

DALVA ROSSI

**NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**
(Procedimentos de profissionais de saúde
do setor público de Campinas SP)

Tese de Doutorado

ORIENTADOR: Prof. Dr. JOÃO LUIZ PINTO E SILVA

**UNICAMP
2004**

DALVA ROSSI

**NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**
(Procedimentos de profissionais de saúde
do setor público de Campinas SP)

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Tocoginecologia, área de Ciências Biomédicas

ORIENTADOR: Prof. Dr. JOÃO LUIZ PINTO E SILVA

UNICAMP
2004

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

R735n Rossi, Dalva
Notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes (Procedimentos de profissionais de saúde do setor público de Campinas SP) / Dalva Rossi. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : João Luiz Pinto e Silva
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Notificação de Abuso. 2. Crianças – Maus-tratos. 3. Adolescência. 4. Ética profissional. I. João Luiz Pinto e Silva. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluna: DALVA ROSSI

Orientador: Prof. Dr. JOÃO LUIZ PINTO E SILVA

Membros:

1.

2.

3.

4.

5.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 15/12/2004

Histórias para crianças

“[...] Deu-se o menino ao trabalho de subir a encosta, e quando chegou lá acima, que viu ele? Nem a sorte nem a morte, nem as tábuas do destino. Era só uma flor. Mas tão caída, tão murcha, que o menino se achegou, de cansado. E como esse menino era especial de história, achou que tinha de salvar a flor. Mas que é da água? Ali, no alto, nem pinga. Cá por baixo, só no rio, e esse que longe estava. Não importa. Desce o menino a montanha, atravessa o mundo todo, chega ao grande rio Nilo, no côncavo das mãos recolhe quanto de água lá cabia, volta o mundo a atravessar, pela vertente se arrasta, três gotas que lá chegaram, bebeu-as a flor sedenta. Vinte vezes cá e lá, cem mil viagens à lua, o sangue nos pés descalços, mas a flor aprumada já dava cheiro no ar, e como se fosse um carvalho deitava sombra no chão. O menino adormeceu debaixo da flor. [...]”.

*(José Saramago)
A Bagagem do Viajante.*

Dedico este trabalho

*Aos meus queridos pais João e Thereza
que me ensinam todos os dias
a exercitar e a vivenciar a afetividade.
São o meu porto seguro.*

*Às crianças da família:
Nathalya Fernanda, Luíz Felipe e Marcos Vinícius,
que durante as muitas tarefas da tese,
enchiam-me de alegria com seus carinhos e sorrisos.*

Aos meus queridos irmãos e a minha família.

Agradecimentos

Ao meu orientador Prof.º Drº João Luiz Pinto e Silva, grande profissional e amigo, que com carinho aceitou a tarefa de orientar-me nessa busca de conhecimentos, socializando o seu saber.

Ao Prof.º Dr.º Luis Guillermo Bahamondes, pelo carinho e pelas contribuições, sempre tão importantes.

À Prof.ª Dr.ª Maria José Osis, pela grande contribuição no exame de qualificação.

À Prof.ª Dr.ª Fernanda Garanhani de Castro Surita, pelas reflexões cotidianas e pelos ensinamentos tão necessários no exame de qualificação.

À Prof.ª Dr.ª Lise Roy, profissional e amiga, que com muita responsabilidade e disponibilidade, mostrou-me novos olhares acerca da produção científica.

À Gislaine Carvasan, que trabalhou comigo o banco de dados, tarefa que às vezes me parecia infinita.

À Adriana e à Vivien, pelas contribuições, pelo apoio e pelo afeto.

À Laíse, Zoraide, Luzia e Cláudia, companheiras no apoio.

À Enza e a Ana Leila, parceiras na luta pela prevenção da violência doméstica.

À Vanda, na grande contribuição com as referências bibliográficas.

Ao Durvalino, que com paciência e carinho, contribuiu para que o trabalho fosse executado.

À Diretora do Serviço Social, às assistentes sociais, às auxiliares sociais, às aprimorandas, às secretárias e ao guardinha, pelo incentivo.

Aos amigos do Ambulatório de Obstetrícia, com carinho à Alzira e Helena.

À Sueli Chaves, pelo carinho e pela colaboração técnica na organização da tese.

À Cylene, Rosário, William, Neder e Márcia, pelas contribuições técnicas.

Á Margarete, sempre tão disponível.

À Vera, Neusinha e Sirlei, pelo apoio.

Aos professores, diretores e alunos da Faculdade de Aguaí, pelo respeito, apoio e confiança.

A todos os amigos que acreditaram neste trabalho.

Aos profissionais que participaram da pesquisa, a minha gratidão.

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	xv
Resumo.....	xix
Summary.....	xxi
1. Introdução	25
2. Objetivos.....	47
2.1. Objetivo geral	47
2.2. Objetivos específicos	47
3. Sujeitos e Métodos	51
3.1. Desenho do estudo	51
3.2. Seleção dos Sujeitos e das Instituições	51
3.3. Critérios de Inclusão.....	55
3.4. Variáveis Estudadas.....	55
3.5. Instrumentos para coleta de dados	56
3.6. Coleta e processamento de dados.....	57
3.7. Aspectos éticos	57
4. Resultados	61
4.1. Identificação dos Participantes.....	62
4.2. Conhecimento para Identificação de Ocorrência da Violência Doméstica	65
4.3. Procedimentos adotados no local de trabalho em caso de Suspeita ou Confirmação de Violência Doméstica	70
4.4. A Formação para a Notificação	80
5. Discussão.....	83
6. Conclusões	111
7. Referências Bibliográficas.....	113
8. Bibliografia de Normatizações	121
9. Anexos.....	123
9.1. Anexo 1 - Consentimento Livre e Esclarecido	123
9.2. Anexo 2 - Questionário.....	124
9.3. Anexo 3 – Carta de apresentação.....	130

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

CRAMI	Conselho Regional de Registro aos Maus-Tratos na Infância
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAPs	Centros de Apoio Psicossocial
CRAISA	Centro de Referência de Atenção Integral à Saúde do Adolescente
CRST	Centro de Referência à Saúde do Trabalhador
CRIAD	Centro de Referência e Informação em Alcoolismo e Drogadição
CEVI	Centro de Vivência Infantil
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HC	Hospital de Clínicas
LACRI	Laboratório de Estudos da Criança do Instituto de Psicologia da USP
N	Negligência
n.d.a	Nenhuma das alternativas
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
VD	Violência Doméstica
VF	Violência Física
VS	Violência Sexual
VP	Violência Psicológica

“[...] Estamos torcendo, trata-se de séria questão que pouco tem sensibilizado a mídia”. (Enfermeiro).

“Sinto falta de um fluxograma que oriente a conduta e acompanhamento imediato do caso, principalmente para estimular a denúncia e exame de corpo de delito o mais precoce possível, de maneira sigilosa e protetora para a vítima. Na maioria dos casos a denúncia é tardia dificultando a identificação do agressor” (médico).

Resumo

A pesquisa teve como objetivo constatar se os profissionais da saúde que atuam no setor público da cidade de Campinas, ao se depararem com a Violência Doméstica praticada contra crianças e adolescentes, no seu cotidiano de trabalho, utilizam a notificação como recurso de intervenção, estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente como mecanismo legítimo para a interrupção do fenômeno. A metodologia de ação consistiu na distribuição de 3004 questionários pré-estruturados aos profissionais que atuam no campo da saúde, com questões específicas e direcionadas ao fenômeno da violência nos quatro tipos: física, sexual, psicológica e negligência. Optou-se por inserir no próprio instrumental os conceitos referentes a cada tipo, como ferramenta que proporcionasse aos sujeitos da pesquisa a mínima compreensão do tema em pauta. Juntamente com os questionários foram entregues os consentimentos livre e esclarecido, que possibilitaram ao profissional a liberdade de decisão. Após a opção em participar do estudo e em responder os questionários, a devolução do material foi realizada no próprio local de trabalho. Os resultados obtidos, a partir de 594 respondidos (19,8%), foram inseridos em um banco de dados, e posteriormente analisados e

sistematizados em tabelas, possibilitando a leitura e apreensão de questões pouco discutidas na rotina do exercício profissional. A discussão foi realizada confrontando os resultados obtidos com fundamentações e matrizes teóricas de pesquisadores da área da violência em um movimento reflexivo e propositivo, apontando os avanços do estudo em vários aspectos, direcionados aos sinais que podem apontar a existência do fenômeno, as parcerias com os chefes ou com os colegas, a existência do medo acerca da eventual possibilidade de depor juridicamente e, em especial, aos impedimentos determinantes para a não notificação. As conclusões apresentam dados confirmando adequado conhecimento da violência e percentuais significativos de profissionais que, de alguma maneira, registram as suspeitas ou confirmações procedendo à notificação do problema e os obstáculos vivenciados no exercício profissional que podem determinar e impedir essa atitude. Revelam os sinais indicadores da ocorrência e as atitudes tomadas imediatamente após a confirmação ou suspeita. As instituições da cidade de Campinas, responsáveis por acolher as notificações, foram avaliadas pelos profissionais participantes da pesquisa, e foram registradas as contribuições ou a falta de discussão sobre o assunto ocorrida durante o período de formação profissional, associada ao encaminhamento da existência de adequado respaldo do código de ética profissional nas situações de violência.

Summary

The objective of this study was to evaluate whether public sector health workers in the city of Campinas, when confronted with a case of domestic violence, make use of notification, established in the Statute for the Protection of the Child and the Adolescent, as an intervention resource and a legitimate mechanism for stopping this phenomenon. A total of 3004 pre-structured questionnaires, containing specific questions on four types of violence: physical violence, sexual violence, psychological violence and negligence, were distributed to health workers. It was decided to insert concepts into this instrument regarding each type of violence as a tool that would offer the research subjects some basic knowledge of the subject in question. Each participant of the study signed an informed consent form, which was handed over together with the questionnaires, thereby giving the health worker the right to choose whether to participate or not. After making the decision to participate in the study and after answering the questionnaire, the material was collected by researchers at the subject's place of work. A total of 594 (19.8%) questionnaires were completed and the results obtained were entered into a data base, analyzed and summarized into tables with the aim of providing

information that would be simple to read and understand with respect to questions that are seldom discussed during the daily routine of health workers. A reflexive, propositional discussion was carried out during which the results obtained were compared with the theoretical bases and sources established by scientists working in the field of violence, demonstrating the advances found in various aspects of the study. Subjects discussed during the debate included the signals that may serve as an alert to the existence of violence, forming partnerships with supervisors and colleagues, fear of having to appear in court, and, in particular, the decisive barriers to non-notification. The conclusions reached in this study confirm an adequate knowledge with respect to violence, and a significant percentage of health workers who in some form or another register their suspicions, confirmed or not, leading to notification of the problem. The obstacles encountered by health workers while carrying out their occupational activities that may influence and obstruct this attitude were also identified. Signs of the occurrence of violence were described, as well as the attitudes taken immediately following confirmation of the suspicion. The health workers participating in this study also evaluated the institutions in the city of Campinas that are responsible for receiving notifications of violence, and the level of information and discussion provided on the subject during their professional training. In addition, participants gave their opinion regarding whether or not they believed that their professional code of ethics offered them adequate support in situations of violence.

“Particularmente acho difícil diferenciar entre os diversos tipos de violência, a não ser em casos em que as lesões são muito evidentes. Também acho pouco discutido na formação profissional do enfermeiro como lidar com essas situações e qual o respaldo legal que temos e a providência que se deve tomar”. (Enfermeiro).

“Na minha opinião essa demanda vive uma grande solidão e os profissionais precisam ser motivados, reciclados e sensibilizados para atendimento de bom nível e conscientemente” (psicólogo).

1. Introdução

A perspectiva de aprofundar o conhecimento acerca da notificação da Violência Doméstica (VD) praticada contra crianças e adolescentes justifica que se procure, enfaticamente, conhecer melhor este procedimento, cuja legitimidade está respaldada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e que se materializa no cotidiano dos profissionais que atuam na área da saúde como instrumento de sua interrupção e prevenção.

O projeto de investigação nessa direção apóia-se em consecutivos questionamentos, suscitados durante a ação profissional frente à progressão e nas interfaces do fenômeno. A notificação já indicada no ECA como dever dos profissionais, é posta como desafio para uma investigação aprofundada sobre a sua concretização.

As questões que envolvem esse debate podem configurar-se sob várias vertentes, que não justificam a existência do problema, mas promovem uma reflexão centrada nos fatores geradores e reprodutores do fenômeno.

Associada à discussão da VD contra crianças e adolescentes, é pertinente pautar sempre uma relação com a família, já que é em seu interior que ela se dá. E esta é considerada por muitos como um espaço intocável, quase sagrado, onde os adultos possuem os direitos sobre as crianças, o que facilita a violação, e LEFEVRE (1992) afirma como um “*fato moralmente constrangedor*”. No caso da VD pode-se adotar a compreensão que vai, além disso, pois não proporciona à vítima a possibilidade de defesa. FALEIROS e FALEIROS (2000), ponderaram e explicitaram que é fundamental o entendimento de aspectos relacionados à família, especialmente da brasileira, em seu contexto histórico, social e econômico, para poder intervir na violência que ocorre no interior dos lares e atinge crianças e adolescentes.

FORWARD e BUCK (1989) enfatizaram que o incesto, que é uma violência sexual, ocorre geralmente no seio das famílias e não é responsável pela desorganização destas, mas sintoma claro de sua desorganização anterior. CHOEN (1993) reforçou a importância da compreensão da família para posterior discussão do incesto, também necessária para discussão da VD. DE ANTONI e KOLLER (2000), em estudos com doze meninas abrigadas em decorrência de VD, utilizaram como recurso de estudo metodológico os grupos focais, e ressaltaram como um dos aspectos fundamentais observados que os grupos mantêm expectativas em ter um dia uma família própria, em moldes diferentes da família atual em que estão inseridos, enfocando a existência de sua insatisfação com suas experiências.

Para muitas famílias o diálogo entre o casal e com os filhos possibilita um relacionamento continente com crianças e adolescentes, sendo desnecessário o uso da força física como forma de estabelecer limites. Já em outras, a agressão

física e os maus-tratos psicológicos são rotinas utilizadas pelos pais como método de educação, o que muitas vezes é encarado como alternativa legítima do processo educativo, descaracterizando os procedimentos adotados como passível de notificação.

A Violência Sexual (VS) é o tipo de abuso que dificilmente é denunciado, pois em geral o agressor é o pai ou um parente próximo. Estes, se denunciados, poderão ser presos, o que em muitos casos gera desorganização familiar, além de comprometer o equilíbrio financeiro por afetar o provedor, situações que também contribuem para inviabilizar a notificação.

Neste sentido a família ou a unidade doméstica é vista como responsável pelo processo de educação dos filhos, pelo contato destes com a sociedade e pela sociabilização das crianças e adolescentes. A sociabilidade existente entre os membros da família também difere de acordo com o modelo adotado. Embora haja atualmente diversidade de organizações familiares, a família nuclear, ainda, é considerada referência para muitos modelos, ou seja, a estrutura de poder e autoridade exercida pelo marido sobre esposa e filhos, a divisão sexual do trabalho e as próprias relações afetivas entre os membros (ROMANELLI 1997). O poder exercido pelo chefe dessas famílias, quando se trata da violência doméstica, também é utilizado sobre as crianças e adolescentes, concretizado com ameaças e castigos físicos e psicológicos.

Estudos como o de JEWKES, et al. (2002), que pesquisaram um grupo de 1306 mulheres no Sul da África, constataram que 26,4% haviam sido vitimizadas

na infância e que essa violência foi gerada devido ao pouco acesso à educação, baixa condição financeira e conflitos familiares.

KOENING et al. (2003), em pesquisa com 5109 mulheres no Distrito de Rakai, Uganda, detectaram que 30% haviam sofrido abuso físico do companheiro. O estudo investigou a prevalência da ocorrência de violência doméstica nesta população, assim como o comportamento violento. Avaliou-se que o consumo de álcool pelos parceiros, assim como o vírus do HIV, eram fatores de risco para ocorrência da VD, além de outros associados às questões socioeconômica e educacional. Também se constatou que mulheres que iniciaram a vida sexual com menos de 15 anos estavam mais suscetíveis à violência doméstica do que as que retardaram a iniciação sexual. Os dados da comunidade de Rakai demonstraram que a violência é social e cultural, e seu controle e interrupção dependem de alteração de comportamentos. É importante considerar que a VD, quando ocorre entre casais, expõe as crianças e adolescentes, que poderão ser atingidos ou no futuro reproduzirem a violência.

A preocupação de profissionais de diferentes categorias e autoridades em interromper a VD perpetrada contra crianças e adolescentes, pressupõe a notificação como elemento primordial no combate ao fenômeno, e dispositivos legais estão disponíveis para proporcionar o respaldo para uma intervenção mais segura.

Sobre a notificação, o ECA (1994) é incisivo quando afirma no artigo 245: *“deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar a autoridade*

competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança e adolescente. Pena: multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em reincidência”.

