg.br/Propesp/publicatio/bio/2003_3/04.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2008.

AL-HABSI, S.A. et al A survey of attitudes, knowledge and practice of dentists in London towards child protection. Are children receiving dental treatment at the Eastman Dental Hospital likely to be on the child protection register? **British Dental Journal**, v.206, p. 212 – 213, 2009.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Assessment of Maltreatment of Children with Disabilities. **Pediatrics**, v. 108, n.2, p.508-552, 2001. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/108/2/508>>. Acesso em: 05 dez. 2008.

ANDRADE, C.R.F. Gagueiras infantis: atualização sobre a determinação de fatores de risco e condutas. **Rev.Pediatrics**, v.19, n.2, p.150-8, jul.-set. São Paulo, 1997. Disponível em: <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/269.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2008.

ANDRADE, C.R.F.A. Fases e níveis de prevenção em fonoaudiologia – ações coletivas e individuais. In: Vieira, R.M.; Vieira, M.M.; Avila, C.R.B.; Pereira, L.D. **Fonoaudiologia e Saúde Pública**, 2 .ed., São Paulo, Pró-Fono Departamento Editorial, 2000, p. 81-103.

ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. p.163-198. In: MINAYO, M.C.S. ; Souza, E.R. **Violência sob o olhar da saúde. A infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2003.

ATCHISON, B.J. Sensory modulation disorders among children with a history of trauma: a frame of reference for speech-language pathologists. **Language, Speech in schools**, v.38, p.109-116, 2007.

AVANCI, J.; ASSIS, S.; OLIVEIRA, R.; PIRES, T. Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 383-394, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n2/a08v14n2.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

BACHA, S.M.C; OSÓRIO, A.M.N. Fonoaudiologia & Educação: uma revisão da prática histórica. **Rev CEFAC**, São Paulo, v.6, n.2, 215-21, abr-jun, 2004. Disponível em: <<http://www.cefac.br/revista/revista62/Artigo%2015.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2008.

BANKOLE, O.O.; DENLOYE, O.O.; ADEYEMI, A.T. Child abuse and dentistry: a study of knowledge and attitudes among Nigerian dentists. **Afr J Med Sci**, Jun, v.37, n.2, p.125-34, 2008.

BAPTISTA, R.S. *et al.* Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.21, n.4, p.602-8, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a11v21n4.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2008.

BARROS, M.D.; XIMENES, R.; LIMA, M.L.C. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. **Rev Saúde Pública**, v.35. p.142-9, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000200007>. Acesso em: 10 jun. 2007.

BEFI, D. A inserção da fonoaudiologia na atenção primária à saúde. In: ____ (org.). **Fonoaudiologia na atenção primária à saúde**. São Paulo: Lovise, p.25-33, 1997.

BEZERRA, S.D. Estatuto da criança e do adolescente: marco da proteção integral. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006, p.17-22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. **Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço/ Secretaria de Políticas de Saúde**. Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientação para prática em serviços**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. **Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. (2. ed. Atualizada) Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Resolução CFFa nº320, de 17 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, e da outra providência. **Diário oficial [da] República do Brasil**. Brasília, DF, 17 mar.2006. Seção 1, p. 126.

Brasília. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA - 25 anos de conquistas científicas, políticas e sociais. **Jornal do CFFa**, Out/Nov/Dez, 2006. Disponível em: < <http://www.fonoaudiologia.org.br/discovirtual/pubdownload/jornal31.pdf>>. Acesso em: 03/01/2009.

Brasília. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Código de Ética Profissional, mar.2004. Disponível em:< <http://www.fonoaudiologia.com/informa/etica/>> Acesso em: 03/01/2009.

BRAZ, M.; CARDOSO, M.H.C.A. Em contato com a violência - os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. **Rev. Latino-am**, Ribeirão Preto, v.8, n.1, p.91-97, 2000. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000100013&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 15 abr., 2008.

BRITO, A.M.M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.143-149, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000100021&script=sci_abstract&lng=pt >. Acesso em: 15 abr. 2008.

CAVALCANTI, A. L.; FARIAS, C. M. M.; BARBOSA, J. C.; MOUDEN, L. D. Conhecimentos e atitudes dos cirurgiões dentistas da cidade de João Pessoa frente ao abuso infantil. **J.Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 5, n. 28, p.470-474, nov./dez. 2002.

CAVALCANTE, F.G. et al. Diagnóstico situacional da violência contra crianças e adolescentes com deficiência em três instituições do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, Rio de Janeiro, Jan./Feb. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100010&lng=pt >. Acesso em: 15 fev. 2009.

CARDOSO, E.S.; SANTANA, J.S.S.; FERRIANI, M.G.C. Crianças e adolescente vítima de maus-tratos: informações dos enfermeiros de um hospital público. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 524-30, out/dez. 2006. Disponível em: < http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-35522006000400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 27 jun. 2008.

CARVALHO, A.C.R. et al. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p.539-546, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a22v14n2.pdf> >. Acesso em: 15 fev. 2009.

COSTA, M.C.O. et al. O perfil da violência contra criança e adolescentes segundo registro de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações e violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p.1129-1141, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v12n5/04.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2008.

COSTER,W.; CICCETTI,D. Research on the communicative development of maltreated children: Clinical implications. **Top. Lang. Disord**, v.13,n.4,p.25-38,1993.

CRANDALL, M.; CHUI, B.; SHEEHAN, K. Injury in the first year of life: risk factors and solutions for high-risk families. **Jornal of Surgical Reseach**, v.133, n.1, p.7-10, 2006.

DAVOLI, A.; OGIDO, R. A negligência como forma de violência contra a criança e a importância da atuação médica. **Jornal de Pediatria** v.68, n.11/12, p.405-408, 1992.

DESLANDES, S.F. Atenção a criança e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Caderno de Saúde Pública**, 10 (supl. 1), p.177-187, 1994. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500013>. Acesso em: 13 nov. 2007.

DESLANDES, S.F. O Atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.1, p.81-94, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81231999000100007&script=sci_arttext&tling=>>. Acesso em: 13 nov. 2007.

DESLANDES, S.F, Prevenir a violência: um desafio para os profissionais da saúde. apud RIBEIRO, M.M.; Martins, R. B. **Violência Doméstica contra a criança e o adolescente**, 1.ed.(ano 2004),3. tir. Curitiba.editora Juruá,2006, p.81-84.

DESLANDES,S.F; ASSIS,S.G. Abuso Físico em Diferentes Contextos de Socialização Infanto-Juvenil. In: **Violência faz mal à saúde**, p.47-5, 2006.

DONOSO, M.T.V.; RICAS,J. Perspectiva dos pais sobre educação e castigo físico. **Rev. Saúde Pública**, v.43,n.1,p.78-84,2009. Disponível em:< http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100010>. Acesso em:15 mar.2009.

EIGSTI, I.M.; CICCETTI, D. The impact of child maltreat on expressive syntax at 60 months. **Developmental Science**, v7, n.1, p.88-102, 2004.

ERICKSON MJ, HILL TD, SIEGEL RM. Barriers to domestic violence screening in the pediatric setting. **Pediatrics**, v. 108, p.98-102, 2001 . Disponível em:<
<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/108/1/98?maxtoshow=&HITS=50&hits=50&RESULTFORMAT=&titleabstract=child+and+abuse&searchid=1&FIRSTINDEX=100&fdate=//&tdate=//&resourcetype=HWCIT>>. Acesso em:12 out.2008.

ESKELSEN,M.W. **Fonoaudiologia no serviço público de saúde: um estudo sobre perfil, conceitos e atuação na 18ª Secretaria de Desenvolvimento Regional de Santa Catarina**. Dissertação de mestrado pelo Centro de Ciências da Saúde Programa e Pós-graduação em Saúde Pública Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

ÉTHIER, L.S.; LEMELIN, J.P.; LACHARITÉ, C. A longitudinal study of effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. **Child Abuse & Neglect**, v.28, p.1265-1278, 2004. Disponível em: <
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V7N-4F1RYY9-5&_user=686475&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000037678&_version=1&_urlVersion=0&_userid=686475&md5=708bbea6c6ab4f1cdaf0fc4c5e9482b0>. Acesso em: 13 mar. 2008.

FERGUSON, D. M .; BODEN, J. M.; HORWOOD, L. J. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. **Child Abuse & Neglect**, v.32, 607–619,2008. Disponível em:
<http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V7N-4SSP75V-1&_user=686475&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000037678&_version=1&_urlVersion=0&_userid=686475&md5=4d461f847a1b39c475eb9a393bf72c4b>. Acesso em: 13 mar. 2008.

FERNANDES, B.C. Desenvolvimento emocional da criança. In: Lima, M.; Motta, G. (Org.). **Saúde da criança**: para entender o normal. 1 ed. Recife: Editora Universitária UFPE, 2007, v. 1, p. 80-92.

FERREIRA, A.L.; GONÇALVES, H.S.; MARQUES, M.J. V.; MORAES, S.R.S. A. Prevenção da violência contra a criança na experiência do ambulatório de atendimento à família: entraves e possibilidades de atuação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.1, p.123-129, 1999. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n1/7135.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2008.

FERREIRA,A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n.6,p.659-665,dez.2000.Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00348910200000600016>. Acesso em: 13 mar. 2008.

FERREIRA, J.M.S. et al. Maus-tratos infantis: estudo nos conselhos tutelares do município de João Pessoa no período de 2004 a 2005. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.36, n.3, p. 237-241, 2007. Disponível em: <http://www.de.ufpb.br/~mds/Artigos_Web/RO_07.pdf>. Acesso em: 12 out. 2008.

FLAHERTY, E.G.; SEGE, R. Barriers to physician identification and reporting of abuse. **Pediatr Ann**, v.34, n.5, p.349-56, 2005.

FOX, F.; LONG, S.H.; LANGLOIS, A. Patterns of language comprehension deficit in abused and neglected children. **Journal of Speech disorders**, v.53, p. 239-244, aug, 1988.

GARCIA, A.F.G.; MENEZES, V.A.; SILVA, P.F.R.M. Maus-tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. **Rev. odonto ciênc**, v.23, n.1, p.35-39, 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fo/article/viewFile/11112/2869>>. Acesso em: 12 out. 2008.

GILBER, R.; KEMP, A.; THOBURN, J.; SIDEBOTHAM, P.; RADFORD, L.; GLASER, D.; MACMILLAN, H.L. Recognising and responding to child maltreatment. **Lancet**, v.373, p. 167-80, January 10, 2009. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T1B-4V2PJNY-2-2&_cdi=4886&_user=686475&_orig=browse&_coverDate=01%2F16%2F2009&_sk=996260341&view=c&wchp=dGLbVzzzSkzV&md5=ebd019d78ded5d03327650a6dae01392&ie=/sdarticle.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2009.

GOMES, R. et al. A saúde e o direito da criança ameaçada pela violência. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v.7, n.3, p.05-08, 1999. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2007.

GOMES, R.; JUNQUEIRA, M.F.P.S.; SILVA, C.O.; JUNGER, W.L. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.275-283, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10247.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2007.

GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pro profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.18, jan/feb, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n1/8168.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2007.

HAMMOND, J.; NEBEL-GOULD, A.; BROOKS, J. The value of speech-language assessment in the diagnosis of child abuse. **J trauma**, v.29, n.9, p.1258-60,1989.

HIBBARD, R. A. ; LARRY W, D.. Maltreatment of children with disabilities. **Pediatrics**, v.119, n. 5, May, 2007. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/119/5/1018>>. Acesso em: 12 out. 2008.

JARAMILLO, D.E.; URIBE, T.M. Rol del personal de salud em la atención a las mujeres maltratadas. **Invest Educ Enferm**, v.19, n. 1, p.38-45, 2001. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0216.pdf>. >. Acesso em: 12 out. 2008.

KLEIN, CH, BLOCH, K in: MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2003.

KRUG, E.G. et al. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.

KVAM, M.H. Sexual abuse of deaf children. A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway. **Child Abuse & Neglect**, v.28, p.242-251, 2004 . Disponível em: < [1&_user=686475&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000037678&_version=1&_urlVersion=0&_userid=686475&md5=80d1d02fc5a34b2abc8b22f476dbc8ed](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145287504000376) > Acesso em: 12 out. 2008.

LANE, W.G.; Dubowitz, H. What Factors Affect the Identification and Reporting of Child Abuse-related Fractures? **Clinical Orthopaedics and Related Research**, v. 461, p. 219-225, Aug, 2007.

LANE,W. G .; DUBOWITZ, H.What factors affect the identification and reporting of child abuse- related factures? **Clinical Orthopaedics**, v.461, p. 219-225, aug, 2007.

LIMA, C.A.L.; CABRAL, V.; COLARES, K.; MOREIRA, H. Avaliação da conduta dos odontopediatras de Recife com relação ao abuso infantil. **Revista Odonto Ciência**,v.20,n.49,jul./set,2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fo/article/viewFile/1130/890>>.Acesso em:12 out. 2008.

LIMA, P.D.; FARIAS, G.M. Condutas adotadas pelos profissionais de saúde com crianças hospitalizadas vítimas de violência. **Rev. Eletr. Enf**,v.10,n.3,p.643-53, 2008.

Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a10.pdf> >. Acesso em: 12 out.2008.

LEITE, C.N. et al. Notificação de maus-tratos infantis: necessidade de educação médica continuada. **Arq. Ciência Saúde**, v.13,n.1,p.22-6,jan/mar, 2006. Disponível em:< http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-13-1/ID%20149.pdf>. Acesso em: 12 out.2008.

MANEA, S.; FAVERO, G.A.; STELLINI, E.; ROMOLI, L.; MAZZUCATO, M.; FACCHIN, P. Dentists' Perceptions, Attitudes, Knowledge, and Experience about Child Abuse and Neglect in Northeast Italy. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 32, n. 1, 2007.

MCCAULEY, R.J.; SWISHER, L. Are maltreated children at risk for speech or language impairment? An unanswered question. **Journal of Speech and Hearing Disorders**, v.52, aug., p.299-303, 1987.

MCFADYEN, R.G.; KITSON, J.H. Language comprehension and expression among adolescents who have experienced childhood physical abuse. **J. Child Psychiat**, v.37,n.5,p.551-562, 1996 .

FERNANDES, B.C. Desenvolvimento emocional da criança. In: Lima, M.; Motta, G. (Org.). **Saúde da criança**: para entender o normal. 1 ed. Recife: Editora Universitária UFPE, 2007, v. 1, p. 80-92.

MARCHESAN, I.Q. **Fundamentos da fonoaudiologia**: aspectos clínicos de motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p.70-75.

MARTINS, C.S. et al. A dinâmica familiar na visão de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra criança. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.15,n.5,set/out,2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000500002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 8 abr.2008.

MARZOUKA, N. Niños expuestos a la violencia em Palestina: programa de salud mental de la comunidad de Gaza. Gaza y ribera occidental del Jordán. Palestina, **Psicol. Am. Lat**, n.2, México, ago., 2004. Disponível em:< scielo.bvs-psi.org.br>. Acesso em: 24 fev.2009.

MELTON, G.B. Mandated reporting : a policy without reason. **Child Abuse & Neglect**, v.29,p.9-18, 2005. Disponível em: < http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1870-350X2004000200005&script=sci_abstract&tlng=en>. Acesso em: 13 mar. 2008.

MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n.1, p.7-18, 1994. Disponível em:< http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002>. Acesso em: 10 jun.2007.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.1, p.7-23, 1999. Disponível em:< http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81231999000100002&script=sci_arttext> Acesso em: 10 jun.2007.

MINAYO, M.C.S. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, M.C. S, Souza E.R. organizadores. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. 20 ed. Rio de Janeiro :. Fiocruz, 2006 , p. 23- 47.

MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R. ; FIQUEIRA, A. C.M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **J. Pediatr**, Porto Alegre , v.79 supl.1 maio/jun. 2003. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1/v79s1a05.pdf>>. Acesso em 10 jun.2007.