O artigo 5º do mesmo estatuto garante “ *Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”.*

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) no artigo 227, diz: “*É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.*

No parágrafo 4º do mesmo artigo: “*A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente”.*

Pesquisadores da área da criança e adolescente enfatizam a importância de cuidados especializados direcionados à essa faixa etária, seja nos aspectos físicos ou psicossociais. As leis já proporcionam às crianças e aos adolescentes o respaldo jurídico nos casos de serem vítimas de qualquer tipo de violência, em especial a doméstica.

Porém, as leis, isoladamente, não garantem às crianças e adolescentes a preservação de seu estado físico e emocional. Nas suspeitas ou confirmações, a observação deve ser feita de forma cuidadosa e os órgãos responsáveis devem ser acionados a fim de impedir que a violência se concretize e se perpetue, tendo como conseqüências seqüelas que dificilmente poderão ser eliminadas.

A notificação aos órgãos que cuidam da proteção às crianças e adolescentes, nestas situações, pode contribuir para diminuir essa violência. Neste sentido, associar dados da realidade pesquisada aos conceitos teóricos, pode contribuir para a compreensão de condutas e, em um movimento dialético, subsidiar propostas para modificar procedimentos.

Os estudiosos da área conceituam os diversos tipos de violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes construindo marcos conceituais importantes para o melhor entendimento do fenômeno.

Para AZEVEDO e GUERRA (1995c) violência doméstica, é *“todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ ou adolescentes que, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima, implica de um lado numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento”*. É um fenômeno muitas vezes camuflado e envolvido pelo silêncio da própria família, que impõe barreiras ou dificuldades à detecção, registro, notificação, e tratamento.

De acordo com GUERRA (1998) existem quatro tipos de violência doméstica reconhecidos: *violência sexual, violência física, violência psicológica e negligência.*

A violência sexual é identificada por AZEVEDO e GUERRA (1989) como: *“todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual entre um ou mais adultos e uma criança ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa”*.

Para MONTEIRO FILHO e PHEBO (1997), os maus-tratos físicos ou a violência física (VF) são vistos como: *“uso da força física intencional, não acidental, ou atos de omissão intencionais, não acidentais, praticados por parte dos pais ou responsáveis pela criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes”*.

Para a violência psicológica (VP) também existem vários conceitos, diferentes na terminologia, mas similares nos conteúdos. GUERRA (1998) definiu: *“tortura psicológica ocorre quando um adulto constantemente deprecia a criança, bloqueia seus esforços de auto-aceitação, causando-lhe grande sofrimento mental. Ameaças de abandono que também podem tornar uma criança medrosa e ansiosa, representando formas de sofrimento psicológico”*.

Já a negligência (N), outro tipo de violência doméstica não menos importante, é definida como: *“uma omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocional de uma criança ou adolescente. Configura-se quando os pais (ou responsáveis) falham em termos de alimentar, de vestir adequadamente*

seus filhos etc., e quando tal falha não é o resultado das condições de vida além do seu controle (GUERRA, 1998)“.

Nos quatro tipos de violência, um dado fundamental que está ligado a essa conduta é o poder que os adultos exercem sobre as crianças e adolescentes. Quando os autores usam a terminologia “utilizá-la”, “ameaçá-la” , “uso da força física”, deixam claro que a decisão e a vontade do adulto é prioritária em relação à das crianças. Este fato é inevitavelmente constatado nas ocorrências de violência, pois as crianças ou adolescentes, neste contexto, não têm vontade própria. O poder instalado nas sociedades e perpetuado através dos hábitos culturais pode ser uma das formas de reprodução da violência doméstica.

Os conceitos acima apresentados fundamentam e contribuem para a compreensão do problema e os dados estatísticos demonstram a existência do fenômeno. Embora os números possam não retratar a realidade em sua amplitude, dificultando assim a análise do problema a partir de uma adequada quantificação, é importante que sejam apresentados para que a sociedade constate a gravidade do problema e possa refletir sobre alternativas de seu controle e de sua interrupção.

A realidade dos dados estatísticos a que se teve acesso demonstra que o fenômeno não é privilégio de países em desenvolvimento. Atinge também cifras elevadas em países considerados de Primeiro Mundo. Estudos selecionados entre 1990-1998, pelo *Center for Health and Gender Equity – Change* (HEISE E ELLSBERG, 1999) confirmam a assertiva.

Na Europa, na Espanha, em 1995, de um universo de 895 pessoas entre 18 e 60 anos de idade, foi constatado que 22% das mulheres e 15% dos homens relataram abuso em algum momento de sua infância e adolescência.

Na Suíça, na cidade de Genebra, em 1996, através de um questionário auto-aplicativo do qual participaram 1.193 alunos da 9ª série, constatou-se que 20% das meninas e 3% dos meninos relataram abuso.

Na Noruega, em 1996, estudo realizado com 465 adolescentes em idades entre 13 e 19 anos, através de amostra da população e acompanhados por um período de seis anos, constatou-se que 17% das meninas e 1% dos meninos foram vítimas de abuso.

Nos Estados Unidos, em 1997, HEISE e ELLSBERG (1999), em estudo longitudinal de dez anos de extensão sobre o consumo de álcool e drogas, incluíram questões sobre abuso sexual. Participaram da pesquisa 1.099 mulheres e 21% delas relataram abuso sexual. No mesmo país e mesmo ano, na região Meio-Oeste, mas em outro estudo, com o universo de 42.568 alunos da 7ª a 12ª série, constatou-se que 12% das meninas e 4% dos meninos sofreram vários tipos de abusos. Ainda na região Sul dos Estados Unidos em 1994, levantamento anônimo com 3.018 adolescentes de 7ª a 12ª série, mostrou que 13% das meninas e 7% dos meninos relataram ter sido vítimas de abuso sexual. No Estado de Washington, no ano de 1997, estudo com 3.128 meninas de 8ª, 10ª e 12ª séries, demonstrou que em todas as séries houve alunas que relataram ter sofrido abuso sexual.

Na Nicarágua em 1997, foi realizada uma pesquisa com questionário anônimo auto-aplicativo respondido por 134 homens e 202 mulheres com idades de 25 a 44, selecionados de uma amostra, demonstrando que 26% das mulheres e 20% dos homens relataram abuso sexual.

Na Nova Zelândia, no ano de 1997, estudo com grupo de 520 meninas acompanhadas desde o nascimento até os 18 anos de idade, demonstrou que 14% relataram abuso sexual.

Sobre os dados da realidade brasileira, embora escassos, estudiosos do assunto não medem esforços para a sistematização das estatísticas.

O Laboratório de Estudos da Criança do Instituto de Psicologia da USP, LACRI (2004), através de estudantes integrantes do curso de especialização, realizou pesquisa sobre a incidência da violência doméstica incluindo a violência fatal em 128 municípios do Brasil, durante o primeiro semestre de 1996 a 2003, em instituições como judiciário, delegacias da mulher, centros de saúde e hospitais e as escolas de primeiro e segundo graus, localizadas nas cidades pesquisadas, que tinham sua atenção voltada para a proteção da criança e do adolescente. O estudo utilizou o censo de 2000 para identificar a população até 19 anos de idade das cidades pesquisadas.

Os dados foram organizados por região na tentativa de demonstrar a existência do fenômeno nas grandes e pequenas cidades.

Na Região Norte, na cidade de Jaru (RO), para um grupo de 24.597, foram cometidas 376 violências, sendo que 160 delas foram classificadas como negligência. Em Porto Velho (RO) para uma população de 153.695, a violência física apresentou o maior índice entre os demais tipos, com 110 ocorrências do total de 263 registros.

Na Região Nordeste, em Maceió (AL), de 326.980 crianças e adolescentes os pesquisadores localizaram 1040 ocorrências, sendo que 580 foram identificadas como negligência.

A cidade de Imperatriz (MA), com população estudada de 105.936, registrou 28 notificações de violência, sendo que 13 foram violência sexual.

Na Região Centro-Oeste, em Campo Grande (MS), de 258.303 crianças e adolescentes foram encontrados 1039 registros de violência, sendo que 482 referiam-se à negligência.

Em Ribas do Rio Pardo (MS), da população de 7.188 foram identificados 72 registros, e, destes, 43 também se referiam à negligência.

Na Região Sul, na cidade de Porto Alegre, de uma população de 438.794 crianças e adolescentes foram encontrados 700 registros de violência, sendo que 267 foram vítimas de violência sexual. Já em União da Vitória (PR), em uma população de 19.246, foram localizadas 68 registros, dos quais 28 eram de violência física.

Na Região Sudeste, em Belo Horizonte o número de adolescentes foi de 765.433; os pesquisadores localizaram 184 registros de violência, dos quais 91 referiram-se à negligência.

Em Niterói a população-alvo foi 133.688; o número de registros da violência foi de 396. Destes, 208 foram de negligência.

Pesquisa realizada por MENEGHEL et al. (1998) em Porto Alegre com alunos de escolas pública e particular para avaliar as relações de agressividade entre a violência doméstica e a agressividade na adolescência, constataram que de 213 alunos, em 53,9% deles a punição física grave ocorrida é fato concreto.

Na cidade de São Paulo, de uma população de 3.585.474 foram localizados 1779 registros, 699 dos quais atribuídos à negligência.

No Rio de Janeiro, GONÇALVES et al. (1999), realizaram, em 1993, estudos a partir da consulta de 976 formulários onde são registrados os casos de violência no SOS Ação Criança. Destes, 587 referem-se a notificações de maus-tratos: 38,7% abuso físico, 27% negligência, 26,3% abuso psicológico e 7,3% abuso sexual.

Em pesquisa realizada com profissionais da Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sobre notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, SILVA (2001), constatou que os profissionais que incorporaram a atitude de notificar asseguraram às crianças e adolescentes a possibilidade de garantia de seus direitos e ao profissional o exercício da cidadania.

O Ministério da Saúde e a Secretaria de Assistência à Saúde (BRASIL, 2002) afirmam que 25% das *causas mortis* entre as idades de um a nove anos são motivadas por violências e acidentes (segunda freqüência), sendo as mesmas responsáveis pela primeira causa de óbitos nas idades entre cinco e 19 anos.

A retórica pode não ser verdadeira quando os profissionais sentem-se inseguros diante de uma atitude a ser tomada e que pode lhes parecer também um risco. O profissional pode entender que seu papel social é cuidar da criança quando se encontra em situação de vulnerabilidade, porém o medo de ser identificado pelo perseguidor pode criar obstáculos para que a notificação se concretize.

RIBEIRO et al. (2004), estudando a violência sexual praticada contra crianças e adolescentes nas relações familiares, na cidade de Ribeirão Preto, constataram em documentos registrados no Conselho Tutelar e no Centro de Referência da Criança e Adolescente, que de um grupo de 226 crianças com idades até 16 anos, 234 sofreram abusos, cometidos por 217 agressores.

Estudo realizado no Ambulatório de Pré-Natal de Adolescentes do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), ROSSI et al. (1994), detectaram que no período de abril de 1989 a janeiro de 1993, de 665 adolescentes grávidas atendidas, onze foram vítimas de violência sexual tendo a gravidez como conseqüência. Dessas 11 adolescentes, a freqüência maior de violência ocorreu no âmbito familiar (um pai biológico, dois irmãos, três tios, três vizinhos, dois desconhecidos).

Ainda em Campinas, SANTOS (1997), através de estudos realizados em boletins de ocorrência da Delegacia de Defesa da Mulher registrados em 1993, encontrou 218 casos de violência sexual (estupro, atentado violento ao pudor). Destes, 135 foram praticados por pessoas conhecidas das vítimas, incluindo familiares.

VARGAS (1999) investigou 911 boletins de ocorrência emitidos pela Delegacia de Defesa da Mulher na cidade de Campinas, no período de 1988 a 1992. O estudo foi sobre quatro tipos de crimes: estupro, tentativa de estupro, atentado violento ao pudor e sedução. A autora detectou nos documentos avaliados que a demanda maior de queixas de estupro por parte da vítima ou de seu representante legal era contra suspeitos conhecidos. Encontrou dados de relevância quanto ao relacionamento entre vítima e agressor, constando nos boletins de ocorrência: pais 20%, sem informações e conhecidos 16%, vizinhos e outros parentes 14%, marido 6%, padrasto 4%, agressor que atua no mesmo campo de trabalho da vítima 5%, namorado 3% e outros 2%.

O Conselho Regional de Registro aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI) em Campinas, no ano 2000, recebeu 260 notificações de abuso sexual. Destas, 37% foram anônimas e 21% realizadas pela comunidade (CRAMI, 2000).

No estudo realizado pelo LACRI (2004), e já citado anteriormente, em Campinas foram encontrados 411 registros de violência, dos quais 157 foram caracterizados como negligência.

OSHIKATA (2003), em pesquisa sobre violência sexual cometida contra mulheres atendidas no CAISM/HC - Unicamp, constatou que de 166 casos, 50%

das vítimas tinham menos que 19 anos. Em 10,8% dos casos os agressores eram conhecidos das vítimas, e 11,4% eram familiares.

Estes são dados quantitativos que abrangem não só crianças e adolescentes, mas a população feminina em geral. Demonstram o nível de fragilidade da mulher e que, independentemente da idade do agredido, os que cometem estupro são os conhecidos ou próximos das vítimas, aparecendo o maior percentual dos agressores oriundos do ambiente doméstico.

A violência é um problema social, histórico, presente em todas as sociedades. De forma geral é repudiada pela grande maioria da opinião pública, não só do Brasil mas em todo o mundo. É comum ocorrerem manifestações públicas para o apelo à paz, especialmente após um fato que choca a sociedade como um todo. Entretanto, quotidianamente são noticiados pela imprensa, alguns com maior destaque e outros com menor notoriedade, mas sempre enfatizando os mesmo efeitos devastadores da violência.

Explicar a origem da violência remete à necessidade de se pensar além das desigualdades sociais e da pobreza enquanto elementos fundantes e únicos para a sua justificativa. PERALVA (2001) enfoca dois elementos importantes quando discute as dificuldades e complexidades do fenômeno violência e argumenta: *“primeiro, por trás daquilo que designamos “violência”, há condutas humanas dotadas de sentido. Compreender a violência significa compreender as condutas humanas que lhe dão suporte. Segundo, é preciso compreender como a sociedade favorece ou inibe essas condutas, e de que maneira responde a elas”*. Admitir que uma

violência geradora de uma ou mais mortes ou de sofrimentos pode ser resultado das desigualdades sociais é simplificar a compreensão. As condutas dos seres humanos integrantes de uma sociedade não são apenas aquelas herdadas pelos pais, mas também as apreendidas na dinâmica da sociedade em constante movimento.

A violência manifesta-se de várias formas, muitas vezes complexa, mas as estatísticas sobre o assunto fundamentam a existência do fenômeno e apontam a necessidade da intervenção profissional planejada, segura e direcionada para aspectos relevantes da problemática, especialmente para a sua prevenção. Para que isso ocorra é fundamental o envolvimento de todos os segmentos da sociedade, seja para a violência em geral, principalmente para a praticada contra crianças e adolescentes no ambiente doméstico. Na área de Saúde Pública, apenas nas últimas décadas tem sido alvo de atenção especial, havendo atualmente forte demanda social para intervenções. MAIRA (1999) neste aspecto enfocou a importância de que a área da saúde participe, através de discussões, na articulação de políticas direcionadas à prevenção da VD.

Os agentes de saúde, por sua característica peculiar de atenção, são os que permanecem mais tempo com as crianças e adolescentes e possuem excelente oportunidade de tomar conhecimento sobre uma suspeita ou ocorrência de violência doméstica e, se a denunciarem ou notificarem, poderão contribuir para a prevenção.

A terminologia empregada pelo ECA para a comunicação de uma violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes aos órgãos responsáveis é notificação. O Ministério da Saúde através da Secretaria de Assistência à Saúde

(BRASIL, 2002) definiu de forma clara e objetiva o que significa uma Notificação: *“uma informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados sócios sanitários voltados para a proteção da criação e do adolescente, vítimas de maus-tratos. O ato de notificar inicia um processo que visa a interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito familiar e por parte de qualquer agressor”*. A palavra maus-tratos aqui é empregada de modo amplo, genérico, como sinônimo de violência social.

O conhecimento dos reais motivos que impedem a tomada de uma atitude de comunicação poderá sugerir novas formas de enfrentamento do problema, o que certamente contribuirá para a diminuição dos altos índices da violência e poderá fornecer subsídios para que projetos de atenção às vítimas, familiares e profissionais, possam ser pensados e implantados. Conhecer e entender as razões e dificuldades concretas que possam impedir a notificação poderão sugerir novas formas de ação.

A violência doméstica, fenômeno de grande importância, envolve uma série de delicadas situações que determinam dificuldades para sua interpretação e prevenção. Com frequência, por acontecer no âmbito familiar, tem sua existência acobertada pelos habituais agentes desencadeadores, tornando-se difícil de ser percebida e, quando observada, pouco denunciada. Muitos aspectos da violência são levantados pelos profissionais, mas não são entendidos pela família como um problema.