MOURA, A.T.M.S.; REICHENHEIM, M.E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.4, p.1124-1133, julho, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/14.pdf>>. Acesso em 13 nov.2007.

MOURA, A.T.M.S.; MORAES, C.L.M.; REICHENHEIN, M.E. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.24,n12,p2926-2936,dez,2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/22.pdf>>. Acesso em: 05 jan.2009.

MOOSA,A.A. et al. Pediatricians' knowledge, attitudes and experience regarding child maltreatment in Kuwait. **Child Abuse & Neglect**, v. 27,p.1161–1178, 2003. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V7N-49WMF55-7&_user=686475&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000037678&_version=1&_urlVersion=0&_userid=686475&md5=82e9301a1c4626874da12ab9afe4fefa>. Acesso em: 05 jan.2009.

NARAYAN, A.P.; SOCOLAR,R.R.S.; CLAIRE,K.S. Pediatric Residency Training in Child Abuse and Neglect in the United States. **Pediatrics**, v.17, p.2215-2221, 2006. Disponível em:< <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/117/6/2215>>. Acesso em: 12 out.2008.

NOGUCHI, M.S.; ASSIS, S.G. Fonoaudiologia e violência intrafamiliar contra criança: identificação de casos e prevenção. **Pró-fono: revista de atualização científica**, v.15, n.2, p.199-206, 2003. Disponível em:< www.revistaprofono.com.br >. Acesso em: 06 abr.2007.

NOGUCHI, M. S.; ASSIS, S.G.; SANTOS, N.C. Entre quatro paredes: Atendimento fonoaudiológico à criança e adolescente vítima de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.963-973, out/dez, 2004. Disponível em:< http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232004000400017&script=sci_arttext&tlng=pt >. Acesso em: 06 abr.2007.

NOGUCHI, M. S.; ASSIS, S. G.; MALAQUIAS, J. V. Ocorrência de maus-tratos em crianças: formação e possibilidade de ação dos fonoaudiólogos. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 18, n. 1, p. 41-48, jan.-abr. 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pfono/v18n1/29162.pdf>>. Acesso em: 06 abr.2007.

NOGUCHI, M.S.; ASSIS, S.G. **O Dito, o não dito e o mal-dito. O fonoaudiólogo diante da violência familiar contra crianças e adolescentes**. Dissertação de Doutorado pelo IFF- FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Normas sobre Equiparação de oportunidades para Pessoas com Deficiência**. Resolução nº48/96, de dezembro de 1993. Assembléia Geral das Nações Unidas.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002.

PASCOLAT, G. et al. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, p. 35-40, 2001. Disponível em:< <http://www.jped.com.br/conteudo/01-77-01-35/port.pdf> >. Acesso em: 12 out.2008.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1995.

PEREIRA, F.W. ; HOME, F.C.B. Violência Doméstica x Atraso de Fala e Linguagem. **J.Bras. Fonoaudiol**, Curitiba, v.3, n.10, p.29-35, jan/mar, 2002.

PIRES, J.M.I.; GOLDANI, M.Z.; VIEIRA, E.M.; NAVA, T.R.; FELDENS, L.; CASTILHOS, K. et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. **Rev.Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n.1, p.103-108, jan./mar.2005. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000100013 >. Acesso em: 10 jun.2008.

RAMOS,D. et al. A violência contra a criança e o adolescente: Uma abordagem histórica e clínica. **Gaz. méd. Bahia**, v.76, Sup. 3,p.98-102, 2007. Disponível em:< <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/295/285>>. Acesso em: 13 abr.2008.

Recife. Secretaria de Saúde. Notificação da violência interpessoal nos serviços de saúde do Recife – agosto 2006/ março 2008. **Boletim Informativo DVS/COPAV 2008**,p. 9-11.

REINIGER,A.; ROBISON,E.; MCHUGH,M. Mandated training of professionals: a means for improving reporting of suspected child abuse. **Child Abuse & Neglect**, v. 19, n. 1, pp. 63-69,1995. Disponível em:< http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V7N-3YB56JD-49&_user=686475&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000037678&_version=1&_urlVersion=0&_userid=686475&md5=2a6a1a019959f1bcc53f7ddb143eea6c >. Acesso em: 14 ago.2008.

REICHENHEIM, M.E.; HASSELMANN, M.H.; MORAES, C.L. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4 n.1, 1999. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 nov.2007.

RIBEIRO, M.A. *et al.* Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cadernos de Saúde Pública**,Rio de Janeiro, v.20, n.2, Rio de Janeiro, mar./Abr, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/13.pdf>>. Acesso em: 02 dez .2008.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo,v.41, n.3, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf> >. Acesso em: 10 jan.2008.

SANTOS, J.F. et al. Maus-Tratos Infantis: Conhecimento e Atitudes de Odontopediatras em Uberlândia e Araguari, Minas gerais. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 6, n. 3, p. 273-279, set./dez, 2006. Disponível em:< <http://eduep.uepb.edu.br/pboci/pdf/Artigo9v63.pdf> >. Acesso em: 8 ago.2008.

SANGER, D.D.; HUX,K.; RITZMAN ,M. Female juvenile pragmatic awareness of conversational interactions. **Journal of Communication Disorders**, v. 32, p. 281–295, 1999.

SANGER,D.D.;CRESWELL,J.W.;DWORAK,J.; SCHULTZ. Cultural analysis of communication behaviors among juveniles in a correctional facility. **J. Commun.Disord**,v.33,p.31-57, 2000.

SANCHEZ, R.N.; MINAYO, M.C.S. Violência contra crianças e adolescentes 2004. In: Lima CA et al. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 29-39, 2006.

SELDES, J.J.; ZIPEROVICH, V.; VIOTA, A.; LEIVA,F. Maltrato infantil. Experiência de um abordagem interdisciplinario. **Arch Argent Pediatr** , v.106, n.6,p.499-504,2008. Disponível em:< http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752008000600005&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 dez.2008.

SHOR,R. Pediatrician in Israel : factors which affect the diagnosis and reporting of maltreated children. **Child abuse negle**,v.22,p.143-53, 1998. Disponível em:< http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V7N-3SX6YKK-6&_user=686475&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000037678&_version=1&_urlVersion=0&_userid=686475&md5=1b660d75840135d7a97b5d8c2c60535b>. Acesso em: 8 ago.2008.

SIBILA, P.L. Visión histórica del maltrato infantil. 2001. Disponível em: <<http://silaq.prw.net/abusos/vision.htm>>. Acesso: 25 jun. de 2007.

SILVA, L.M.P, NASCIMENTO, C.A.D.; SILVA, I.R.; GUIMARÃES, K.N et al. **A violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SILVA, N. **Saúde Pública e coletiva em pauta**. Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFA). Ano VIII, n.24,p.05-06, Jan/Fev/Mar,2005.

SILVA, M.A.I.; FERRIANI,M.G.C. Violência domestica : do visível ao invisível. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo,v.15,n.2, mar/abr, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a13.pdf>. Acesso: 25 out. 2007

SILVEIRA,J.L.G.C.; MAYRINK,S.; NETO,O.B.S. Maus-tratos na infância e adolescência: Casuística, conhecimento e prática dos cirurgiões dentistas. **Pesq. Bras. Odontoped Clin**. Integr,v.5,n.2,p.119-126, 2005. Disponível em: <<http://eduep.uepb.edu.br/pboci/pdf/Artigo3v52.pdf>>. Acesso: 8 ago. 2008.

SNOW, P.; Powell, M. Interviewing Juvenile Offenders: The Importance of Oral Language Competence. **Current Issues in Criminal Justice**, v.16, n.2,p. 220-225,nov, 2004.

SPENCER et al. Disabling Conditions and Registration for Child and Neglect: A Population-Based Study. **Pediatrics**, v116, n.3, September, 2005. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/116/3/609>>. Acesso: 8 ago. 2008.

STARLING,S.P. et al. Child Abuse Training and Knowledge: A National Survey of Emergency Medicine, Family Medicine, and Pediatric Residents and Program Directors. **Pediatrics** ,v.123,p.595-602, Mar, 2009. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/123/4/e595>>. Acesso: 20 mar. 2009.

SULLIVAN, P.M.; BROOKHOUSER, P.; SCANLAN, L.; KNUTSON, J.F.; SCHULTE, L.M. Patterns of physical and sexual abuse of communicatively handicapped children. **Ann Otol Rhinol Laryngol**, v.100, n.3, p.188-1994, 1991.

SULLIVAN,P.M.; KNUTSON,J.F. The association between child maltreatment and disabilities in a hospital-based epidemiological study. **Child Abuse & Neglect**, v. 22, n. 4, p. 271–288, 1998. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V7N-3T51PMC-3&_user=686475&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000037678&_version=1&_urlVersion=0&_userid=686475&md5=3a4dc5eeffc0537366dfdb57a2862f9b>. Acesso: 8 ago. 2008.

SULLIVAN,P.M.; KNUTSON,J.F. Maltreatment and disabilities: a population based epidemiological study. **Child Abuse & Neglect**, v. 24,n. 10, p. 1257–1273, 2000. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V7N-415RGB2-3&_user=686475&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000037678&_version=1&_urlVersion=0&_userid=686475&md5=e565022fa08100ac0e33d66b9e97a3b7>. Acesso: 8 ago. 2008.

TERRA,F.S. ; SANTOS,L.E.S. A violência doméstica e a criança, **Rev. Min. Enferm**, v.10, n.3, Belo Horizonte, jul., 2006.Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622006000300011&lng=pt&nrm=is>. Acesso em: 12 out.2008.

THEODORE, A. D.; RUNYAN, D. K. A survey of pediatricians' attitudes and experiences with court in cases of child maltreatment, **Child Abuse & Neglect**, v.30, p. 1353–1363, 2006. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V7N-4MBCBJ8-1&_user=686475&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000037678&_version=1&_urlVersion=0&_userid=686475&md5=07752e9332d60f7ff3b4ca82a04acc58>. Acesso: 8 ago. 2008.

UNICEF. **Situação da infância Brasileira 2001**: desenvolvimento infantil os primeiros anos de vida. Brasília; 2001.

VITOLLO et al. Crença e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.5, out, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-89102005000500004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 out. 2008.

VULLIAMY, A.V.; SULLIVAN, R. Reporting child abuse: pediatricians' experiences with the child protection system. **Child Abuse & Neglect**, v. 24, n.11, p. 1461-1470, nov, 2000. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V7N-41G1TPX-7&_user=686475&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000037678&_version=1&_urlVersion=0&_userid=686475&md5=bedf3208f8a8ce8e82aac72e17f98e7e>. Acesso: 8 ago. 2008.

WEBER, L.N.D; VIEZZER, A.P; BRANDENBURG, O.J; ZOCHE, C.R.E. Famílias que Maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. **PsicoUSF**, Itatiba, v.7, n.2 dez, 2002. Disponível em: <<http://www.naobataeduque.org.br/site/documentos/a576927df97129941d0086b9ff6d8bfa.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2007.

WEBER, L.N.D.; VIEZZER, A.P.; BRANDENBURG, O.J. O uso de palmadas e surras como prática educativa. **Estudos de Psicologia**, São Paulo, v.9, n.2, p. 227-237, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n2/a04v9n2.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2007.

WEINDRICH, D., JENNEN-STEINMETZ, C.; LAUCHT, M.; ESSER, G.; SCHMIDT, M.H. At risk for language disorders? Correlates and course of language disorders in preschool children born at risk. **Acta Paediatr**; v.87, p.1288-94, 1998

WESTBY, C.E. Child maltreatment: A Global Issue. **Language, Speech & Hearing Services in School**, v.38, n.2, p.140-148, April, 2007.

WILLIAMS, L.C.A. Sobre deficiência e violência: Reflexões para uma análise de revisão da área. **Rev.Bras. Esp.**, Marília, v.9, n.2, p.141-154, 2003.

ZOLOTOR, A.J.; DESMOND K. RUNYAN, D.K. Social Capital, Family Violence, and Neglect. **Pediatrcs**, v.117, n.6, p.1124-31, 2006. Disponível em:

<<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/117/6/e1124>>. Acesso em: 12 nov. 2007.

APÊNDICE A – 1º ARTIGO

Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: conduta dos fonoaudiólogos em serviços públicos de saúde

AUTORES

Raquel Moura Lins Acioli¹; Maria Luiza Carvalho de Lima^{2, 3}; Maria Cynthia Braga³; Fernando Castim Pimentel⁴ Adriana Guerra de Castro⁵

1. Mestranda do Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PIPASC) / UFPE.
2. Pesquisadora do Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PIPASC) / UFPE.
3. Pesquisadora do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz.
4. Mestrando em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz.
5. Doutoranda do Programa de Pós-graduação Saúde da Criança e do Adolescente / UFPE

PIPASC - Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da UFPE, Av. Prof Moraes Rego, s/n Hospital das Clínicas, bloco "E" – 4º andar
Cidade Universitária CEP: 50.670-901 - Recife - PE Fone/Fax: (81) 2126.3766 – Fone: 2126-8552, raquelmlacioli@hotmail.com

Abstract

Background: family violence against children and adolescents in the practice of the speech therapists in public health net in the city of Recife. Aim: the study describes the profile and the behavior of the speech therapists from the public, private and philanthropic health services attached to SUS in the city of Recife before the suspected and/or confirmed cases of violence against children and adolescents. Method: we conducted a quantitative, descriptive study of the cross-section type. It was used a structured questionnaire with objective questions to collect data. Results: of 89 speech therapists interviewed, 43.8% reported having attended both suspected and/or confirmed cases of violence against children and adolescents in the last year and only 11.2% participated in a course or training concerned with violence. It was also observed that the most frequent type of violence was physical (35%). The conduct mostly adopted by the professionals before those cases were to refer the patients to either the psychological or social service (34.3%). Conclusion: there is the need for greater investment in training and continuing education on violence in order to have professional prepared to prevent, identify and conduct the cases.

Key Words: children and adolescents; speech therapists, violence within the family.

Resumo

Tema: violência familiar contra a criança e o adolescente na prática dos fonoaudiólogos da rede pública da cidade do Recife.

Objetivo: descrever o perfil e a conduta dos fonoaudiólogos das redes pública, filantrópica e privada conveniada com o SUS da cidade do Recife diante dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes. Método: realizou-se um estudo descritivo do tipo corte transversal e utilizou-se um questionário estruturado com questões objetivas para a coleta de dados. Resultados: dos 89 fonoaudiólogos entrevistados, 43,8% referiram ter atendido casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes no último ano e apenas 11,2% participaram de algum curso ou treinamento que abordasse o tema violência. Observou-se também que o tipo de violência mais frequente foi a física (35%). A conduta mais adotada pelos profissionais diante dos casos foi encaminhar os pacientes ao serviço social ou psicológico (34,3%). Conclusão: existe a necessidade de um maior investimento em capacitações e educação continuada sobre o tema violência, a fim de formar profissionais preparados para prevenir, identificar e conduzir os casos.

Palavras-chave: crianças e adolescentes; fonoaudiólogo, violência intrafamiliar.

Introdução

Apesar do crescente conhecimento da violência no âmbito familiar e da obrigatoriedade da notificação estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os dados são subestimados. A atuação do profissional de saúde é de fundamental importância na identificação e prevenção de ocorrência da violência contra criança e adolescente, para que exista o rompimento e impeça a (re) produção do ciclo da violência intrafamiliar¹.

Atualmente, estão sendo realizadas pesquisas com o objetivo de diagnosticar a conduta, o preparo e a responsabilidade dos profissionais diante dos casos de violência intrafamiliar no sistema de saúde. Tais pesquisas revelam um despreparo do profissional, ocasionado pela falta de informação e de apoio no enfrentamento do problema, desde as universidades até os serviços^{2,3,4}.

Observa-se uma escassez de trabalhos que retratem o perfil do fonoaudiólogo na rede de saúde e sua conduta diante dos casos de violência intrafamiliar. Tal fato é de fundamental importância, uma vez que esse profissional trabalha com crianças de risco, em sua maioria, por apresentar distúrbios da comunicação humana, deficiências e problemas neurológicos^{3,5}.