Os profissionais da saúde, entretanto, nem sempre estão preparados para oficializar a notificação de uma violência constatada ou de uma suspeita. Muitos não possuem conhecimento do fenômeno, outros ficam em dúvida se possuem o direito de intervir na família, têm medo de ameaças e das conseqüências tanto para as vítimas como para si próprios. Também podem ser encontrados obstáculos para formalização da notificação desta natureza, quanto à ética pertinente a cada profissão, argumento visto com dificuldades para que os profissionais se envolvam com a questão.

Quando esses profissionais não formalizam a notificação ao suspeitarem ou confirmarem uma VD praticada contra crianças e adolescentes, podem inviabilizar de imediato a interrupção do processo e posteriormente a prevenção.

Não foram encontrados dados na literatura pertinente que discutam exclusivamente os procedimentos dos profissionais que atuam com crianças e adolescentes e deparam-se com a violência doméstica em sua rotina de trabalho habitual.

A violência doméstica é cultural, a história se encarrega de reproduzi-la e até de criar condições para o seu avanço, quando não proporciona que os sujeitos tenham acesso à educação, lazer, saúde, cultura. Como afirmam ROQUE e FERRIANI (2002), em pesquisa com operadores do DIREITO, os profissionais ainda não discutem os fatores geradores da violência doméstica, como produtos de uma sociedade capitalista e geradora da violência. Essa é uma questão que ainda necessita de elementos teóricos e práticos, além da discussão ampliada.

A violência social é um fenômeno que envolve seres humanos, disputa de poder e, como afirma KLEINMAN (1999), o resultado dos conflitos e das violências decorrentes desses podem atingir sociedades e países inteiros.

Em pesquisa realizada por ALMEIDA (1988), em hospital do Rio de Janeiro, para avaliar fatores que estão inseridos nos atendimentos médicos prestados às crianças no ambulatório de pediatria, constatou que a notificação ainda não era a conduta adotada pela maioria dos médicos, no caso das crianças vítimas da violência doméstica. Os médicos argumentaram que esta pode não ser a melhor solução para as crianças, pois o sistema de proteção a elas, garantido pelo Estado, pode não proporcionar um atendimento de qualidade.

A falta de confiança dos profissionais no aparato estatal, associada à falta de capacitação para o acompanhamento e compreensão do desenvolvimento do fenômeno podem impedir que a notificação seja efetivada, embora exista lei contida no ECA que obriga os profissionais a notificarem, independentemente de suspeita ou confirmação.

As dúvidas relativas às questões éticas podem deixar os profissionais inseguros sobre notificar ou não uma VD praticada contra crianças e adolescentes.

É importante também avaliar de que forma estes profissionais que notificam ou não os casos de violência ou suspeita assim procedem, e quais são os motivos determinantes de ter um comportamento que pode impedir a sua formalização.

Neste sentido esta pesquisa poderá contribuir para desmistificar medos relacionados às conseqüências negativas que uma intervenção profissional poderia ocasionar, detectar aspectos relacionados à formação educacional e cultural no comportamento e atitudes desses profissionais que podem ser obstáculos para que a notificação não seja realizada.

Os resultados poderão contribuir para a reflexão das atitudes e comportamentos dos profissionais e, a partir desses dados, novos procedimentos na questão da violência doméstica poderão ser sugeridos como alternativas para interrupção do fenômeno e da prevenção futura, podendo evitar conseqüências para crianças e adolescentes vitimizados, que, em alguns casos, podem ser fatais se não forem atendidos em tempo hábil.

“ [...] Efeitos imediatos: Vou reler o Código de Ética. Minha equipe “topou” discutir um pouco esse tema em reunião. Então a sua iniciativa já está trazendo contribuições, mobilizar as equipes e profissionais para a questão” (Assistente Social).

“ Acho que pesquisas assim deveriam ser feitas com mais frequência, tentando abranger o máximo de pessoas envolvidas neste assunto. Assunto de extrema importância mas que muitas vezes os profissionais ou não querem se envolver ou não têm formação e olhar para tal (médico).

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Identificar se a notificação da violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes está incluída nos procedimentos técnicos dos profissionais da saúde do setor público da cidade de Campinas, SP.

2.2. Objetivos específicos

1. Avaliar os conhecimentos dos profissionais acerca dos sinais que podem indicar a ocorrência da violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes.
2. Verificar se, sob a ótica destes profissionais, ao notificar aos órgãos responsáveis a ocorrência da violência, identificam-se possíveis conseqüências para as vítimas e para os familiares.
3. Identificar se existem conseqüências pessoais e profissionais ao notificar a violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes.

4. Identificar se a discussão da violência doméstica fez parte da formação profissional e contribuiu para que a notificação seja ou não realizada.
5. Identificar o conhecimento dos profissionais quanto ao Código de Ética para respaldar a sua conduta no caso de suspeita ou confirmação da VD.
6. Conhecer os motivos que impedem a tomada de decisão em notificar a violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes.

“Eu como profissional da área de saúde gostaria que houvesse mais debates sobre este assunto para saber como resolver”. (Aux. Enf.)

“Queríamos ter maior entendimento sobre o assunto, tendo palestras, estudos, resultados de pesquisa”. (Técnico de Enf.).

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Desenho do estudo

Tratou-se de estudo descritivo de corte transversal.

3.2. Seleção dos Sujeitos e das Instituições

Foram incluídos no estudo profissionais de formação superior, além de auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam no setor público de saúde da cidade de Campinas, de acordo com a listagem de nomes fornecida pelas respectivas chefias para os setores das seguintes Instituições, também previamente selecionadas:

- Hospital de Clínicas (HC), da Unicamp
- Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher CAISM - Unicamp
- Hospital Municipal Dr. Mário Gatti
- 45 Centros de Saúde da cidade de Campinas
- e 22 serviços especializados:
 - 3 Centros de Apoio Psicossocial
 - 2 Ambulatórios de Atendimento Domiciliar Terapêutico

- 1 Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis
- 1 Centro de Apoio Sorológico
- 1 Centro de Referência
- 1 Centro de Reabilitação Física
- 1 Centro de Referência de Atenção Integral à Saúde do Adolescente - CRAISA
- 1 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador - CRST
- 1 Centro de Referência e Informação em Alcoolismo e Drogadição -CRIAD
- 1 Centro de Vivência Infantil - CEVI
- 3 Prontos Atendimento
- 2 Policlínicas
- 1 Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU
- 1 Setor do Meio Ambiente
- 2 Serviços de Atendimento Domiciliar

A metodologia de distribuição consistiu dos seguintes passos:

1. Inicialmente foi realizado contato com os responsáveis pelo Hospital de Clínicas, CAISM, Hospital Mário Gatti, Coordenador dos Distritos Municipais pelos Centros de Saúde, informando-os sobre o objetivo da pesquisa e solicitando autorização para a realização da mesma nos respectivos Serviços.
2. Em um segundo momento, o contato foi com os coordenadores dos Centros de Saúde, os Diretores da Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Psicologia e Médicos, do HC, CAISM, Dr. Mário Gatti, com o objetivo de apresentar o projeto e solicitar o seu apoio e colaboração na divulgação para seus profissionais.

Em todos estes Serviços optou-se por submeter o questionário aos setores que atendem crianças e adolescentes:

- No CAISM, foi investigada a área de Obstetrícia, incluindo:
 - Unidade de Internação
 - Retaguarda
 - Pronto Atendimento
 - Ambulatório e Unidade de Avaliação Perinatal

- Área de Ginecologia:
 - Unidade de Internação
 - Ambulatório e Pronto Atendimento

- No Hospital de Clínicas:
 - Pronto-Socorro
 - Ambulatório de Pediatria
 - Unidade de Internação da pediatria

- No Hospital Dr. Mário Gatti:
 - Pronto Socorro Infantil
 - Unidade de Internação da Pediatria.

- Nos Centros de Saúde todas as áreas foram incluídas.

Os questionários e os consentimentos livres e esclarecidos (Anexos 1 e 2) foram entregues em envelopes próprios aos profissionais, que assinaram o consentimento e em seguida responderam à pesquisa, devolvendo-os em urnas adequadas em local predeterminado no próprio trabalho.

Nos Centros de Saúde, a partir da entrega aos responsáveis, o seguimento dos formulários foi monitorado através de contato telefônico ou pessoalmente, para acompanhar o desenvolvimento do trabalho. Segundo TENÓRIO (2003), acompanhamento ou monitoração é a realização do controle durante o desenvolvimento das atividades e cuja principal função é procurar, dentro do rigor científico e sem interferência direta, detectar os possíveis desvios.

Os sujeitos da pesquisa foram calculados de acordo com a listagem.

- No CAISM:
 - 61 médicos, 7 psicólogos, 11 assistentes sociais, 55 enfermeiros, 6 fisioterapeutas, 48 auxiliares de enfermagem, 57 técnicos de enfermagem.

- HC:
 - 87 médicos, 1 psicólogo, 34 assistentes sociais, 53 enfermeiros, 60 técnicos de enfermagem, 52 auxiliares de enfermagem, 1 terapeuta ocupacional.

- Hospital Municipal Mário Gatti:
 - 12 assistentes sociais, 18 auxiliares de enfermagem, 18 técnicos de enfermagem, 4 enfermeiros, 70 médicos.

- Centros de Saúde:
 - 972 médicos, 283 enfermeiros, 57 psicólogos, 21 assistentes sociais, 280 dentistas, 41 terapeutas ocupacionais, 13 técnicos de enfermagem, 648 auxiliares de enfermagem, 34 fisioterapeutas.

O total foi de 3004 profissionais.

3.3. Critérios de Inclusão

Foram inseridas todas as categorias profissionais selecionadas na realização do projeto e todos os profissionais incluídos foram considerados sujeitos do estudo.

Os sujeitos foram:

- Assistentes Sociais
- Auxiliares de enfermagem
- Dentistas
- Enfermeiros
- Fisioterapeutas
- Médicos
- Psicólogos
- Técnicos de Enfermagem
- Terapeuta Ocupacional

3.4. Variáveis Estudadas

- Idade em anos completos
- Profissão
- Tempo de formação profissional
- Tempo de atuação na área
- Sexo
- Confirmação ou Suspeita da violência doméstica
- Identificação de sinais e marcas que podem definir algum tipo de violência doméstica
- Conhecimento dos recursos legais
- Superação dos limites da insegurança prevendo conseqüências pessoais ao notificar a violência doméstica ou a suspeita

- Decisão de vencer os obstáculos e possíveis ameaças do agressor para as vítimas ao denunciarem a violência doméstica contra crianças e adolescentes
- Conhecimento do código de ética profissional como um instrumento de luta na prevenção da violência doméstica e não obstáculo para o silêncio
- Conhecimento das Instituições existentes na cidade capazes de receber a notificação e providenciar os encaminhamentos.
- O acesso, durante a formação profissional, a discussões sobre o tema e a responsabilidade na notificação

3.5. Instrumentos para coleta de dados

No instrumental utilizado na pesquisa foi feita a opção de inserção de conceitos, que explicassem os tipos da violência doméstica nas categorias: física, sexual, psicológica e negligência, uma vez que este questionário foi auto aplicativo.

Inicialmente o questionário possuía todas as questões abertas. Após o pré-teste foi constatada a impossibilidade ou mesmo muitas dificuldades de tabulação das respostas.

O questionário foi reformulado com a opção de introduzir questões semi-abertas, após o pré-teste e, com este novo formato foi constatada novamente a inviabilidade da tabulação das respostas, dado o grande número de sujeitos.

Optou-se então por questões fechadas, inclusive excluindo a alternativa nenhuma das alternativas (n.d.a), e deixando espaço ao final do questionário para que os sujeitos pudessem se manifestar. Foram deixadas apenas três questões abertas, também fechando três respostas para cada uma delas.

Assim, o método de estudo consistiu de entrevistas estruturadas. Com o instrumental definido, iniciou-se a discussão e a seleção dos sujeitos

3.6. Coleta e processamento de dados

Os dados foram obtidos através dos questionários respondidos pelos profissionais.

O período de entrega e recolhimento em todas as Unidades foi de agosto a dezembro de 2002. Posteriormente, os dados dos questionários foram revisados e introduzidos em um banco de dados elaborado através do programa DBASEWIN.

3.7. Aspectos éticos

A DECLARAÇÃO DE HELSINQUE (2000) e a Resolução 196/96 sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos determina, no capítulo IV, que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos e de seu representante legal. O projeto foi inicialmente aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do CAISM/Unicamp–CEP, nº 159/2002, e posteriormente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM).

Todos que participaram da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e tiveram garantido o seu anonimato. Foram informados sobre o objetivo do estudo e esclarecidos que suas informações poderão contribuir para a identificação dos obstáculos que podem inviabilizar a prevenção da violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes.

*“ Fico frustrada, pois as denúncias ocorrem e quase sempre não se sabe que encaminhamento foi dado ao caso após a alta hospitalar da criança.”
(Enfermeiro).*

“Todas as pessoas têm obrigação como cidadãos de denunciar qualquer tipo de abuso contra crianças e adolescentes ou adulto” (Enfermeiro)

4. Resultados

Para apresentação, os resultados foram divididos em quatro blocos:

- 4.1. Identificação dos Participantes
- 4.2. Conhecimento para identificação de ocorrência da violência doméstica
- 4.3. Procedimentos adotados no local de trabalho em caso da suspeita ou confirmação de violência doméstica
- 4.4. A formação para a notificação.

As tabelas foram construídas de acordo com as respostas dos profissionais para cada tipo de VD praticada contra crianças e adolescentes: física, sexual, psicológica, negligência, uma vez que cada profissional respondeu de forma separada cada questão.

É importante ressaltar que o questionário contém questões relacionadas aos procedimentos realizados pelos profissionais, na confirmação ou suspeita da ocorrência da VD em seu cotidiano de trabalho, e quais seriam seus procedimentos se viessem a confirmar ou suspeitar.

4.1. Identificação dos Participantes

Foram devolvidos 30,2% dos 3004 questionários distribuídos, sendo 594 respondidos e 906 em brancos (Tabela 1).

TABELA 1
Número de questionários entregues e devolvidos

Entregues	Devolvidos				Não Devolvidos	
	Respondidos		Em Branco		n	%
n	n	%	n	%	n	%
3004	594	19,8	906	30,2	1504	50,0

TABELA 2
Distribuição de profissionais participantes entre as Instituições pesquisadas

	Centros Saúde	CAISM	HC	Mário Gatti
Assistentes Sociais	21	11	34	12
Aux. Enfermagem	648	48	52	18
Dentistas	280	-		
Enfermeiros	283	55	53	4
Fisioterapeutas	34	6		
Médicos	972	61	87	70
Psicólogos	57	7	1	
Téc. Enfermagem	13	57	60	18
Terap. Ocupacional	41	-	1	
Total	2.349	245	288	122

Do total de 558 questionários respondidos que identificaram a profissão, os médicos e auxiliares de enfermagem formaram as categorias com maior número de profissionais e com maior índice de participação; 25,8 % e 24,2% respectivamente. Já os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais formaram as categorias com menor número de profissionais representados, com menor índice de respostas, respectivamente: 1,6% e 2,3% (Tabela 3).

TABELA 3
Distribuição dos profissionais participantes segundo a profissão

	N	%
Assistente Social	44	7,9
Auxiliar de Enfermagem	135	24,2
Dentistas	33	5,9
Enfermeiros	107	19,2
Fisioterapeutas	9	1,6
Médicos	144	25,8
Psicólogos	25	4,5
Técnico de Enfermagem	48	8,6
Terapeuta Ocupacional	13	2,3
Total	558	100
<i>Sem resposta</i>	<i>36</i>	

Os profissionais do sexo feminino predominaram nas respostas, compreendendo 84,5% de 557 participantes que responderam o questionário (Tabela 4).

TABELA 4
Distribuição dos profissionais participantes por sexo

	n (557)	%
Masculino	86	15,5
Feminino	471	84,5

Com relação à idade, a Tabela 5 indica que 31,0% de 558 profissionais têm até 30 anos de idade. Este resultado permite-nos estimar que parcela dos profissionais universitários possui até dez anos de formação. Os Auxiliares de Enfermagem com formação técnica estão entre os mais jovens. Em contrapartida, 35% estão entre 31 e 40 anos e os médicos apresentaram o maior índice nesta faixa etária.

TABELA 5
Distribuição dos profissionais participantes segundo a faixa etária

Profissão	Até 30 anos n (172) %	31 a 40 anos n (196) %	41 a 50 anos n (160) %	51 anos ou mais n (30) %
Assistente Social	5,2	6,1	13,1	6,7
Dentista	3,5	9,2	5,0	3,3
Enfermeiro	20,9	20,4	16,3	16,7
Fisioterapeuta	2,9	2,0	0,0	0,0
Psicólogo	1,2	4,1	8,8	3,3
T. Ocupacional	3,5	3,1	0,6	0,0
Médico	19,8	28,1	25,0	50,0
Auxiliar Enfermagem	29,6	21,9	21,8	20,0
Técnico Enfermagem	13,4	5,1	9,4	0,0

A média de idade dos profissionais foi de 37,7, sendo a mínima de 20 anos e a máxima de 66 anos. A média do tempo de exercício na profissão foi de 12,5 anos e a do tempo de formado foi 12,7 anos (Tabela 6).