Considerando o fonoaudiólogo um profissional da área de saúde responsável pela promoção, proteção e recuperação de pessoas com distúrbios de comunicação e a alta prevalência da violência infanto-juvenil na cidade do Recife, constata-se a necessidade desse profissional no enfrentamento das situações de violência familiar contra criança e adolescente. É oportuna a abordagem do tema, uma vez que os dados não estão disponíveis na região. Assim, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil dos fonoaudiólogos da cidade do Recife e sua conduta diante dos casos suspeitos e/ ou confirmados de violência contra criança e adolescentes.

Métodos

A população de estudo foi composta pelo universo de fonoaudiólogos lotados no sistema público de saúde e instituições conveniadas com o SUS, da cidade do Recife, cujos dados foram disponibilizados pelas secretarias Municipal e Estadual de Saúde. No caso das instituições privado-filantrópicas conveniadas com SUS, as solicitações foram feitas pessoalmente, com a apresentação de uma carta elaborada pela pesquisadora, esclarecendo o propósito da pesquisa a ser realizada.

A coleta de dados baseou-se em um questionário estruturado, aplicado pela própria pesquisadora, após leitura e assinatura do termo de consentimento pelo profissional. Tal questionário foi construído a partir da pesquisa de Nouguchi⁶.

As variáveis estudadas referentes ao perfil dos fonoaudiólogos foram: tempo de formado, área de atuação, nível acadêmico, participação em treinamento ou curso que abordasse o tema violência, faixa etária da clientela atendida, atendimento ou não a crianças vítimas de violência familiar, conduta diante dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência, continuidade do atendimento e conhecimento das instituições envolvidas na assistência à criança vitimizada.

Aos profissionais que relataram nunca ter atendido um caso suspeito de violência durante o último ano foram aplicadas algumas perguntas (pistas) identificadoras de violência baseadas no trabalho de Deslandes⁷, para que os fonoaudiólogos classificassem como caso suspeito de violência ou não. Nos dois grupos, foi analisado o conhecimento dos profissionais a respeito das instituições responsáveis na assistência de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar.

Foram realizadas análises de frequência, quanto à formação e conduta dos fonoaudiólogos diante dos casos de violência. Algumas observações dos relatos dos

fonoaudiólogos foram anotadas e categorizadas, como uma forma de melhor entender a conduta e as dificuldades dos profissionais diante dos possíveis casos de violência.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Instituto Materno Infantil de Pernambuco Fernando Figueira - PE (IMIP), sob protocolo de nº1161, conforme resolução 196/6.

Resultados

Sobre o perfil dos profissionais estudados (Tabela 1), foi observado que 98,8% (88) eram do sexo feminino e desses, grande parte (52,8%) apresentava mais de 10 anos de formada. Com relação à área de atuação, observou-se que 44,9% (40) dos fonoaudiólogos atuavam em mais de uma área no campo da fonoaudiologia e 21,3% (19) na área de audiologia. Apenas 11,2% dos entrevistados participaram de algum curso ou treinamento que abordasse o tema violência. Quanto ao nível acadêmico dos profissionais, 68,5% (61) apresentaram especialização e/ou residência e 14,6% (13) apenas graduação. Dentre os profissionais que atenderam a crianças e adolescentes vítimas de violência, 74,4% possuíam especialização/ residência.

A faixa etária dos pacientes atendidos de zero a 9 anos foi a mais frequente (97,8%) durante o atendimento e, dentre as alterações fonoaudiológicas, o atraso no desenvolvimento da linguagem foi a alteração mais observada.

Dos 89 fonoaudiólogos entrevistados, 43,8% referiram ter atendido casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes no último ano e desses 51,3% atenderam a, pelo menos, um caso; 33,3 % atenderam a dois casos.

Dos tipos de violência mais frequentes entre os casos suspeitos e/ou confirmados no atendimento fonoaudiológico observou-se a violência física (35%) e negligência/ abandono (26%) (figura 1).

Foi observado que os profissionais que atuavam em mais de uma área no campo da fonoaudiologia foram os que mais suspeitaram ou atenderam a casos de violência na prática profissional (44,9%), seguido das áreas: audiologia (21,3%), generalistas (16,9%), linguagem (7,9%), motricidade orofacial (5,6%) e voz (3,4%).

Dos 70 casos suspeitos ou confirmados de violência intrafamiliar relatados pelos fonoaudiólogos, 48,6% dos pacientes abandonaram o tratamento. As principais condutas adotadas pelos profissionais diante dos casos suspeitos de sofrer violência foram: encaminhar os pacientes para o serviço social ou psicológico (34,3%), aconselhar a família a como proceder (25,7%), não fazer nada diante dos casos (20%), encaminhar para o médico (4,3%). Apenas 2,9% das respostas referiram ter denunciado os casos aos órgãos competentes.

Com relação às instituições envolvidas na assistência à criança e ao adolescente vítima de violência (figura 2), os fonoaudiólogos demonstraram um maior conhecimento do Conselho Tutelar (96,6%).

As perguntas indiretas referentes às situações identificadoras de violência aplicadas aos profissionais que responderam não ter atendido a casos suspeitos e/ou confirmados de violência durante o último ano (56,8%), tiveram a seguinte distribuição de suas respostas: pai/ mãe/ responsável que grita com a criança ou adolescente, descrevendo-a como má ou desobediente (61,4%); deixar a criança a maior parte do tempo isolada (88,6%); desleixo com a higiene e aparência pessoal da criança (93,2%); crianças com vestimenta inadequada ao clima (65,9%); problemas físicos ou necessidades não atendidas (90,9%); pais que apresentam ter pouca atenção com a criança/ adolescente (65,9%); presença de lesões físicas, tais como queimaduras, feridas e fratura discordantes das causas referidas (100%).

Discussão

O fonoaudiólogo, como um dos profissionais responsáveis pela atenção à saúde, deve estar atento para interceptar qualquer suspeita de violência, sob o risco de responder legalmente ao não cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente ⁸.

Estudo realizado por Noguchi³, ao entrevistar 224 fonoaudiólogos da cidade do Rio de Janeiro, constatou que 71% atuavam em serviços privados e desses, 25% já haviam atendido a crianças e adolescentes vítimas de violência. Na análise dos profissionais da rede pública, quase metade (48,3%) atendem a crianças e/ou adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, situação essa semelhante ao nosso estudo.

Pires *et al.*⁹ apontaram que, apesar da alta taxa de desconfiança em relação às instituições de proteção e o medo dos pediatras quanto ao envolvimento em um processo legal, 86,96% informaram ter identificado pelo menos um caso de maus-tratos e 78,75% notificaram aos órgãos de proteção à infância. Tais dados contrastam com a presente pesquisa em que quase metade dos profissionais suspeitou de pelo menos um caso de violência e apenas 2,9% denunciaram aos órgãos competentes. Esses resultados indicam pouca prática dos fonoaudiólogos na notificação de casos suspeitos e/ou confirmados de violência, semelhante à pesquisa feita com fonoaudiólogos na cidade do Rio de Janeiro ³, em que apenas quatro profissionais fizeram encaminhamento ao Conselho Tutelar, no entanto, relataram experiências negativas com a falta de resolutividade, tendo em vista a continuidade da violência nos pacientes e abandono do tratamento.

A subnotificação dos casos de violência intrafamiliar decorre da incerteza do diagnóstico, medo de litígios, falta de conhecimento sobre os procedimentos de encaminhamento ^{4,10}, medo das consequências e do envolvimento legal, baixo grau de confiança nos órgãos, domínio insuficiente quanto aos procedimentos de notificação e inabilidade em lidar com os agressores ^{9,11,12}.

O tempo de formado não se mostrou um fator de determinação para a identificação de casos suspeitos de violência, fato observado também nos resultados de Noguchi *et al.*³ ao entrevistarem fonoaudiólogos, assim como Pires *et al.*⁹ com pediatras. Também não foi observada associação estatística entre nível acadêmico e identificação de vítimas de maus-tratos, apesar de que os profissionais com especialização e residência foram os que tiveram o maior número de casos suspeitos e/ou confirmados de violência.

Quanto à área de atuação dos fonoaudiólogos entrevistados, 61,8% dos profissionais eram generalistas ou trabalhavam em mais de uma área no campo da fonoaudiologia. Esse fato, provavelmente, está relacionado à exigência de mudanças da atuação do profissional nos serviços públicos, apesar de ainda existir a valorização das especialidades. Na saúde pública, o profissional deverá ter um olhar mais amplo, podendo mais facilmente descobrir não só as alterações fonoaudiológicas e o tratamento adequado, mas os fatores que podem estar associados aos distúrbios, como no caso da violência intrafamiliar.

O fonoaudiólogo apresentou, durante muitos anos, uma atuação isolada, sem nenhum tipo de integração com outros profissionais da saúde, tendo como base o modelo biomédico, com um olhar direcionado às alterações, com atividade pontual para a solução de determinado problema e a aplicação de técnicas de acordo com sua especialidade. Isso pode ser constatado através da história da fonoaudiologia, uma das mais jovens áreas dentre as ciências da saúde, regulamentada em 1981.

Segundo Silva¹³, falar sobre Saúde Pública e Fonoaudiologia significa, de fato, construir uma nova práxis profissional. O fonoaudiólogo necessita expandir os conhecimentos rigidamente sedimentados nos aconselhamentos, diagnóstico e tratamentos de patologias, que implicará não só o aprofundamento das especialidades, como a valorização do fonoaudiólogo generalista¹⁴. O fonoaudiólogo da rede pública da cidade do Recife sinaliza tendência nessa perspectiva; porém, em conformidade com Andrade¹⁴, percebe-se a existência de problemas na sua formação, pois a

maioria não recebeu informações ou treinamentos para realização de trabalhos preventivos, tendo sua base restrita à função reabilitadora e curativa.

As subnotificações dos casos de violência intrafamiliar são explicadas, por alguns autores, pelo despreparo dos profissionais em relação à temática, causando entraves na identificação e notificação dos casos, devido à falta de informações básicas que os profissionais dispõem para realizar um diagnóstico diferencial, uma vez que muitas universidades não contemplam esse assunto em sua grade curricular, gerando dúvidas nos profissionais quanto à conduta a ser tomada^{4,15,16,17}.

Esse fato pode ter influenciado na conduta dos fonoaudiólogos diante dos casos de violência intrafamiliar, visto que uma pequena parcela havia recebido treinamento durante a graduação, pós-graduações e cursos de atualizações promovidos pelas instituições onde trabalhavam, apesar de não ter sido encontrada relação de significância. É importante ressaltar que a maioria dos fonoaudiólogos considerou o tema violência intrafamiliar muito importante para a atuação clínica e relatou o interesse e a necessidade de investimento tanto nas grades curriculares das faculdades quanto nos serviços.

Outro fator que pode ter comprometido a condução dos casos é o desconhecimento do profissional quanto à sua responsabilidade enquanto cuidador, uma vez que o código de ética de fonoaudiologia não deixa claras a responsabilidade e a atitude correta a ser tomada sobre o assunto, apresentando apenas dois itens que sugerem o tema: o capítulo V artigo nono, referente ao relacionamento, diz que “o fonoaudiólogo deve respeitar o cliente e não permitir que ele seja desrespeitado”, e o capítulo VI artigo 13 menciona a quebra do sigilo profissional em “situações em que o seu silêncio ponha em risco a integridade do profissional, do cliente e da comunidade”, porém não apresenta a questão da obrigatoriedade da notificação da violência intrafamiliar¹⁸. Essas observações foram semelhantes à pesquisa de Saliba et al.¹⁹ feita na legislação brasileira e em comitês da ética de outras áreas de saúde.

Vários estudos apontam a influência positiva do acesso ao treinamento e da qualificação na formação do profissional de saúde para notificar casos de maus-tratos. Neles, foi constatado o aumento de notificações de maus-tratos nas instituições após curso de capacitação^{17,20, 21}, apresentando tendência à queda nos meses subsequentes e indicando a necessidade de uma intervenção educacional continuada em maus-tratos infantis²².

A descontinuidade no tratamento fonoaudiológico, pode ser devido à conduta inadequada dos profissionais diante dos casos. Algumas pesquisas têm demonstrado que os profissionais do serviço social e psicologia são os mais bem preparados para a identificação e condução de casos de violência infanto-juvenil dentre as demais áreas²³. No presente estudo, foi observado como principal conduta dos fonoaudiólogos frente aos casos de violência a realização de encaminhamentos para o serviço social/psicologia, pois são considerados profissionais capacitados. A realização de encaminhamento é uma forma mais confortável para o profissional de resolutividade do problema. Apesar da dificuldade em conduzir os casos suspeitos e/ou confirmados de violência infanto-juvenil, nenhum fonoaudiólogo relatou ter abandonado o caso.

Os tipos de violência mais identificados pelos fonoaudiólogos foram a física e a negligência/abandono, também observados nas áreas de enfermagem, medicina e odontologia^{23,24}.

A maioria dos fonoaudiólogos demonstrou um bom conhecimento sobre os órgãos a serem acionados em caso de violência contra crianças e adolescentes, sendo o Conselho Tutelar a instituição mais citada para encaminhamento dos casos, corroborando os resultados de Noguchi³. Entretanto, muitos dos entrevistados relataram ter obtido informações sobre a temática pelos meios de comunicação como televisão, jornais, internet e outras fontes de informação, e relataram não saber o caminho a ser percorrido para notificar casos de suspeita de maus-tratos. Tal situação não ocorre de forma singular, sendo observado, em estudo realizado no Kuwait²⁵, que mais de 80% dos pediatras pesquisados não sabiam quais procedimentos deveriam ser feitos para a notificação e da sua obrigatoriedade profissional de comunicar os casos às autoridades.

Conclusão

Com base nos resultados do estudo, pode-se perceber a dificuldade dos fonoaudiólogos da rede pública da cidade do Recife em lidar com situações de violência intrafamiliar, sendo observado que quase a metade dos profissionais identificou algum caso de maus-tratos, porém apenas 2,9% denunciaram aos órgãos competentes.

Apenas 11,2% dos profissionais foram treinados ou fizeram cursos que abordassem o tema violência, desde a universidade. Apesar dos fonoaudiólogos conhecerem as instituições responsáveis pela proteção da criança e do adolescente, não sabem como notificar os casos e não têm o conhecimento de sua responsabilidade e obrigação. A violência física foi a mais identificada (35,7%), justifica-se pelas marcas facilmente detectáveis nas vítimas.

A formação inadequada do fonoaudiólogo dificulta o reconhecimento de casos e condutas adequadas diante da violência intrafamiliar, denota uma postura insegura diante da violência ao menor. Nota-se a necessidade de investimentos em discussões sobre o tema nos cursos de fonoaudiologia, e fora das universidades, nas instituições de classe, promovendo atualizações constantes e padronização de condutas, incluindo as de natureza ético-legal, que viabilizem uma atitude coerente e segura dos profissionais, frente aos possíveis casos.

Referências

1. Gomes, R. et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7 (2): 275-283.
2. Lima, PD, Farias, M.G.M. Condutas adotadas pelos profissionais de saúde com crianças hospitalizadas vítimas de violência. *Rev. Eletr.Enfer*. 2008; 10 (3): 643-53.
3. Noguchi, MS, Assis, SG, Santos, NC. Entre quatro paredes: Atendimento fonoaudiológico à criança e adolescente vítima de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9 (4):963-973.
4. Silva, MAI.; Ferriani, MGC. Violência doméstica: do visível ao invisível. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2007; março-abril; 15(2).
5. Noguchi, MS.; Assis, SG. Fonoaudiologia e violência intrafamiliar contra criança: identificação de casos e prevenção. *Pró-fono*. 2003; 15(2): 199-206.
6. Noguchi, MS, Assis, SG. O Dito, o não dito e o mal-dito. O fonoaudiólogo diante da violência familiar contra crianças e adolescentes [dissertação]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
7. Deslandes, SF, Prevenir a violência: um desafio para os profissionais da saúde. In: Ribeiro, M.M.; Martins, R. B. *Violência Doméstica contra a criança e o adolescente*, p.81-84, 2006.
8. .BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, 1990.
9. Pires, JMI et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil*. 2005; jan.-mar; 5 (1):103-108.
10. Al-Habsi, SA. et al. A survey of attitudes, knowledge and practice of dentists in London towards child protection. Are children receiving dental treatment at the Eastman Dental Hospital likely to be on the child protection register? *British Dental Journal*. 2009; 206:212 – 213.
11. Martins, CS. et al. A dinâmica familiar na visão de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra criança. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2007; set - out; 15(5).