TABELA 6

Médias das idades, tempo de exercício profissional e tempo de formado

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	37,7	8,3	20,0	66,0
Tempo de exercício na profissão	12,5	7,5	1,0	38,0
Tempo de Formado	12,7	7,5	1,0	41,0

4.2. Conhecimento para Identificação de Ocorrência da Violência Doméstica

As Tabelas de 7 a 10 mostram que, do total das respostas, em torno de 50% em todos os tipos de violência já suspeitaram uma ou mais de uma vez da ocorrência da VD.

Houve diferenças no número de profissionais de cada área que participaram da pesquisa, porém houve destaques de algumas categorias em cada tipo de violência: na VF os assistentes sociais, psicólogos e médicos foram os que mais constataram ou suspeitaram. Na VS foram os assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos. Na VP os psicólogos, assistentes sociais e dentistas e na N os assistentes sociais, dentistas e médicos foram os que mais detectaram.

Pode-se notar que as assistentes sociais foram as que mais identificaram os vários tipos de VD, salvo na VP.

TABELA 7
Distribuição porcentual de profissionais que já suspeitaram ou confirmaram a ocorrência da VF

Profissão	Sim, uma vez %	Sim, mais de uma vez %	Não, nunca %	Total por profissão
Assistente Social	13,6	61,4	25,0	44
Dentista	27,3	9,1	63,6	33
Enfermeiro	9,3	43,0	47,7	107
Fisioterapeuta	0,0	0,0	100,0	9
Psicólogo	12,0	52,0	36,0	25
T. Ocupacional	23,1	23,1	53,8	13
Médico	7,6	45,8	46,5	144
Auxiliar Enfermagem	13,5	36,1	50,4	133
Técnico Enfermagem	4,2	25,0	70,8	48
	11,2	39,2	49,6	556

TABELA 8
Distribuição porcentual de profissionais que já suspeitaram ou confirmaram a ocorrência da VS

Profissão	Sim, uma vez %	Sim, mais de uma vez %	Não, nunca %	Total por profissão
Assistente Social	13,6	59,1	27,3	44
Dentista	6,1	0,0	93,9	33
Enfermeiro	19,6	30,8	49,5	107
Fisioterapeuta	0,0	0,0	100,0	9
Psicólogo	12,0	56,0	32,0	25
T. Ocupacional	15,4	15,4	69,2	13
Médico	18,8	38,9	42,4	144
Auxiliar Enfermagem	20,3	21,1	58,6	133
Técnico Enfermagem	4,3	14,9	80,9	47
	16,2	29,9	53,9	555

TABELA 9

**Distribuição porcentual de profissionais que já
suspeitaram ou confirmaram a ocorrência da VP**

Profissão	Sim, uma vez %	Sim, mais de uma vez %	Não, nunca %	Total por profissão
Assistente Social	7,0	39,5	53,5	43
Dentista	27,3	24,2	48,5	33
Enfermeiro	6,7	25,7	67,6	105
Fisioterapeuta	11,1	0,0	88,9	9
Psicólogo	4,0	60,0	36,0	25
T. Ocupacional	0,0	38,5	61,5	13
Médico	6,9	34,0	59,0	144
Auxiliar Enfermagem	10,8	26,2	63,1	130
Técnico Enfermagem	8,7	26,1	65,2	46
	8,9	30,5	60,6	548

TABELA 10

**Distribuição porcentual de profissionais que já
suspeitaram ou confirmaram a ocorrência da VF**

Profissão	Sim, uma vez %	Sim, mais de uma vez %	Não, nunca %	Total por profissão
Assistente Social	16,7	50,0	33,3	42
Dentista	9,1	54,5	36,4	33
Enfermeiro	9,6	34,6	55,8	104
Fisioterapeuta	0,0	22,2	77,8	9
Psicólogo	8,0	44,0	48,0	25
T. Ocupacional	23,1	30,8	46,2	13
Médico	13,4	41,5	45,1	142
Auxiliar Enfermagem	16,5	33,9	49,6	121
Técnico Enfermagem	15,2	34,8	50,0	46
	13,3	38,9	47,8	535

Para cada tipo de VD foi solicitado ao entrevistado que apontasse três sinais indicadores de sua ocorrência, suspeitado ou confirmado. Para categorizá-los dividiu-se em grandes grupos agregando os similares (Tabela 11).

Os resultados apresentados sugerem a existência de predisposição para identificar as situações de vulnerabilidade em que se encontram as crianças e adolescentes. Na VF a evidência de alguns sinais que se destacaram podem facilitar o processo de reconhecimento -hematomas, lesões corporais - e a subjetividade de outros – ansiedade- pode sugerir sua existência.

Na VS a alteração de comportamento que inclui repúdio ao toque, atitudes erotizadas e medo foram os resultados apontados com maior frequência; dados importantes observados em vista das dificuldades de percepção desse tipo de violência sem um contato mais próximo com a vítima.

Os aspectos que predominaram a VP indicam as dificuldades para confirmar a sua existência sem o acompanhamento da situação. Diante disso a alteração de comportamento concentra o maior número de sinais, que envolveu irritabilidade, timidez e outros.

Na N a tendência foi indicar sinais relacionados à aparência ou condições de higiene. Estes, no entanto, nem sempre são os mais efetivos nesse tipo. Houve preocupação com os maus-tratos físicos que envolvem, além da higiene, o descuido com as roupas, alimentação inadequada, ansiedade, rebeldia, tristeza, além de outros citados.

TABELA 11**Sinais observados pelos participantes para a suspeita ou confirmação da VD**

	VF	VS	VP	N
Alteração de Comportamento	252	406	689	131
Alteração de desenvolvimento	14	13	26	57
Choro	24	31	158	-
Dificuldades de comunicação	34	57	66	8
Dificuldades de relacionamento	29	13	38	24
Falta de Higiene	9	-	-	286
Fraturas	96	-	-	2
Hematomas	421	45	6	9
Infecções	-	104	-	-
Lesões corporais físicas	255	-	-	24
Lesões vaginais	-	179	9	-
Maus-tratos físicos em geral	53	17	32	492
Medo	214	249	105	18
Queimaduras	91	2	-	5
Relato da criança ou adolescente		31	17	5
Outros	58	145	106	137
Ignorado	32	72	75	90
Não sabe	-	26	22	5

Ao se indagar sobre a possível resolutividade das instituições que envolvem o atendimento da VD na cidade de Campinas acerca das notificações, a dúvida permeou as considerações acerca do acolhimento. A maioria não foi incisiva nas suas respostas, uma vez que de 422, 84,7% responderam que as instituições solucionam apenas às vezes os problemas, 6,8% responderam não nunca, e apenas 17, 3,5%, responderam afirmativamente.

4.3. Procedimentos adotados no local de trabalho em caso de Suspeita ou Confirmação de Violência Doméstica

Nos casos das confirmações ou suspeitas da VD ocorridas em seu cotidiano de trabalho, assim como naquelas que poderiam ocorrer, as condutas mais relatadas entre os profissionais foram: na VF – conversar com os colegas, VS - conversar com chefe imediato e na VP e na N - conversar com a mãe da vítima.

Já para os profissionais que viessem a confirmar ou suspeitar, a opção com maior índice de escolha para todas as modalidades de VD foi conversar com o chefe imediato.

O medo das conseqüências não foi opção para a maioria. As perguntas formuladas permitiam mais de uma resposta (Tabelas 12 e 13).

TABELA 12
Distribuição porcentual dos tipos de procedimentos adotados nas suspeitas ou confirmações nos diferentes tipos da VD

	VF	VS	VP	N
	n (280) %	n (256) %	n (216) %	n (279) %
Conversou com o chefe imediato	52,9	59,8	38,4	47,7
Conversou com colegas	58,2	49,2	49,1	49,1
Conversou com a mãe da vítima	48,9	52,7	69,0	59,5
Conversou com o pai da vítima	24,3	17,2	34,3	37,3
Conversou com outro parente da vítima	27,1	23,4	20,4	20,1
Não tomou conhecimento por medo de prejudicar a vítima	2,5	0,4	0,9	0,0
Teve medo de represálias do agressor	6,4	4,7	3,2	2,2
Teve medo de represálias da família da vítima	6,1	4,7	2,3	2,5
Teve medo de sofrer conseqüências no serviço	2,1	0,8	0,0	0,7
Não se envolve em problemas familiares	3,2	0,4	0,5	1,8
Não soube identificar com exatidão	10,7	7,0	4,2	4,7
Não soube como fazer	6,8	5,5	7,9	10,4

TABELA 13**Distribuição percentual dos tipos de procedimentos adotados se viessem a suspeitar ou confirmar os diferentes tipos da VD**

	VF n (276) %	VS n (299) %	VP n (332) %	N n (256) %
Conversaria com o chefe imediato	73,9	77,6	64,5	63,7
Conversaria com colegas	19,6	23,4	27,7	25,4
Conversaria com a mãe da vítima	18,8	18,1	33,7	29,3
Conversaria com o pai da vítima	15,6	9,4	24,1	21,1
Conversaria com outro parente da vítima	5,1	4,3	8,4	4,7
Não tomaria conhecimento por medo de prejudicar a vítima	0,4	1,0	0,6	0,0
Teria medo de represálias do agressor	0,7	2,3	0,9	0,0
Teria medo de represálias da família da vítima	1,8	1,7	1,2	0,0
Teria medo de sofrer conseqüências no serviço	0,0	0,3	0,3	0,0
Não se envolveria em problemas familiares	0,7	1,0	0,0	1,6
Não saberia identificar com exatidão	2,2	4,0	3,9	2,3
Não saberia como fazer	4,3	5,0	7,8	9,4

De 280 profissionais, 57,9% notificaram a ocorrência da VF. Entre estes os assistentes sociais e os médicos apresentaram o maior percentual de notificação (Tabela 14).

TABELA 14

**Distribuição porcentual das notificações das suspeitas
ou confirmações da VF segundo a profissão**

Profissão	Sim	Não	Não Respondeu	Total
Assistente Social	97,0	3,0	0,0	33
Dentista	0,0	100,0	0,0	12
Enfermeiro	57,1	39,3	3,6	56
Fisioterapeuta	0,0	0,0	0,0	0
Psicólogo	56,3	43,8	0,0	16
T. Ocupacional	33,3	66,7	0,0	6
Médico	74,0	26,0	0,0	77
Auxiliar Enfermagem	36,4	51,5	12,1	66
Técnico Enfermagem	42,9	57,1	0,0	14
	57,9	38,6	3,6	280

Na VS o índice de notificação foi de 64,5% para 256, dos que suspeitaram uma ou mais de uma vez. Novamente os assistentes sociais e médicos foram os destaques (Tabela 15).

TABELA 15

**Distribuição porcentual das notificações das suspeitas
ou confirmações da VS segundo a profissão**

Profissão	Sim	Não	Não Respondeu	Total
Assistente Social	84,4	15,6	0,0	32
Dentista	50,0	50,0	0,0	2
Enfermeiro	64,8	33,3	1,9	54
Fisioterapeuta	0,0	0,0	0,0	0
Psicólogo	64,7	35,3	0,0	17
T. Ocupacional	75,0	25,0	0,0	4
Médico	75,9	22,9	1,2	83
Auxiliar Enfermagem	40,0	43,6	16,4	55
Técnico Enfermagem	33,3	44,4	22,2	9
	64,5	30,5	5,0	256

Na VP de 216 suspeitas observadas uma ou mais vezes foram efetivadas 37,0% de notificações. As categorias que apresentam maior índice foram os assistentes sociais e enfermeiros (Tabela 16).

TABELA 16
Distribuição porcentual de notificações das suspeitas ou confirmações da VP segundo a profissão

Profissão	Sim	Não	Não Respondeu	Total
Assistente Social	80,0	20,0	0,0	20
Dentista	11,8	88,2	0,0	17
Enfermeiro	52,9	47,1	0,0	34
Fisioterapeuta	0,0	100,0	0,0	1
Psicólogo	25,0	75,0	0,0	16
T. Ocupacional	0,0	100,0	0,0	5
Médico	49,2	50,8	0,0	59
Auxiliar Enfermagem	18,8	54,2	27,1	48
Técnico Enfermagem	12,5	87,5	0,0	16
	37,0	57,0	6,0	216

Dos 279 que suspeitaram uma ou mais de uma vez da N, 47,7% procederam à notificação (Tabela 17).

TABELA 17
Distribuição porcentual de notificações das suspeitas ou confirmações das N segundo a profissão

Profissão	Sim	Não	Não Respondeu	Total
Assistente Social	82,1	17,9	0,0	28
Dentista	4,8	95,2	0,0	21
Enfermeiro	69,6	30,4	0,0	46
Fisioterapeuta	0,0	100,0	0,0	2
Psicólogo	46,2	53,8	0,0	13
T. Ocupacional	42,9	57,1	0,0	7
Médico	53,8	44,9	1,3	78
Auxiliar Enfermagem	34,4	54,1	11,5	61
Técnico Enfermagem	21,7	73,9	4,3	23
	47,7	49,1	3,2	279

As tabelas a seguir indicam que 50% dos profissionais que nunca suspeitaram, se viessem a se deparar com essa situação, notificariam os órgãos responsáveis, percentual este equivalente ao dos profissionais que, ao confirmar ou suspeitar, realizaram a notificação (Tabelas 18 a 21).

TABELA 18

Distribuição porcentual de notificações que seriam realizadas se viessem a suspeitar ou confirmar a VF segundo a profissão

Profissão	Sim	Não	Não Respondeu	Total
Assistente Social	72,7	27,3	0,0	11
Dentista	47,6	47,6	4,8	21
Enfermeiro	76,5	17,6	5,9	51
Fisioterapeuta	77,8	22,2	0,0	9
Psicólogo	100,0	0,0	0,0	9
T. Ocupacional	71,4	0,0	28,6	7
Médico	58,2	40,3	1,5	67
Auxiliar Enfermagem	43,3	38,8	17,9	67
Técnico Enfermagem	47,1	52,9	0,0	34
	58,7	34,4	6,9	276

TABELA 19

Distribuição porcentual de Notificações que seriam realizadas se viessem a suspeitar ou confirmar a VS segundo a profissão

Profissão	Sim	Não	Não Respondeu	Total
Assistente Social	83,3	8,3	8,3	23
Dentista	51,6	48,4	0,0	16
Enfermeiro	69,8	17,0	13,2	71
Fisioterapeuta	88,9	11,1	0,0	8
Psicólogo	75,0	25,0	0,0	9
T. Ocupacional	77,8	11,1	11,1	8
Médico	65,6	31,1	3,3	85
Auxiliar Enfermagem	44,9	37,2	17,9	82
Técnico Enfermagem	50,0	44,7	5,3	30
	59,5	31,4	9,1	332

TABELA 20

Distribuição porcentual de notificações que seriam realizadas se viessem a suspeitar ou confirmar a VP segundo a profissão

Profissão	Sim	Não	Não Respondeu	Total
Assistente Social	69,6	17,4	13,0	23
Dentista	37,5	50,0	12,5	16
Enfermeiro	60,6	26,8	12,7	71
Fisioterapeuta	87,5	12,5	0,0	8
Psicólogo	88,9	0,0	11,1	9
T. Ocupacional	87,5	0,0	12,5	8
Médico	48,2	44,7	7,1	85
Auxiliar Enfermagem	37,8	40,2	22,0	82
Técnico Enfermagem	40,0	53,3	6,7	30
	51,5	35,8	12,7	332

TABELA 21

Distribuição porcentual de notificações que seriam realizadas se viessem a suspeitar ou confirmar a N segundo a profissão

Profissão	Sim	Não	Não Respondeu	Total
Assistente Social	78,6	14,3	7,1	14
Dentista	33,3	58,3	8,3	12
Enfermeiro	48,3	31,0	20,7	58
Fisioterapeuta	85,7	14,3	0,0	7
Psicólogo	66,7	16,7	16,7	12
T. Ocupacional	50,0	16,7	33,3	6
Médico	43,8	50,0	6,3	64
Auxiliar Enfermagem	38,3	30,0	31,7	60
Técnico Enfermagem	34,8	47,8	17,4	23
	46,5	35,9	17,6	256

A Tabela 22 mostra o que fizeram os profissionais que confirmaram ou suspeitaram após a notificação aos órgãos responsáveis. As opções possibilitaram múltipla escolha e acompanhar a situação da vítima foi a que obteve o maior índice de respostas em todas os tipos de violência. O percentual foi em torno de 46%.

TABELA 22**Distribuição porcentual das atitudes dos profissionais após notificação da VD**

	VF n(162) %	VS n(165) %	VP n(80) %	N n(133) %
Acompanhou a situação da vítima	46,3	42,4	45,0	42,9
Procurou resolver a situação da vítima no seu próprio local	19,8	17,6	17,5	21,8
Nunca mais viu a vítima	29,0	31,5	21,3	24,1
Acredita ter cumprido sua função	32,1	30,9	28,8	21,1

Quanto aos motivos adotados para a não notificação nos casos de confirmação ou suspeita da VD, o mais significativo foi: não souberam como fazer. Esta opção teve maior índice de escolha nos quatro tipos. Também é importante ressaltar que essa mesma opção foi a indicada pelos profissionais quando perguntados porque não notificariam (Tabelas 23 e 24).

TABELA 23**Distribuição porcentual dos motivos para não notificar a VD**

	VF n(108) %	VS n(78) %	VP n(123) %	N n(137) %
Por medo de prejudicar a vítima	21,3	11,5	18,5	10,7
Por medo de represália por parte da família	5,6	3,8	3,2	2,9
Por medo de sofrer conseqüências no serviço	5,6	6,4	2,4	1,4
Para não se envolver em problemas familiares	12,0	5,1	8,9	5,0
Por medo de represálias do agressor	9,3	6,4	4,0	5,0
Não sei como fazer	48,1	52,6	50,0	57,9

TABELA 24
**Distribuição porcentual dos motivos para não
notificar a VD se viessem a suspeitar ou confirmar**

	VF n (95) %	VS n(94) %	VP n (119) %	N n (92) %
Por medo de prejudicar a vítima	8,4	8,5	10,9	7,6
Por medo de represália por parte da família	3,2	7,4	3,4	2,2
Por medo de sofrer conseqüências no serviço	7,4	1,1	5,0	3,3
Para não se envolver em problemas familiares	5,3	5,3	5,9	8,7
Por medo de represálias do agressor	6,3	7,4	0,8	1,1
Não sei como fazer	70,5	71,3	64,7	73,9

Quando foi perguntado se iriam depor na Justiça quando convocados para um caso que tenha conhecimento ou tenha atendido, a maioria, 84,5%, respondeu afirmativamente. Um percentual importante notificou, notificaria e iria à justiça, se necessário (Tabela 25).

TABELA 25
**Distribuição porcentual e em números absolutos das respostas dos
profissionais que iriam depor na justiça sobre um caso que tivesse atendido**

	n (530)	%
Sim	448	84,5
Não	79	14,9
Não sabe	3	0,6

Quanto aos órgãos que os profissionais notificaram após a confirmação ou suspeita da VD, o Conselho Tutelar foi a primeira opção em todos os tipos, e também seria se viessem a confirmar ou suspeitar (Tabelas 26 e 27).

TABELA 26
Distribuição porcentual de notificações encaminhadas após suspeita ou confirmação da VD

	VF n(162) %	VS n(165) %	VP n(80) %	N n(133) %
Conselho Tutelar	53,7	46,1	41,3	43,6
Delegacia de Polícia	10,5	9,1	3,8	1,5
CRAMI	8,6	9,1	3,8	2,3
Serviço Social	24,7	26,1	31,3	27,1
Vara da Infância	11,1	9,7	7,5	14,3
Não respondeu o local	8,6	12,7	12,5	12,8
Outros	10,5	14,5	22,5	10,5

TABELA 27
Distribuição porcentual de notificações que seriam encaminhadas após suspeita ou confirmação da VD

	VF n(162) %	VS n(178) %	VP n(171) %	N n(179) %
Conselho Tutelar	37,0	33,7	38,0	34,5
Delegacia de Polícia	10,4	8,9	2,4	2,5
CRAMI	11,7	12,9	11,1	10,1
Serviço Social	11,1	8,4	13,5	19,3
Vara da Infância	9,9	7,9	8,2	9,2
Não respondeu o local	10,5	18,5	17,0	13,4
Outros	16,0	17,9	21,1	15,9

Sobre o resultado obtido acerca das Instituições após as Notificações realizadas, a maioria dos que responderam, 19,0%, afirmaram que o resultado não atendeu às expectativas desejadas (Tabela 28).

TABELA 28

Distribuição das respostas dos profissionais sobre a acolhida por parte das instituições após a notificação da VD

	n (541)	%
Foi atendido imediatamente	47	8,7
Demorou para ser atendido	52	9,6
Não foi atendido	11	2,0
O resultado atendeu às suas expectativas	44	8,1
O resultado não atendeu às suas expectativas	103	19,0
O que pensa dessas Instituições	62	11,5

Dos 79 profissionais que responderam que não iriam depor na Justiça se fossem convocados para prestar esclarecimentos 48,1% não iriam, pois sentiriam medo de sofrer represálias por parte do agressor (Tabela 29).

TABELA 29

Distribuição dos motivos pelos quais os profissionais não iriam depor na justiça

	n (79)	%
Sentiria medo de algumas conseqüências pessoais que pudesse ocorrer	31	39,2
Sentiria medo das conseqüências pessoais para as vítimas e familiares	17	21,5
Sentiria medo de qualquer represália por parte do agressor ou agressores	38	48,1
Acha que as crianças são problemas da família	0	0,0
Preferiria não se envolver	27	34,2

4.4. A Formação para a Notificação

Sobre a existência de discussões durante o período de formação profissional acerca da notificação da VD, 44,5% informaram afirmativamente. Sobre o respaldo que o Código de Ética lhes daria nos casos da notificação, 52% dos profissionais afirmaram que sim.

Embora a maioria não tivesse acesso às discussões das responsabilidades das notificações durante a sua formação profissional, respondeu que se fosse convocado a depor na Justiça sobre algum caso que tenha atendido ou presenciado, estaria disposto a comparecer (Tabelas 30 e 31).

TABELA 30

Distribuição das respostas sobre a discussão do código de ética profissional no período de formação acadêmica

	n	%
Sim	232	44,5
Não discutido em nenhum momento	157	30,1
Não lembro	111	21,3
Não saberia dizer	21	4,0

TABELA 31

Distribuição das respostas sobre o respaldo do código de ética sobre as conseqüências da notificação da VD

	n	%
Sim	232	44,5
Não discutido em nenhum momento	157	30,1
Não lembro	111	21,3
Não saberia dizer	21	4,0

“Deveria haver mais Instituições para atender a demanda (grande) e resolver situações e não demorar e ficar por isso mesmo... Uma vez fiz a minha parte direitinho e tudo ficou na mesma. A vítima deveria ser acolhida muito bem, ter garantias que não passará mais por “essas situações e outras “torturas”... Falta boa vontade de pessoas e órgãos competentes, porque “falar” é fácil, propagandas existem e muitas, mas agir devidamente até o final (infra-estrutura) acho que ainda falta muito. (médico).

5. Discussão

Entre as reflexões realizadas na fundamentação deste estudo, a hipótese básica admitia que os profissionais da área de saúde, que atendem crianças e adolescentes, não possuem subsídios teóricos para o conhecimento do fenômeno e dos encaminhamentos legais e, por esta razão, não promovem sistematicamente a notificação devida, ao se depararem com uma suspeita ou confirmação, optando por acreditar no relato do adulto responsável pela criança ou adolescente ou omitindo eventual percepção.

Esta hipótese possuía fundamentos, uma vez que os dados mostraram que apenas metade dos profissionais pesquisados confirmaram ou suspeitaram da VD uma ou mais de uma vez no desenvolvimento cotidiano de suas atividades. Destes, 57,9% na VF, 64,5% na VS, 37% na VP e 47,7% na N, procedem a notificação, o que equivale ao índice de 51% dos casos registrados.

Os resultados iniciais obtidos confirmam que metade dos participantes está sensibilizada para a problemática que envolve extensa faixa de indivíduos. Em dois tipos especiais da violência, a física e sexual, percebe-se que registraram com maior

segurança, o que já não se percebe para a de natureza psicológica e na negligência, talvez pela dificuldade em caracterizar com maior objetividade, a sua ocorrência.

Reconhecendo as dificuldades por parte dos profissionais da saúde para que a notificação da VD seja concretizada, autores que estudaram o assunto têm consciência de que a notificação não é prática sistematizada e têm investido na perspectiva de compreensão dos obstáculos. GONÇALVES e FERREIRA (2002), são enfáticas ao afirmar que mesmo com dúvidas ou dificuldades para a caracterização a notificação é indiscutível e necessária, devendo ser efetivada nos casos de suspeita ou confirmação. A responsabilidade de interrupção do círculo da VD é atribuído por AZEVEDO e GUERRA (1995a;b) aos profissionais atendentes e o instrumento principal para o sucesso é a notificação.

REYNOLDS et al. (2001) para ressaltar a importância da quebra dos limites mantenedores da violência através do mecanismo de denúncia e notificação destacaram, através de um estudo com 44 crianças entre cinco e 11 anos que presenciaram algum tipo de violência doméstica, que as mesmas apresentavam altos índices de estresse e sintomas depressivos, afirmando que os resultados foram similares com as reações emocionais adversas observadas em crianças cujos pais se separaram ou consumaram o divórcio.

Os artigos do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Constituição determinam com clareza e objetividade o que deve ser feito nas situações-problema, mas quando se confirma uma VD, os profissionais começam a se deparar com dúvidas de variadas naturezas e com vários fatores desencadeadores de incertezas,

que passam principalmente pela preocupação em notificar uma violência praticada pelo pai, mãe ou um parente, entes responsáveis pela proteção imediata dessas crianças ou adolescentes. O medo da reação dos agressores, de represálias, de sofrer sanções administrativas no seu próprio serviço, confunde-se com o conceito de que os pais podem utilizar recursos como agressões físicas para educar os filhos, que a disciplina é de sua única responsabilidade e que devem saber qual estratégia empregar.

Esta discussão merece ser potencializada, já que os dados da pesquisa, mostraram que a suspeita ou confirmação da VD é rotina para muitos profissionais em seu campo de ação. Discutir novas formas de viabilizar os encaminhamentos da VD, a utilização de métodos e técnicas adequadas que possibilitem a resolução do problema surgido em meio aos procedimentos merece destaque nas avaliações e planejamentos das rotinas do campo da saúde.

Outro aspecto da análise dos resultados que deve ser destacado diz respeito a que 50% dos que suspeitaram ou confirmaram, não realizaram a notificação. Este fato também foi observado entre profissionais que não suspeitaram ou confirmaram, mas que informaram que nas possíveis confirmações ou suspeitas que viessem a ocorrer regularmente não notificariam. São percentuais significativos diante de um problema de tão reconhecida gravidade e que aparentemente vem crescendo em nossa sociedade ou submerso em preconceitos que insistem em não revelar.

MARTIN (2002) enfocou a importância da identificação como primeiro recurso para intervir no ciclo da violência, argumentando principalmente que os médicos

e/ou profissionais ligados à área precisam estar dispostos a se envolver. Mesmo quando as vítimas apresentam dificuldades para revelar o abuso, mais comum que imaginamos, é fundamental que os profissionais desenvolvam um diálogo adequado e pertinente que possa proporcionar condições de que o abuso seja revelado.

As dúvidas e as incertezas que permeiam a atitude a ser tomada pelos profissionais podem gerar situações e impedir a concretização da notificação, gerando múltiplos questionamentos, de como e porquê interferir, como ficará a questão ética e se o profissional é obrigado ou não a realizar tal informação. Todas as questões fazem parte da rotina dos profissionais que em seu trabalho se deparam com essas situações. Desconhecem que a interferência é necessária e deve ser rotina dos procedimentos profissionais, como instrumento vigoroso de prevenção. Também é importante recordar, como afirmaram FERREIRA e SCHRAMM (2000), que para se estabelecer a ligação necessária entre o Sistema Legal e a Instituição onde se identifica a violência, é importante que a notificação seja efetivada.

Em pesquisa realizada com profissionais da Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sobre notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, SILVA (2001) constatou que os profissionais que incorporaram a atitude de notificar asseguram às crianças e adolescentes a possibilidade de garantia de seus direitos e ao profissional o exercício da cidadania.

Nesta perspectiva a retórica pode não ser verdadeira, quando profissionais sentem-se inseguros diante de uma atitude a ser tomada e que pode lhes parecer também um risco. O profissional pode entender que o seu papel social é cuidar

da criança quando se encontra em situação de vulnerabilidade, porém o medo de ser identificado pelo abusador pode criar obstáculos para que a notificação se concretize. Essa assertiva pode ser constatada em depoimentos dos participantes da pesquisa:

“Não notifiquei o órgão competente, mas encaminhei para Saúde Mental e tenho acompanhado o caso. As notificações são perigosas, pois muitas vezes já sofremos ameaças por parte da família e não temos nenhuma segurança ou respaldo de garantia de vida. Já notifiquei muito, hoje estou revendo esta atitude, pois recentemente uma colega sofreu ameaça de vida (Feito até BO) e esta colega foi transferida para outra Unidade, por isso não sei se continuarei a notificar” (médico).

“Acho que a TV deveria colocar o fone sigiloso para as pessoas poderem denunciar. Fiquei sabendo de um caso de violência sexual num local de trabalho que a identidade do profissional foi exposta quando o caso foi parar na Justiça” (Auxiliar de Enfermagem).

“Às vezes querer fazer, não é poder. Pois trabalho em uma área de grande risco. Não quero ser morto, degolado, assaltado, estuprado e assaltado” (médico).

Apesar desses pronunciamentos, o medo pessoal e institucional não se mostrou relevante como fator impeditivo para as notificações. Tanto nas suspeitas ou constatadas, como naquelas hipotéticas que viessem a acontecer.

Os resultados deste estudo mostraram que na violência sexual corresponde um percentual maior de notificação, seguida da física, da negligência e da

psicológica. Quando se discute VD contra crianças e adolescentes sabe-se que qualquer uma das modalidades pode provocar seqüelas, mas a cultura construiu, ao longo da história, que castigos e palmadas, por exemplo, podem ser vistos como forma de disciplina e serem aceitos pela sociedade com maior naturalidade, o que não é o caso de relatos que têm conotação de abuso sexual, mais dramáticos e menos tolerados.

Discutindo aspectos legais e também as diferenças dos olhares e de compreensão em relação aos fins da violência doméstica, FURNISS (1993), lembra como a violência pode ser vista e tolerada por determinados segmentos da sociedade “um pouquinho de violência é aceitável (...) um pouquinho de sexo não é”. FARIAS e TORRES (2003), em estudos realizados com 150 alunos entre 12 a 19 anos de idade, entre 1988 a 2000, de escolas secundária e preparatória, públicas e privadas, em Guadalajara no México, através de entrevistas individuais e grupos focais, concluíram que a violência sexual está inserida no contexto da moral vigente e, que essa violência é sustentada pelos valores ideológicos da masculinidade. Ainda, que os mitos tendem a legitimar a concepção de que os homens possuem tanto o poder físico como financeiro, tradições que podem ser perpetuados pela cultura que privilegia a dominação de um sexo sobre outro. O estudo também enfatiza a fragilidade e a vulnerabilidades das mulheres, tornando-as vítimas em potencial da violência.

É importante considerar que a cultura da violência é mantida através da dinâmica conservadora da sociedade, que elege padrões de comportamento que são reproduzidos por indivíduos sem a análise consciente dessas atitudes. REIS et

al. (2004), em pesquisa realizada com notificações feitas na Delegacia de Polícia de Mulheres e dos Laudos Periciais, na cidade de Ribeirão Preto, com mulheres, adolescentes e crianças que foram violentadas por estupro e atentado violento ao pudor entre 1996 a 2000, registraram 391 crimes contra a liberdade sexual, com uso de violência e ameaça, e 358 foram cometidos contra mulheres, 197 de estupro, 129 de atentado violento ao pudor e 32 registros dos dois tipos de abusos, dados que destacam os altos índices de violência sexual.

Em pesquisa realizada na Maternidade Escola D. Evangelina Rosa em Teresina, PI, LOPEZ et al. (2004) constataram que em 102 casos de mulheres vítimas de violência sexual com idades entre um a 68 anos, 18,6% tinham menos que 10 anos de idade e 65,7% até 19 anos. As autoras também comprovaram a existência de lesões físicas que foram conseqüências da agressão sexual em 76,7%. Os dados confirmam que a violência atinge as mulheres nas diferentes idades, com seqüelas que poderão persistir por muito tempo.

LEUNG et al. (2001) estudando a violência doméstica entre casais em uma comunidade chinesa e os efeitos sobre a gravidez, informaram sobre os relatos de que os maridos são os perpetradores após a confirmação do sexo do bebê, especialmente quando do sexo feminino. Os autores argumentaram que os efeitos mais freqüentes da violência doméstica em mulheres grávidas foram de ordem psicológica, assinalando-se alta incidência de depressão.

A principal caracterização do tipo de violência está associada às práticas profissionais e à disponibilidade de instrumentos, aqui entendidos como recursos

variados, que facilitam melhor a compreensão da violência presumida. As observações de sinais para a suspeita da violência física a sexual parecem mais fáceis para os profissionais de saúde e também mais mobilizadoras para a notificação. Além disso, a diversidade de abordagens dos pacientes, segundo a ótica de diferentes especialidades, oportuniza a revisão de dados insuspeitados e que contribuem para o redimensionamento dos fatos.

Exemplo disso é o resultado de que o tipo de VD que obteve o maior índice de notificação dos dentistas foi a VS, o que demonstra a preocupação, percepção e sensibilidade para o problema. Enfatizando a importância da participação desta categoria na discussão do fenômeno, COSTA et al. (1997), em estudos realizados com 33 crianças vítimas de suspeita de maus-tratos, em idades de um mês a oito anos, constatou que 26 foram vítimas de abuso físico e 18 delas sofreram violência no couro cabeludo e na cavidade bucal.

Embora os autores concluam que as manifestações bucais foram pouco relatadas, enfatizam a importância do dentista fazer parte de uma equipe multiprofissional que cuida de crianças vitimizadas. CHAIM et al. (2004), em pesquisa realizada com 127 cirurgiões dentistas, constataram que 14,2% obtiveram informações sobre abuso ou violência infantil e concluíram que a problemática da violência precisa ser inserida na grade curricular da Odontologia, o que proporcionaria aos profissionais maiores condições de diagnosticar e encaminhar.

SCHRAIBER et al. (2002), em pesquisas com 322 mulheres para avaliar a ocorrência de violência física e sexual entre as usuárias da assistência primária

à saúde, constataram que 44% com idade acima de 15 anos haviam sofrido pelo menos um episódio de agressão na vida, sendo 78% cometida pelos companheiros e a região mais atingida foi a face, com 28%.

Outro dado relevante da pesquisa é que de 550 profissionais entre 50% a 60% nunca suspeitaram ou confirmaram a violência em seu cotidiano profissional. Duas hipóteses devem ser consideradas, uma é que estes profissionais não estão sensibilizados com o problema e outra é que de fato estes podem nunca ter existido.

Considerando a primeira hipótese, DAY et al. (2003), argumentaram que a legislação através de seus dispositivos legais por si só não é suficiente para garantir que os casos de violência sejam notificados, mas que o envolvimento dos profissionais, em especial os da saúde e da educação, é absolutamente imprescindível.

A necessidade de profissionais da saúde envolverem-se com a causa e, estarem atentos a qualquer situação que possa indicar uma violência, também é defendida por GOMES et al. (2002), ao considerar que existem inúmeros e complexos fatores que envolvem a VD praticada contra crianças e adolescentes, o que não permite a adoção de um único modelo teórico, que provoque o reducionismo e possa indicar abordagem única do problema.

Preparar profissionais da saúde através de orientações técnicas especializadas é uma alternativa que contribui para que estes profissionais consigam lidar de forma mais continente com o fenômeno. MCGUIGAN et al. (2000) compararam um grupo de pais que vivenciaram a VD com outro grupo sem a vivência e constataram que os primeiros apresentavam maiores

dificuldades de relacionamento com os filhos, e que estas crianças tinham maior probabilidade de ser maltratadas. O conhecimento desses antecedentes pode ser apropriado por profissionais bem preparados e permite que adotem atitudes preventivas com maior antecedência e sucesso.

É necessário ressaltar que a saúde pode ser um dos espaços propícios para a percepção dos sinais emitidos ou apresentados pelas crianças e adolescentes, e até por seus pais. O estudo chama a atenção para a necessidade dos profissionais perceberem esses sinais que, somados às outras percepções, podem ser indicadores da violência.

Sobre os sinais indicadores, as opiniões dos profissionais se misturam e observamos que o mesmo sinal pode ser atribuído para todos os tipos de violência, o que demonstra que diferenciá-los ainda é um processo complicado e muitas vezes frustrante. Nos resultados deste estudo, por exemplo, quando os profissionais foram perguntados sobre sinais da negligência, a falta de higiene aparece com grande destaque. Embora este possa realmente ser um sinal concreto, a negligência pode não apresentar sinais visíveis, as marcas da violência podem ser internas, resultantes de sofrimento a que está sendo submetida a criança ou adolescente, por humilhação, ameaças, medos, chantagem e outros constrangimentos.

Os sinais apontados são compatíveis com os de autores que pesquisaram o assunto e já estabeleceram que estes podem prevenir ou interromper uma violência instalada. AZEVEDO e GUERRA (1995b), quando elencam os vários sinais, são incisivas ao afirmarem que estes não são específicos indicadores da

ocorrência de VD e devem ser contextualizados, pois isolados podem não ter qualquer significado. MONTEIRO FILHO e PHEPO (1997) afirmaram *“um sinal e/ou sintoma são motivos de alarme; um conjunto de sinais ou sintomas indica a possibilidade de maus – tratos. Raramente uma prova se apresenta sozinha. Para isso, temos que estar atentos e vigilantes para sinais de maus–tratos: eles indicam que é necessário agir rápido”*.

DREZETT et al. (2001), em estudo com 617 vítimas que alegaram a ocorrência de violência sexual, regularmente matriculadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher, entre julho de 1994 e agosto de 1999, ressaltam que *“A ocorrência de trauma extragenital foi observada em 60 adolescentes (11%), sendo o hematoma o achado de maior frequência (3,5%), seguido de escoriações diferentes extensões (3,1). Entre crianças não observou-se a ocorrência de traumas genitais”*.

Autores como SISLEY et al. (1999), em pesquisa com casais, constataam que crianças expostas à violência podem apresentar conseqüências como alteração de comportamento, pesadelos, depressão, agressividade, além de outras que poderão ocorrer a longo prazo. Argumentam que as crianças que vivenciam a violência doméstica podem até considerá-las normal no momento, não reconhecer ou admitir sua existência como tal, mas que no futuro poderão reproduzir essa violência.

MARTIN (2002) quando se refere às conseqüências da VD para as crianças enfoca que estas podem ocorrer de várias formas: crianças que vivenciaram e portanto foram expostas, crianças com traumas de violência experimentada, quando vêem suas mães sendo violentadas pelos pais ou parceiros e, conclui que

estas apresentam dificuldades no comportamento emocional, com problemas de relacionamento com outras pessoas.

Sobre as conseqüências a longo prazo do abuso sexual sofrido pelas crianças, ROUYER (1997) afirmou que não há estudos retrospectivos comprovatórios e que somente os testemunhos freqüentes de adultos abusados e vítimas de incesto são elementos importantes que possibilitam dizer que os problemas ocorrem tardiamente.

SCHRAIBER, et al. (2004) em pesquisa com 2.645 mulheres em São Paulo e na Zona da Mata em Pernambuco, entre 15 e 49 anos, apontaram como conseqüências para os filhos entre cinco e 12 anos, sintomas como: chupar o dedo, enurese, pesadelos, timidez, agressividade. Em São Paulo, para os filhos na mesma idade, relataram repetência escolar e na Zona da Mata abandono escolar, sintomas similares aos apontados pelos profissionais que participaram da pesquisa.

SIBERT et al. (2002), estudando o abuso físico durante dois anos com crianças abaixo de 14 anos em Gales, no Reino Unido, verificaram que os abusos físicos eram seis vezes mais comuns em bebês e que o traumatismo craniano, com hemorragia, e fraturas são mais comuns em bebês abaixo de um ano de idade; portanto, as crianças começam a ser abusadas no primeiro ano de vida.

FAÚNDES et al. (2000), em estudos com 1.838 mulheres entre 15 e 49 anos residentes em cidades do interior do Estado de São Paulo, para verificar se haviam sofrido episódios de violência sexual e a relação destes com queixas ginecológicas e disfunções sexuais, constataram que 54,8% das entrevistadas

relataram que não foram coagidas, mas alguma vez tiveram relações sexuais contra sua vontade, 23% disseram que alguma vez sofreram algum tipo de constrangimento e 7,15 relataram que foram forçadas. Os autores entendem que as condições de ocorrência não caracterizam estupro, mas são formas de violência, e consideram que o resultado de queixas e sintomas ginecológicos é resultante de persuasão e outros elementos que estão próximos ao estupro, o que vem ao encontro dos dados do presente estudo, que consideram disfunções sexuais como sinais indicadores da violência pregressa.

É fundamental que a percepção do profissional de saúde não seja direcionada a marcas concretas de natureza física, mas especialmente àquelas que não estão visíveis. Indicar o medo de modo relevante para todos os tipos de VD, como fizeram todos os participantes, não os reduzindo apenas a um tipo especial de violência, é a comprovação tácita de que o olhar adequado é o que avança além dos limites da situação que se observa.

Há uma diversidade ampla e manifesta de sinais e sintomas, permeando os diferentes tipos de violência, e pode-se perceber que os profissionais associaram de modo adequado o entrelaçamento deles, como reveladores de violência suspeitada.

Após a confirmação ou suspeita da VD, a atitude que predominou na VF foi conversar com os colegas e com o chefe imediato, na VS conversar com o chefe imediato e com a mãe da vítima e nas V e N foi conversar com os colegas e com a mãe da vítima. As opções medo de sofrer algum tipo de represálias do próprio agressor ou da família da vítima, ou mesmo prejudicar as crianças e adolescentes, não foram preocupação, assim como não seria se viessem a confirmar ou suspeitar.

Quanto aos procedimentos adotados pelos profissionais frente às suspeitas e confirmação pode ser observado que predominaram em geral a conversa com os chefes imediatos, com colegas e com as mães das vítimas. São atitudes que parecem adequadas e oportunas, pois indicam caminhos, esclarecem dúvidas, eliminam mal entendidos e ajudam a reforçar a coragem da notificação, quando não indicam o caminho para serem concretizadas. Aparentemente as do tipo VF e VS estiveram mais associadas a um cuidado mais adequado e a maior providência de procedimentos relacionados a comunicar ao chefe ou conversar com colegas. Outras como VP e N já apresentaram, como esperado, maior índice de informação para as mães e pais das vítimas ou algum parente.

Parece uma tendência oportuna a manifestação dos entrevistados de encaminhar suas dúvidas e suspeitas ou, na hipótese de percebê-las, predominando o encaminhamento ao chefe e colegas e depois pais e parentes.

A proposta do trabalho em equipe pressupõe a contribuição e a colaboração. O que se percebe é que após a confirmação ou suspeita da VD, as atitudes dos profissionais foram similares. A troca de informações com colegas da equipe demonstra o que AZEVEDO e GUERRA (1995a) preconizam nas discussões do tema, enfatizando a relevância do trabalho multiprofissional sem que este se torne uma disputa entre profissionais e individualidades. ANDRADE et al. (2001), após realização de pesquisa em 117 prontuários de vítimas de violência sexual atendidas no Hospital Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba, cujas idades variaram entre 5 e 49 anos, enfocaram a importância de estudar estratégias de interrupção

do fenômeno e também sublinharam que, é fundamental uma equipe para um atendimento que contemple todos os aspectos biopsicossociais envolvidos.

ESCOBAL et al. (2002), em estudo retrospectivo descrevendo o perfil demográfico, tipos de maus-tratos e características dos abusos em 1354 mulheres e crianças vítimas de violência doméstica atendidas na Obstetrícia e na Ginecologia do Centro Médico de Proteção às Mulheres e Crianças, em Vicente Sotpo Memorial, na comunidade de Filipinas, enfocou a importância do Centro em assistir e dar proteção às vítimas de violência em famílias. Ressaltaram que o apoio é realizado com responsabilidade e obrigação ética de todos os ginecologistas e obstetras, que se empenham em oferecer segurança às mulheres, pois as mesmas necessitam de cuidados físicos e psicológicos. Para as vítimas atendidas nesse Centro são oferecidos atendimentos com profissionais do Departamento Social. Também existe empenho por parte do governo de Cebu, cidade das Filipinas, para tornar a violência doméstica crime, porém é necessário a revisão do código penal do país.

Determinadas condutas deverão ser tomadas para a interrupção ou prevenção da violência e é fundamental as discussões de diferentes profissionais que poderão ter visões de variados ângulos, que poderá determinar a solução a ser tomada menos danosa para as vítimas. Sob este prisma, FALEIROS e FALEIROS (2001) afirmaram a importância da REDE, e que esta nada mais é do que o entrosamento entre os profissionais e as diferentes organizações, articulando idéias e ações que possibilitem às diferentes categorias profissionais uma aproximação para, conseqüentemente, realizar uma discussão mais profunda e sintonizada.

Também foi necessário resgatar o que fariam os profissionais se viessem a suspeitar ou confirmar a VD. Observou-se que 60% nas VF e VS e, 50% na VP e N notificariam.

No processo comparativo pudemos concluir que nas confirmações e nas suspeitas ocorridas, e nas possíveis confirmações e suspeitas que viessem a ocorrer, os profissionais que participaram da pesquisa, em sua maioria, notificaram e estariam dispostos a notificar a VD.

Sobre os procedimentos adotados após a notificação, a atitude que predominou foi acompanhar a situação da vítima e comprovar que a situação está tendo os cuidados necessários, e que ela está recebendo acolhimento e tratamento dignos, o que poderá significar a garantia de resolução do problema.

Acompanhar a situação da vítima indicada pelos profissionais da pesquisa, é uma atitude que envolve compromisso profissional e ético. FERREIRA e SHRAMM (2000), quando discutem as implicações éticas, para os profissionais de saúde que se deparam com a VD, o fazem na perspectiva de que os mesmos compreendem a dimensão da problemática, a responsabilidade de que a notificação poderá estabelecer mecanismos de interrupção para a proteção da criança e irá contribuir para o resgate da integridade da saúde da família.

MALDONADO (1998), estudando estratégias para a prevenção da violência na escola e também da violência doméstica indica a comunicação como um dos pontos fundamentais. SOUZA et al. (2002), por outro lado, afirmaram que não

existem trabalhos realizados sobre o acompanhamento dos casos de abuso, após a constatação pelos agentes de saúde.

BOLEN e LAMB (2002) desenvolveram estudo com 92 tutores, que realizaram apoio às crianças vitimizadas sexualmente, incluindo seus familiares. Confirmaram a importância desse apoio e desse investimento, uma vez que as crianças em geral não sabem defender-se e os tutores foram extremamente contínuos às crianças abusadas. Em pesquisa realizada com mulheres adolescentes e adultas em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro, DESLANDES et al., (2000) enfocaram a necessidade de assistência emergencial, qualificada, especialmente nos aspectos clínico e cirúrgico, ressaltando a necessidade de o atendimento ir além do aspecto curativo e que mecanismos de prevenção sejam adicionados.

A pesquisa revelou um dado de extrema importância acerca dos motivos da não notificação: mais de 50% revelaram não saber como fazer para apresentar a notificação de qualquer tipo de violência nos casos suspeitados, confirmados ou naqueles que poderiam aparecer no futuro.

Este percentual altamente significativo pode indicar a necessidade de trabalhos sensibilizadores que alcancem efetivamente essa parcela de profissionais que não notificam e argumentam o motivo com a informação de não saber como fazer. Anotações dos participantes sugerem isso:

“Talvez seja necessário uma palestra para discussão posterior do assunto, desse modo podem aprofundar os conceitos e condutas que devem ser tomadas” (médico).

“Acho que falta esclarecimento de maneira geral a quem procurar nos casos (órgão responsável), falta também credibilidade de que alguma coisa vai ser feita e se o que vai ser feito é melhor ou pior” (enfermeiro).

“Faltam muitas orientações, seria interessante palestras para esclarecer estes assuntos para que a gente saiba o que fazer e como reconhecer as violências” (Técnico de Enfermagem).

“Gostaria que houvesse mais informações sobre como identificar os diferentes tipos de agressões e como proceder corretamente” (Dentista).

“Acho que somos muito mal informados a respeito do assunto. Sei que existem entidades que cuidam desses casos, mas não sei quais, onde e como proceder. Gostaria que existisse um protocolo que pudéssemos seguir, já que trabalhamos com população de baixa renda, com drogados, alcoólatras, que são grupos de riscos para violência” (Dentista).

“Acho que deveria haver mais divulgação desse tema, principalmente na formação qualquer que seja, curso e nível de escolaridade” (Auxiliar de Enfermagem).

A discussão da VD ainda é nova na sociedade brasileira, o que causa insegurança nos profissionais que com ela se deparam, ampliando dúvidas, em especial como, para quem e porquê notificar, o que a instituição fará com a criança, qual o respaldo que a vítima terá após o recebimento da notificação. Várias organizações estão se unindo, refletindo sobre o problema e as formas de resolvê-los, e cartilhas e materiais estão sendo propostas indicando como os profissionais devem proceder.

Com esta preocupação o Ministério da Saúde, BRASIL (2002), apresentou material como sugestão, para a criação de sistema de notificação à violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes. O grupo enfatiza que o material é apenas proposta e novas idéias poderão surgir, a equipe que elaborou o material tem preocupação com a terminologia que é utilizada, já que vários órgãos e profissionais diferenciam a terminologia. Esse grupo avança nas discussões e utiliza a terminologia maus - tratos referindo-se à violência praticada contra crianças no seio familiar, e até em outros lugares como abrigos, instituições, sociedade. O grupo ainda tem a preocupação de que mau é oposto de bom, portanto isso pode ter uma conotação moral, enquanto a Violência Doméstica é uma questão social e cultural, mas optam por utilizar esse termo no sentido de Violência Social.

Na avaliação do Serviço de atendimento às vítimas de VD, GONÇALVES e FERREIRA (2002) consideraram a importância de capacitar tecnicamente e integrar os profissionais de diversos locais que lidam com o fenômeno, reforçando a importância do treinamento ser permanente. POLANCZYK, et al. (2003) em estudo realizado com 1.193 adolescentes estudantes das escolas estaduais de Porto Alegre, constataram que 2,3% foram abusados, 4,5% presenciaram pessoas sendo vitimizadas e 27,9% têm conhecimento de pessoas que sofreram violência sexual. Enfatizaram a importância de implementação nos estudos das causas da ocorrência da violência sexual para a prevenção, o que vem reforçar a necessidade de preparar com mais apuro e intensidade os profissionais.

Outro dado importante é o órgão que os profissionais que notificaram e indicaram como sendo aquele que irá atender à demanda. O mesmo foi indicado com maior percentual pelos profissionais se viessem a confirmar ou suspeitar de VD.

Os Conselhos Tutelares são as para crianças e adolescentes instituições que visam garantir que seus direitos sejam respeitados. Uma notificação ao Conselho Tutelar de uma VD significa que os profissionais que nele atuam poderão interferir na situação instalada para interromper o ciclo da violência, amparados no artigo 131 do ECA, que diz: “O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente definidos nesta lei”. Este é o primeiro passo, porém inúmeras outras atividades precisam ser desenvolvidas no sentido de proporcionar a essas crianças e adolescentes, vitimizados em seus próprios lares, a segurança de que a partir da intervenção de um órgão que cuida dessa problemática, poderá resolver a situação. Para que isso se concretize, precisa ocorrer a parceria entre instituições que atendem crianças e adolescentes e a sociedade, para que o trabalho possa ter sucesso.

Os Conselhos Tutelares são responsáveis por fazer cumprir o Estatuto da Criança e do Adolescente junto à sociedade e aos familiares. SILVA (2001) afirma que no Rio de Janeiro, em pesquisa com alguns Conselhos Tutelares, acima de 50% são notificações de VD; porém ainda são poucas as informações acerca do papel dos profissionais da saúde nessas situações. O mesmo autor enfocou a necessidade de ações profissionais junto às famílias das vítimas e, que também devem ser dirigidas aos agressores.

É sempre pertinente lembrar que ao ser confirmada uma notificação são desnudados os laços da “sagrada família”, e que ao se desfazerem, ocorre concretamente a invasão do privado, que se torna público, com dificuldades de garantias de proteção às vítimas e ao denunciante. Esta é uma realidade da qual muitos ainda sentem medo, embora pudéssemos perceber que grande parte dos profissionais que participaram da pesquisa não emudeceram diante de uma violência.

Acerca da questão se as Instituições de Campinas resolvem o problema colocado pelas notificações, a maioria teve dificuldades para afirmar e optou por responder “às vezes” e eventualmente registrar pensamentos como os seguintes: *“Falta recursos humanos, materiais, financeiros para o desenvolvimento das atividades ... Muito burocráticas... Devolvem os encaminhamentos aos centros de Saúde... Falta empenho das Instituições, elas possuem uma função de identificação mas não são resolutivas... demoram para resolver o problema... dispensam pouca atuação junto às famílias das vítima ..., Necessitam ser mais articuladas e pontuais ... Falta atenção às denúncias”.*

Quanto a questão formulada se fosse convocado a depor na justiça sobre um caso atendido, 84,5% responderam que sim. Os profissionais sabem das dificuldades e do envolvimento quando se faz necessário comparecer à Justiça para formalizar o que presenciou durante o atendimento, porém encontram como o único caminho necessário a ser percorrido para que o Poder Judiciário possa investigar e responsabilizar os culpados. É importante que ao fazê-lo os profissionais não estejam sozinhos, mas respaldados pela Instituição em que exercem suas atividades, através do respectivo Departamento Jurídico.

Quanto ao acesso à discussão sobre a responsabilidade da notificação dos casos de Violência Doméstica praticada contra Crianças e Adolescentes, no seu período de formação, 44,5% responderam que tiveram possibilidade de discussões e 30,1% responderam que o problema não foi discutido em algum momento. HEDIN (2000) reforça a importância de implementação da Violência Doméstica nas grades curriculares, o contato dos profissionais com Instituições que atendem o fenômeno e discussão do trabalho multidisciplinar com complementação de conteúdos de diferentes disciplinas.

A notificação, segundo GONÇALVES et al. (2002), embora regulamentada na forma da Lei, esbarra em dificuldades concretas vivenciadas pelos profissionais da saúde. As autoras, após estudos no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, da Universidade do Rio de Janeiro, afirmam que as dificuldades são direcionadas às incertezas e, como a discussão da violência não está incluída na grade curricular das Universidades, não possibilitam que os profissionais tenham acesso preliminar ao fenômeno, o que contribuiria para facilitar o diagnóstico. Outra questão é que nem sempre as cidades dispõem de Conselhos Tutelares para atender às demandas e quando dispõem, os recursos humanos são em número limitado, não permitindo maior abrangência para enfrentar as situações.

Outro fator de extrema preocupação para os profissionais é o sigilo, aqui colocado como questão ética: até quando e até onde pode haver a intervenção, o que gera dúvidas existentes no cotidiano destes profissionais que pode provocar insegurança nas tomadas de decisões.

GOMES (1998), estudando a violência contra crianças de zero a nove anos através dos Boletins de Ocorrência, em duas áreas da cidade do Rio de Janeiro estrategicamente selecionadas devido aos altos índices de ocorrências, ressalta que após cinco anos de denúncias o resultado é frustrante. A grande maioria dos processos é arquivada devido à falta de provas e de testemunhas, e a impunidade do agressor ocorre por esses motivos e por desencontros das autoridades legais, assim como dos representantes das crianças vitimizadas. Os recursos podem ser complexos na questão da violência doméstica e podem não assegurar um desfecho satisfatório do caso, fato que foi percebido por muitos dos profissionais da pesquisa quando se manifestaram frente aos órgãos responsáveis de Campinas.

Quanto à investigação sobre o conhecimento se o Código de Ética da profissão daria respaldo nos casos de notificações da violência doméstica, 52,0% responderam que sim. É interessante que mesmo não tendo possibilidade de discutir as responsabilidades da notificação nos casos de VD, durante o período de formação, 84,5% iriam depor na Justiça sobre os casos que atendessem ou tivessem conhecimento.

O que se percebe é que embora alguns códigos não sejam objetivos e específicos na questão da violência doméstica, está implícito em seus artigos o compromisso profissional com os usuários, principalmente em situações graves.

O Conselho Federal de Medicina, no parecer nº 815/1997, diz: “o médico tem o dever de comunicar às autoridades competentes os casos de abuso sexual e maus-tratos, configurando-se como justa causa a revelação do segredo profissional”.

Para o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, no parecer nº 76/1999: “o médico tem o dever legal de comunicar à autoridade competente, casos de maus-tratos e de abuso sexual contra crianças e adolescentes, ainda que haja apenas suspeitas. A comunicação à autoridade competente não acarreta infração ética por parte do médico, não se configurando, assim, violação do segredo profissional”.

O Código de Ética do Serviço Social, no artigo 13, quando discorre sobre os deveres do assistente social, nas relações com Entidades da Categoria e demais Organizações da Sociedade Civil, diz: b) “denunciar, no exercício da profissão, às entidades de organização da categoria, às autoridades e aos órgãos competentes, casos de violação da Lei e dos Direitos Humanos, quanto: a corrupção, maus – tratos, torturas, ausência de condições mínimas de sobrevivência, discriminação, preconceito, abuso de autoridade individual e institucional, qualquer forma de agressão ou falta de respeito à integridade física, social e mental do cidadão” (BONETTI, et al., 1996).

O Código de Ética da Psicologia, no artigo 27, diz: “A quebra do sigilo só será admissível quando se tratar de fato delituoso e a gravidade de suas conseqüências para o próprio atendido puder criar para o psicólogo imperativo de consciência de denunciar o fato”.

No Código de Ética da Odontologia, no capítulo III, consta: “zelar pela saúde e pela dignidade do paciente” (CHAIM, 2004).

O Código de Ética profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional no capítulo II que trata do exercício profissional, o artigo sétimo parágrafo II diz: “respeitar a vida humana desde a concepção até a morte, jamais cooperando em ato em que voluntariamente se atente contra ela, ou que coloque em risco a integridade física e psíquica do ser humano” (1978).

A Enfermagem em seu Código de Ética, quando trata dos princípios fundamentais no artigo 3º, diz: “o Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, e o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza” (1979).

Os códigos de ética, a legislação e as organizações que atendem o fenômeno são avanços incontestáveis quando se polemiza a discussão sobre a notificação, o tratamento e a prevenção da violência doméstica.

A complexidade do fenômeno, assim como as suas conseqüências para as crianças e adolescentes, necessitam de políticas públicas e específicas que proporcionem aos profissionais cursos de sensibilização para a compreensão da problemática, que resulte em segurança para a realização das notificações e para o acolhimentos das vítimas. Por outro lado, é necessário que essas políticas subsidiem com recursos humanos e materiais as Instituições receptoras dessas notificações, para que, diante da ocorrência, possam apresentar soluções imediatas e precisas.

O problema envolve aspectos de dimensão social, emocional, jurídica e profissional. Nesta linha de reflexão, o trabalho interdisciplinar que pressupõe a complementação de saberes e a socialização dos conhecimentos pode sugerir

articulação de condutas profissionais e propor alternativas de interrupção e prevenção, permitindo às crianças e adolescentes vitimizadas a garantia de seus direitos e o pleno exercício da cidadania.

A violência doméstica é uma questão de saúde pública, precisa ser vista e respeitada como tal, e receber a devida atenção das autoridades e dos diferentes segmentos da sociedade.

Os resultados apresentados neste estudo devem ser vistos sob a ótica de aproximação da realidade. A pesquisa não tem a pretensão de ser finita, ela não se esgota, é dinâmica, dialética e, especialmente neste assunto que envolve a violência praticada contra as crianças e adolescentes, é absolutamente necessária. Discutir a essência da violência, suas implicações, alternativas de interrupção e prevenção é estar disposto a enfrentar e superar limites impostos por regras culturais da sociedade e conseqüentemente das famílias. Conseguir vencer alguns dos muitos obstáculos é um desafio de ousar, poder aprender e poder contribuir com o debate da sua prevenção.

“ Eu espero que o questionário resulte em uma cartilha que possa ser distribuída aos profissionais de saúde, no meu caso, médicos, com diagnóstico, tratamento, acompanhamento e trâmites legais para ajudar as crianças e adolescentes. Também acho que deveria se fazer uma campanha enfática com profissionais e com agentes de saúde, distribuindo idéias gerais de suspeitas para serem entregues nas casas e as pessoas denunciarem vizinhos suspeitos. Acho que deveria resultar num TREINAMENTO para os profissionais, cada um na sua área, vendo em que e como cada profissional pode ajudar na detecção, tratamento, trâmites legais, esclarecimentos a população, manejo das vítimas” (médico).

6. Conclusões

1. Dos profissionais que suspeitaram ou presenciaram uma ou mais vezes de violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes, um percentual significativo procedeu à notificação, 57,9% na violência física, 64,5% na sexual, 37% na psicológica e 47,7% na negligência.
2. Dos profissionais que não atenderam, se suspeitassem ou confirmassem, também um percentual importante notificaria o fato: 58,7% na violência física, 59,5% na sexual, 51,5% na psicológica e 46,5% na negligência.
3. Dos profissionais que suspeitaram ou atenderam, 48,2% na violência física, 52,6% na sexual, 50% na psicológica e 57,9% na negligência não notificaram porque não souberam como fazer.
4. Dos profissionais que não atenderam ou suspeitaram, se atendessem ou suspeitassem, 70,5% na violência física, 71,3% na sexual, 64,7% na psicológica e 73,9% na negligência, não notificariam, porque não saberiam como fazer.

5. Os profissionais de saúde sabem detectar sinais indicadores da ocorrência da violência doméstica ou de uma suspeita em qualquer um dos seus tipos.
6. Dos profissionais que participaram da pesquisa 84,7%, afirmaram que as Instituições que atendem o problema, somente às vezes resolvem o mesmo.
7. As atitudes mais freqüentes após a confirmação ou suspeita da violência doméstica foram: 58,2% dos profissionais na violência física conversaram com os colegas, 59,8% na violência sexual conversaram com o chefe imediato, 69% na violência psicológica e, 59,5% na negligência conversaram com a mãe da vítima.
8. Para os profissionais que não confirmaram ou não suspeitaram, se a VD viesse a ocorrer, a primeira opção seria conversar com o chefe imediato para qualquer tipo de violência.
9. O medo do agressor, da família, de prejudicar a vítima, não se envolver em problemas de natureza familiar, não foram os mais significativos apresentados para a não notificação.
10. Mais da metade informaram que o Código de Ética respalda o profissional para a notificação ou da VD.

7. Referências Bibliográficas

ALMEIDA, E. C. **Violência doméstica: um desafio para a formação do pediatra**. Rio de Janeiro, 1998. [Dissertação - Mestrado – Instituto de Medicina Universidade do Estado do Rio de Janeiro].

ANDRADE, R.P.; GUIMARÃES, A.C.D.; FAGOTTE FILHO, A.; CARVALHO, N.S.; ARRABAL, J.S.; ROCHA, D.M. et al. Características demográficas e Intervalo para atendimento em Mulheres Vítimas de Violência Sexual. **RBGO**, 23(9):583-7, 2001.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. **Agir sempre em defesa da criança: guia prático para planejar intervenção. II** Telecurso de especialização. São Paulo: Laboratório de Estudos da Criança – LACRI, IPUSP –1995a. 49. (Infância e Violência Doméstica).

AZEVEDO, M. A. ; GUERRA, V.N.A. **Compartilhando a luta? O Papel dos Profissionais. II** Telecurso de especialização. São Paulo, Laboratório de Estudos da Criança – LACRI, IPUSP –1995b. (Infância e Violência Doméstica).

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. **Pondo os pingos nos is**. Telecurso de especialização. São Paulo: Laboratório de Estudos da Criança – LACRI, PSA – 1995c. (Infância e Violência Doméstica).

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. Vitimização: questões conceituais. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V.N.A. **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu; 1989. p.25-47.

BOLEN, R.M.; LAMB, L.L. Guardian support of sexually abused children: A study of its predictors. *Child Maltreatment*, 7(3):265-76, 2002.

BONETTI, D.A.; SILVA, M.V.; SALES, M.A.; GONELLI, V.M.M. (org.) **Serviço social e ética: convite a uma nova práxis**. São Paulo: Cortez, 1996. 232p.

BRASIL Constituição (1988), Capítulo VII, Artigo 227.

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. 2 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. 47 p.

CAMPINAS, SP. Lei 8069/90, março de 1994 – Estatuto da Criança e do Adolescente. Edição especial para distribuição aos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente e entidades classistas. **Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente**, Campinas, SP, 75p.

CHAIM, L.A.F.; DARUGE, E.; GONÇALVES, R.J. Maus – tratos infantis – avaliação da capacidade de diagnóstico dos cirurgiões. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, 58(1):41-6, 2004.

CHOEN, C. **O Incesto um Desejo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993. 177p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética Profissional da Enfermagem**. Resolução COFEN número 52/79. Artigo 16, Inciso IIO e XVIII.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA. **Código de ética profissional do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional** – COFFITO – 10. D.O.U. 22/09/1978, seção 1 – P. II, p. 5265-8.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA -PARECER 815/97.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética do Profissional Psicólogo**. Resolução, número 002/87 de 15 de agosto de 1987. Artigo 27.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, do Estado Do Rio De Janeiro -Parecer 76-1999.

COSTA, L.R.S.; SUCASAS, P.S.; PIRES, C.C.C., PRADO, N. L. Maus-tratos Infantis: Manifestações Bucofaciais e Aspectos de Interesse Odontológico. **Rev da Fac. de Odontol. Univ. Fed. Goiás**, 1(1):49-53, 1997.

CRAMI - CENTRO DE RECEPÇÃO E REGISTRO AOS MAUS-TRATOS NA INFANCIA. Relatório Anual. Campinas: CRAMI, 2000.

DAY, V.P.; TELLES, L.E.B.; ZORATTO, P.H.; AZAMBUJA, M.R.F.; MACHADO, D.A.; SILVEIRA, M.B. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Rev Psiquiatr**, 25(Supl. 1):9-21, 2003.

DE ANTONI, C., KOLLER, S.H. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. **Estud Psicol**, 5(2):347-81, 2000.

DECLARAÇÃO DE HELSINQUE: sobre os princípios éticos para pesquisas em seres humanos. Disponível em:
<http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medical/09helsinque.htm//>, Edimburgo, Escócia, 2000. acesso em 7/11/2004.

DESLANDES, S.; GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro, **Cad Saúde Pública**, 16(1):129-32, 2000.

DREZETT, J.; CABALLERO, M.; JULIANO, Y. PRIETTO, E.T.; MARQUES, J. FERNANDES, C.F. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **J Pediatr**, 77(5):413-9, 2001.

ESCOBAL, B.C.; ACEBES, B.C.; NERIDA, M.C.; CHEZ, R.A. Abuse of women and children in a Philippine community. *Int J Gynaecol Obstet*, 76:213-7, 2002.

FALEIROS, E.T.S.F.; FALEIROS, V.P. Contribuição à construção dos conceitos de relacionamento interpessoal sexual parafílico e de contrato sexual e de trabalho no mercado do sexo. In: **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes**. Brasília: CECRIA, 2000. p.41-56.

FALEIROS, V.P.; FALEIROS, E.T.S.F. Marco referencial teórico. In: **Circuitos e curtos circuitos atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra crianças e adolescentes**. São Paulo: Veras; 2001. p.15-35,

FARIAS, M.V.; TORRES, J.D.C. Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. *Salud Publ Mex*.45(Supl 1):44-57, 2003.

FAÚNDES, A.; HARDY. H.; OSIS, M.J.; DUARTE, G. O Risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. *RBGO*, 22(3):153-7, 2000.

FERREIRA, A.L.; SAHRAMM, F. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública*, 34(6):659-65, 2000.

FORWARD, S.; BUCK, C. **A Traição da inocência uma introdução. A traição da inocência? O incesto e sua devastação**. Rio de Janeiro: Rocco, 1989. 221p.

FURNISS, T. **Abuso sexual de criança: uma abordagem multidisciplinar, manejo, terapia e intervenção legal integrados**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.337p.

GOMES, R.; DESLANDES, S.F.; VEIGA, M.M.; BHERING, C.; SANTOS, J.F.C. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus – tratos infantis na literatura. *Rev Saúde Pública*, 18(3):707-14, 2002.

GOMES, R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre morbi - mortalidade de crianças vítimas de violência. **Cad Saúde Pública**, 14(2):301-11, 1988.

GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L.F. A notificação da violência Intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. **Cad de Saúde Pública**, 18(1):315-9, 2002.

GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L.F.; MARQUES, M.J.V. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. **Rev Saúde Pública**, 33(6):1-12, 1999.

GUERRA, V.N.A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 3^a.ed., São Paulo: Cortez; 1998. 262p.

HEDIN, W.L. Physical and sexual abuse against woman and children. **Curr Opin Obstet Gynecol**, 12(5):349-55, 2000.

HEISE, L.; ELLSBERG, M. Como acabar com a violência contra as mulheres. **Pop Rep**, 27(4):11, 1999.

JEWKES,R.; LEVIN, J.; KEKANA, L. P. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross – sectional study. **Soc Sci Med**, 55(9):1603-7, 2002.

KLEINMAN, A. Social Violence: Research Questions on Local experiences and Global Responses. **Arch Gen Psychiatry**, 56(11):978-9,1999.

KOENIG, M.A.; LUTALO, T.; ZHAO, F.; NALUGODA, F.; WABWIRE-MANGEN, F.; KIWANUKA, N. et al. Domestic violence in rural Uganda: evidence from a community – based study. **Bull World Health Organ**, 81(1):53-60, 2003.

LACRI. Laboratorio De Estudos Da Crianca – LACRI –IPUSP. Disponível em: <<http://www.usp.br/ip/laboratorios/lacri/menulacri.htm>>. acesso:27.08. 2004.

LEFÉVRE, F. Violação e violência: resgatando a violação como fato cultural. **Rev Bras Cresc Desenvolv Hum**, 2(2):36-42, 1992.

LEUNG, W.C.; WONG, Y.Y.M.; LEUNG, T.W.; HO, P.C. Pregnancy outcome following domestic violence in a Chinese community. **Int J Gynaecol Obstet**, 72:79-80, 2001.

LOPEZ, I.M.R.S.; GOMES, K.R.O.; SILVA, B.B.; DEUS, M.C.B.R.; GALVÃO, E.R.C.G.N.; BORBA, D.V. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no Projeto Maria-Maria em Teresina – PI. **RBGO**, 26(2):111-6, 2004.

MAIRA, G. La violencia intrafamiliar: experiência ecuatoriana en la formulación de políticas de atención en el sector de la salud. **Rev Panam Salud Publica**, 5(4/5):332-7, 1999.

MALDONADO, M.T. Caminhos da prevenção da violência doméstica e escolar: construindo a paz. **Adolesc Latinoam**, 1(2):1-8, 1998.

MARTIN, S. Children exposed to domestic violence: psychological considerations for health care Practitioners. **Holist Nurs Pract**, 16(3):7-15, 2002.

McGUIGAN, W.M.; VUCHINICH, S.; PRATT, C.C. Domestic violence, parent's view of their infant, and risk for child abuse. **J Fam Psychol**, 14(4):613-24, 2000.

MENEGHEL, S.N.; GIUGLIANI, E.J.; FALCETO, O. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. **Cad Saúde Pública** 14(2):1-14, 1998.

MONTEIRO FILHO, L.; PHEBO, L.B. (Coord). **Maus-tratos contra crianças e adolescentes, proteção e prevenção: guia de orientação para educadores**. 2ª.ed. Petrópolis, Autores & Agentes & Associados. 1997. 40p.

OSHIKATA, C.T. **Violencia Sexual: características da agressão, das mulheres agredidas e do atendimento recebido em um hospital universitário de Campinas**. Campinas, 2003. [Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas].

POLANCZYK, G.V.; ZAVASCHI, M.L.; BENETTI, S.; ZENKER, R.; GAMMERMAN, P.W. Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. **Rev Saúde Pública**, 37(1):8-14, 2003.

REIS, N.J.; MARTIN, C.C.S.; FERRIANI, M.G.C. Mulheres vítimas de violência sexual: meios coercitivos e produção de lesões não - genitais. **Cad Saúde Pública**, 20(2):46-73, 2004.

REYNOLDS, M.W.; WALLACE, J.; HILL, T.F.; WEIST, M.D.; NABORS, L.A. The relationship between gender, depression, and self-esteem in children who have witnessed domestic violence. **Child Abuse Negl**, 25:1201-6, 2001.

RIBEIRO, A.; FERRIANI, M.G.C.; REIS, J.N. Violência sexual contra crianças e adolescentes características relativas a vitimização. **Cad Saúde Pública**, 20(2):456-64, 2004.

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M.C.B. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez; 1997. p.73-8.

ROQUE, L.M.S.T.; FERRIANI, M.G.C. Desvendando a violência doméstica contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do Direito na Comarca de Jardinópolis – SP. **Rev Latinoam Enferm**, 10(30):334-44. 2002.

ROSSI, D.; MOTTA, M.L.; SILVA, J.L.P. Gravidez entre adolescentes: resultados de violência sexual. **Rev Ginecol Obstet**, 5(4):267-74, 1994.

ROUYER, M. As crianças vítimas, conseqüências a curto e médio prazo. In: GABEL, M. **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus; 1997. p.62-71.

SANTOS, M. F.F. **Violência sexual: contra a mulher cometida por agressor desconhecido da vítima**. Campinas: Alínea; 1997. 116p.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. (Coord.) Violência contra a mulher e a saúde no Brasil: Estudo multipaíses da OMS sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1999 – 2004. Disponível em www.agende.org.br. acesso em 10.11.2004.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA Jr, I.F.; PINHO, A.A. A violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, 36(4):470-7, 2002.

SIBERT, J. R.; PAYNE, E.H.; KEMP, A. M.; BARBER, M.; ROLFE, K.; MORGAN, R.J.H. The incidence of severe physical child abuse in wales. **Child Abuse Negl**, (26):267-76, 2002.

SILVA, K.H. **Notificações de Maus-Tratos contra crianças e adolescentes da rede municipal de saúde no Rio de Janeiro aos conselhos tutelares: uma relação em construção**. Dissertação de Mestrado. Ministério da Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz/ Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2001.

SISLEY, A.; JACOBS, L.M.; POOLE, G.; CAMPBELL, S.; ESPOSITO, T. Violence in America : a public health crisis – domestic violence. **J Trauma** 46(6):1105-12, 1999.

SOUZA, E.R.; ASSIS, S.G.; ALZUGIR, F.G.V. Estratégias de atendimento aos casos de abuso sexual infantil: um estudo bibliográfico – Assistance strategies to sexually abused children: a bibliographical study. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, 2(2)105-16, 2002.

TENÓRIO, F.G. **Gestão de ONGS - Principais funções gerenciais**. Rio de Janeiro. p.95-126; Fundação Getúlio Vargas, 2003, 95-126 .

VARGAS, J.D. Familiares ou desconhecidos? A relação entre os protagonistas do estupro no fluxo do Sistema de Justiça Criminal. **Rev Bras Ciênc Soc**,14(40):1-28, 1999.

8. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J. L.; BORGES, S. M.; VASCONCELLOS, A. C.; MAGALHÃES, M. H. A. – **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed., Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98 (alterada 2002).

9. Anexos

9.1. Anexo 1 - Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____ abaixo assinado fui convidado/a a participar voluntariamente da pesquisa a denúncia da violência doméstica contra crianças e adolescentes (procedimentos dos profissionais de saúde do setor público de Campinas) e fui informado/a que o estudo tem como objetivo saber o que fazem os profissionais da saúde quando se deparam com uma violência doméstica praticada contra crianças e/ou adolescentes.

Fui esclarecido/a que minha participação poderá contribuir para a elaboração de um diagnóstico da realidade vivenciada por estes profissionais e, para a discussão de propostas e alternativas que visem a atuação na problemática para a diminuição do fenômeno.

Fui informado/a que será assegurada minha liberdade de aceitar ou não, e que minha recusa não terá nenhuma implicação na minha atividade profissional.

Também fui informado/a que minha identidade nesse estudo será mantida em sigilo.

Campinas, _____ de _____ de 2002.

Assinatura do pesquisado

Dalva Rossi (pesquisadora)

Telefone da pesquisadora para esclarecimentos: (19) 37889328/ 37889351

9.2. Anexo 2 - Questionário

Informação:

Esta pesquisa tem como objetivo a discussão da violência doméstica praticada contra crianças (0 a 9 anos de idade) e adolescentes (10 a 19 anos de idade) no âmbito familiar. Nossa proposta é detectar através das respostas dos profissionais quais as dificuldades e os obstáculos existentes para percepção, confirmação e encaminhamento em caso de ocorrência desse tipo de violência. Os resultados contribuirão para a reflexão de comportamentos e dificuldades e, a partir daí novos procedimentos, novos projetos poderão surgir para que realmente sejam implantados programas de prevenção a esse tipo de violência.

Por essas razões pedimos a sua colaboração respondendo o questionário. O sigilo absoluto será garantido. Uma urna, do conhecimento do secretário do Serviço, está a sua disposição para a devolução do questionário, que não contém qualquer identificação, e para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde consta o seu nome. Não esquecer de lacrar o envelope!!!! O Consentimento Livre e Esclarecido após preenchido deverá ser devolvido na urna sem necessidade de ser colocado no envelope. Se você por algum motivo não quiser responder o questionário, peço por gentileza devolvê-lo em branco na urna.

Para responder às perguntas você pode fazer um círculo ou um x nos números correspondentes às respostas. Existem questões que, de acordo com a resposta você deverá pular para as seguintes quando há indicação.

Em caso de dúvida você poderá localizar-me de 2^a, 3^a, 5^a, das 13:00 às 17:00hs no telefone (19) 37889328 ou (19) 37889351.

III. Violência Sexual Doméstica

3.1 “Violência Sexual se configura como todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança ou adolescente ou utilizá-lo para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa”. (AZEVEDO & GUERRA, 1989). Você já teve alguma suspeita da ocorrência de violência sexual doméstica contra crianças e/ou adolescentes, no seu local de trabalho?

- (1) Sim, uma vez (2) sim, mais de uma vez (3) não, nunca (pule para a pergunta 3.6)

3.2 O que você fez? (assinale quantas alternativas julgar necessário)

- (1) Conversou com o chefe imediato (8) Conversou com os colegas
(2) Conversou com o pai da vítima (9) Conversou com a mãe da vítima
(3) Não tomou conhecimento, pois teve medo de prejudicar a criança (10) Teve medo de represálias por parte família da vítima
(4) Teve medo de represálias por parte do agressor (11) Teve medo de sofrer conseqüências no serviço
(5) Não soube identificar com exatidão (12) Não soube o que fazer
(6) Conversou com outro parente da vítima, quem? _____
(7) Não se envolveu porque no seu trabalho profissional não entra em problemas familiares

3.3 Notificou algum órgão responsável?

- (1) sim, qual? _____ (2) não (pule para a pergunta 3.5)

3.4 Você notificou e: (após responder, pule para a pergunta 4.1)

- (1) acompanhou a situação da vítima (2) procurou resolver a situação da vítima no seu próprio local de trabalho
(3) nunca mais viu a vítima (4) acredita ter cumprido sua função

3.5 Por quê você não notificou algum órgão responsável? (após responder pule para a pergunta 4.1)

- (1) Por medo de prejudicar a vítima (4) Para não se envolver em problemas familiares
(2) Por medo de represálias por parte da família (5) Por medo de represálias do agressor
(3) Por medo de sofrer conseqüências no serviço (6) Não sei como fazer

3.6 Se suspeitasse da ocorrência de violência sexual doméstica contra crianças e/ou adolescentes no seu local de trabalho, o que faria?

- (1) Conversaria com o chefe imediato (8) Conversaria com os colegas
(2) Conversaria com o pai da vítima (9) Conversaria com a mãe da vítima
(3) Não se envolveria em problemas familiares (10) Teria medo de represálias por parte família da vítima
(4) Teria medo de represálias por parte do agressor (11) Teria medo de sofrer conseqüências no serviço
(5) Não saberia identificar com exatidão (12) Não saberia como fazer
(6) Conversaria com outro parente da vítima, quem? _____
(7) Não tomaria conhecimento, pois ficaria com medo de prejudicar a criança

3.7 Notificaria algum órgão responsável?

- (1) sim, qual? _____ (pule para a pergunta 4.1) (2) não (pule para a pergunta 3.8)

3.8 Por quê você não notificaria algum órgão responsável?

- (1) Por medo de prejudicar a vítima (4) Para não se envolver em problemas familiares
(2) Por medo de represálias por parte da família (5) Por medo de represálias do agressor
(3) Por medo de sofrer conseqüências no serviço (6) Não sei como fazer

IV. Violência Psicológica

4.1 Entende-se por” violência/tortura psicológica quando um adulto constantemente deprecia a criança, bloqueia seus esforços de auto aceitação, causando-lhe grande sofrimento mental. Ameaças de abandono também podem tornar uma criança medrosa e ansiosa, representando forma de sofrimento psicológico” (GUERRA, 1998). Você já teve alguma suspeita ou presenciou a ocorrência de violência psicológica doméstica contra crianças e/ou adolescentes, no seu local de trabalho?

- (1) sim uma vez, (2) sim, mais de uma vez (3) não, nunca (pule para a pergunta 4.6)

4.2 O que você fez? (assinale quantas alternativas julgar necessário)

- (1) Conversou com o chefe imediato (8) Conversou com os colegas
(2) Conversou com o pai da vítima (9) Conversou com a mãe da vítima
(3) Não tomou conhecimento, pois teve medo de prejudicar a criança (10) Teve medo de represálias por parte família da vítima
(4) Teve medo de represálias por parte do agressor (11) Teve medo de sofrer conseqüências no serviço
(5) Não soube identificar com exatidão (12) Não soube o que fazer
(6) Conversou com outro parente da vítima, quem? _____
(7) Não se envolveu porque no seu trabalho profissional não entra em problemas familiares

- 4.3 Notificou algum órgão responsável?
 (1) sim, qual? _____ (2) não (pule para a pergunta 4.5)
- 4.4 Você notificou e: (após responder, pule para a pergunta 5.1)
 (1) acompanhou a situação da vítima (2) procurou resolver a situação da vítima no seu próprio local de trabalho
 (3) nunca mais viu a vítima (4) acredita ter cumprido sua função
- 4.5 Por quê você não notificou algum órgão responsável? (após responder pule para a pergunta 5.1)
 (1) Por medo de prejudicar a vítima (4) Para não se envolver em problemas familiares
 (2) Por medo de represálias por parte da família (5) Por medo de represálias do agressor
 (3) Por medo de sofrer conseqüências no serviço (6) Não sei como fazer
- 4.6 Se suspeitasse ou presenciasse a ocorrência de violência psicológica doméstica contra crianças e/ou adolescentes no seu local de trabalho, o que faria?
 (1) Conversaria com o chefe imediato (8) Conversaria com os colegas
 (2) Conversaria com o pai da vítima (9) Conversaria com a mãe da vítima
 (3) Não se envolveria em problemas familiares (10) Teria medo de represálias por parte família da vítima
 (4) Teria medo de represálias por parte do agressor (11) Teria medo de sofrer conseqüências no serviço
 (5) Não