12. Silveira, JLGC.; Mayrink, S.; Neto, OBS. Maus-tratos na infância e adolescência: Casuística, conhecimento e prática dos cirurgiões dentistas. *Pesq. Bras. Odontoped Clin. Integr*, 2005; 5 (2):19-126.
13. Silva, N. Saúde Pública e coletiva em pauta. *Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFA)*. 2005; . jan-mar. (24):05-06.
14. Andrade, CRFA. Fases e níveis de prevenção em fonoaudiologia – ações coletivas e individuais. In: Vieira, R.M.; Vieira, M.M.; Avila, C.R.B.; Pereira, L.D. *Fonoaudiologia e Saúde Pública*. 2000; p. 81-103.
15. Gonçalves, HS, Ferreira, AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pro profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2002; jan-feb; 18 (1).
16. Melton, GB. Mandated reporting : a policy without reason. *Child Abuse & Neglect*. 2005; 29:9-18.
17. Starling, SP. et al. Child Abuse Training and Knowledge: A National Survey of Emergency Medicine, Family Medicine, and Pediatric Residents and Program Directors. *Pediatrics*. 2009; 12: 595-602.
18. Brasília. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Código de Ética Profissional, mar.2004. Disponível em: < <http://www.fonoaudiologia.com/informa/etica/> > Acesso em: 03/01/2009.
19. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública* 2007; 41 (3):472-7.
20. Flaherty, EG; Sege, R. Barriers to physician identification and reporting of abuse. *Pediatr Ann*. 2005; 34 (5): 349-56.
21. Agirtan, CA et al. Establishment of interdisciplinary child protection teams in Turkey 2002–2006: Identifying the strongest link can make a difference! *Child Abuse & Neglect*. 2009; 33: 247–255.
22. Leite, CN. et al. Notificação de maus-tratos infantis: necessidade de educação médica continuada. *Arq. Ciência Saúde*. 2006, jan-mar; 13 (1): 22-6.
23. Lima, PD., Farias, G.M. Condutas adotadas pelos profissionais de saúde com crianças hospitalizadas vítimas de violência. *Rev. Eletr. Enf*, 2008; 10(3):643-53.

24. Bankole, O.O.; Denloye, O.O., Adeyemi, A.T. Child abuse and dentistry: a study of knowledge and attitudes among Nigerian dentists. *Afr J Med Sci.* 2008 Jun; 37(2):125-34.

25. Moosa, AA. et al. Pediatricians' knowledge, attitudes and experience regarding child maltreatment in Kuwait. *Child Abuse & Neglect.* 2003; 27: 1161–1178.

Tabela 1. Perfil dos fonoaudiólogos estudados da rede pública de saúde. Recife, 2008.

Característica	N	%
Sexo		
Feminino	88	98,8
Masculino	1	1,12
Tempo de formado		
1 a 5 anos	27	30,3
6 a 10 anos	15	16,9
Mais de 10 anos	47	52,8
Área de atuação		
Audiologia	19	21,3
Linguagem	7	7,9
Motricidade Orofacial	5	5,6
Voz	3	3,4
Generalista	15	16,9
Mais de uma área de atuação	40	44,9
Nível acadêmico		
Graduação	13	14,6
Especialização/ Residência	61	68,5
Mestrado	13	14,6
Doutorado	2	2,3
Treinamento ou curso que abordasse o tema violência		
Sim	10	11,2
Não	79	88,8
Total	89	100,0

Figura 1. Distribuição dos tipos de violência suspeitos e /ou confirmados no atendimento fonoaudiológico na rede pública de saúde. Recife, 2008.

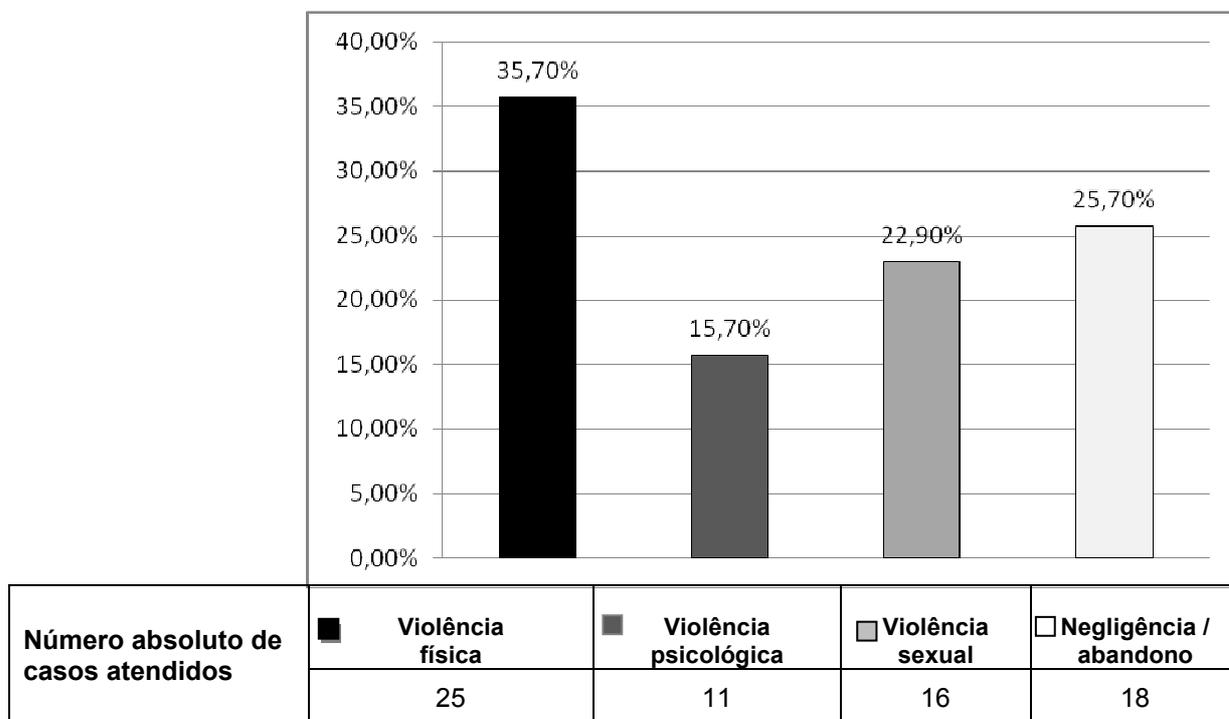
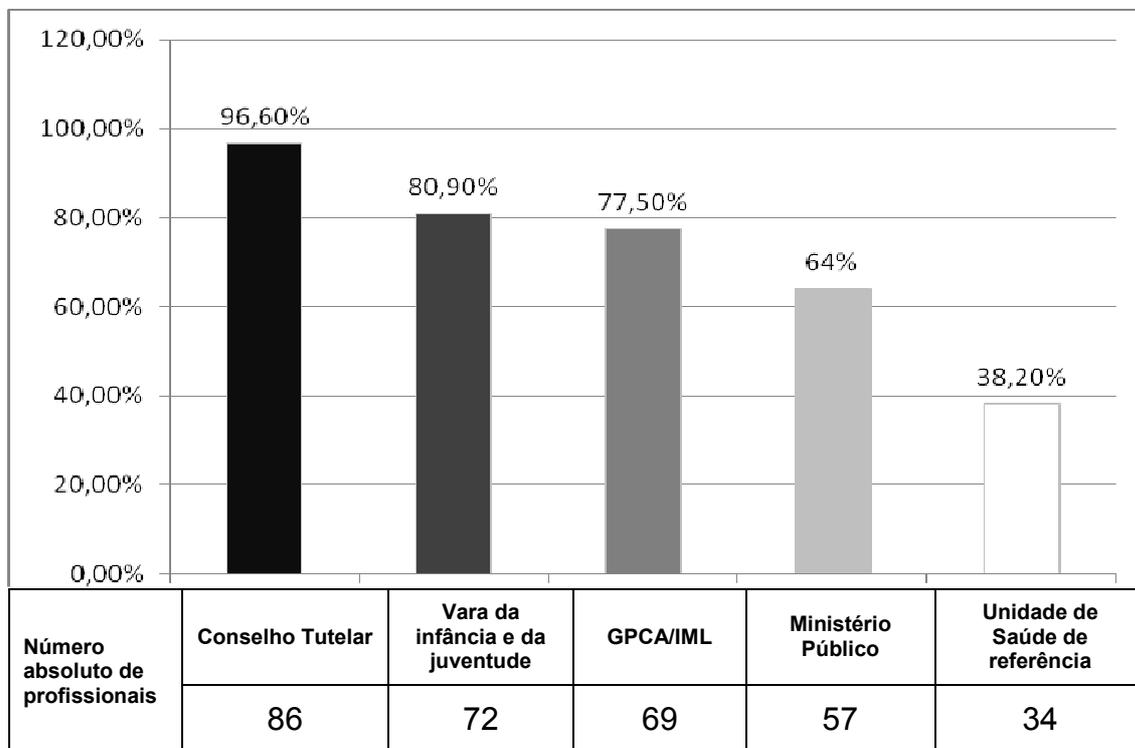


Figura 2. Conhecimento dos fonoaudiólogos da rede pública de saúde sobre as instituições envolvidas na assistência à criança/ adolescente vítima de violência. Recife, 2008.



*Os profissionais poderiam responder a mais de um item

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: Violência familiar contra criança e adolescente na prática dos fonoaudiólogos: magnitude e conduta

Eu, _____

abaixo assinando, declaro que concordo em participar da pesquisa acima citada, que será realizada pela aluna de Pós-graduação do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Raquel Moura Lins Acioli, orientada pela professora Dr^a Maria Luíza Carvalho de Lima. A pesquisa tem como objetivo estimar a prevalência e possíveis variáveis associadas à violência familiar contra a criança e o adolescente na cidade do Recife, na prática profissional dos fonoaudiólogos das redes pública, filantrópica e privada conveniada com o SUS da cidade do Recife.

Estou ciente de que a realização desta pesquisa poderá trazer subsídios ao aprimoramento das práticas assistenciais desses profissionais, sendo potencialmente benéfica, portanto, para os usuários e para os fonoaudiólogos que os atendem.

Aceito participar da entrevista com o pesquisador, que será gravada e, posteriormente, transcrita. Entendo que tudo que contar ao mesmo será somente do conhecimento dela e de sua orientadora, sendo mantido em sigilo, respeitando a minha privacidade e identidade. Estou ciente de que o relatório final do estudo será publicado sem que os nomes dos participantes sejam mencionados e que poderei desistir de colaborar em qualquer momento, sem que eu tenha qualquer tipo de prejuízo no meu trabalho. Sei que, se tiver dúvida sobre minha participação, poderei esclarecer com a pesquisadora Raquel Moura Lins Acioli. Eu li, compreendi e assino o presente termo.

Assinatura _____

Testemunha 1 _____

Testemunha 2 _____

Recife ____/____/____

Pesquisador _____ Fone: 3427-3170/ 88537781

Raquel Moura Lins Acioli

Rua Capitão Sampaio Xavier, n° 205, apto 1801, Graças, Recife.

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO UTILIZADO

Se responder NÃO

Perguntas para saber se o Fonoaudiólogo tem conhecimento dos tipos de violência.

23. Você classificaria este caso como sendo violência?

23 A. Caso 1: mãe/ pai/ responsável que grita com o

1.() não 2.() sim 24A. PAIGRITA

23B. Caso 2: Deixar a criança a maior parte do tempo isolada

1.() não 2.() sim 24B. CRIANÇISO

23C. Caso 3: Criança apresenta vestimenta inadequada ao clima

1.() não 2.() sim 24C. CRIAVEST

23D. Caso 4: Problemas físicos ou necessidades não atendidas

1.() não 2.() sim 24D. PROBFIS

23E. Caso 5: Pais aparentam ter pouca atenção com a criança

1.() não 2.() sim 24E. POUCATEN

23F. Caso 6: Lesões físicas, com queimaduras, feridas e fraturas que não se adequam à causa referida

1.() não 2.() sim 24F. LESFISC

23G. Caso 7: apresenta severo desleixo com a higiene e aparência pessoal da criança/ adolescente

1.() não 2.() sim 24G. HIGCRIAN

Geral

Conhecimento dos fonoaudiólogos sobre as instituições envolvidas na assistência à criança vitimizada:

24. Qual dos órgãos abaixo você deve acionar no caso de suspeita/ confirmação de crianças vítimas de violência familiar?

24 A. Conselho Tutelar	1. Sim	2. Não	9. Não sabe	25 A. <input type="checkbox"/> CONSTUTELAR
24 B. GPCA /IML	1. Sim	2. Não	9. Não sabe	25 B. <input type="checkbox"/> GPCA
24 C. Ministério Público	1. Sim	2. Não	9. Não sabe	25 C. <input type="checkbox"/> MINISTPUBL
24 D. Vara da infância e da juventude	1. Sim	2. Não	9. Não sabe	25 D. <input type="checkbox"/> VARAINF
24 E. Conselho Municipal de Defesa	1. Sim	2. Não	9. Não sabe	25E. <input type="checkbox"/> CONSMINDEF
24 F. Unidade de Saúde de referência	1. Sim	2. Não	9. Não sabe	25F. <input type="checkbox"/> UNIDSAUD

25. Observações feitas pelos profissionais

ANEXO A - TERMO DE CESSÃO DE DADOS – PREFEITURA DO RECIFE



Universidade Federal de Pernambuco/ PROPESQ
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Medicina Social
Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PIPASC



13/09/2007

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos que concordamos com o desenvolvimento do projeto "A conduta do fonoaudiólogo diante da violência familiar contra criança e adolescente na cidade do Recife", sob orientação da professora doutora Maria Luiza Carvalho de Lima, relativo à dissertação do Mestrado do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PIPASC) da UFPE, a ser realizado pela mestranda Raquel Moura Lins Acioli, no ambulatório de fonoaudiologia da UFPE. Ressaltamos que esta concordância está condicionada à aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa.

Recife, 13 de setembro de 2007

Assinatura e carimbo



Universidade Federal de Pernambuco/ PROPESQ
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Medicina Social
Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PIPASC



13/09/2007

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos que concordamos com o desenvolvimento do projeto "A conduta do fonoaudiólogo diante da violência familiar contra criança e adolescente na cidade do Recife", sob orientação da professora doutora Maria Luiza Carvalho de Lima, relativo à dissertação do Mestrado do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PIPASC) da UFPE, a ser realizado pela mestranda Raquel Moura Lins Acioli, nos ambulatórios de fonoaudiologia dos Hospitais do Estado de Pernambuco. Ressaltamos que esta concordância está condicionada à aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa.

Recife, 13 de setembro de 2007



Dr Jorge Gomes
Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS – IMIP

DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 1161, intitulado **“Conduta dos fonoaudiólogos diante da violência familiar contra crianças e adolescentes na cidade do Recife”**, apresentado pela pesquisadora **Raquel Moura Lins Acioli**, foi **APROVADO COM RECOMENDAÇÃO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, em 13 de março de 2008. Por solicitação do autor, o título foi modificado para **“Violência familiar contra criança e adolescente na prática dos fonoaudiólogos: magnitude e conduta”**, em 18 de setembro de 2008.

Informamos, outrossim, que os objetivos, aspectos metodológicos e os pesquisadores envolvidos serão os mesmos do projeto supra mencionado.

Recife, 23 de setembro de 2008.



Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira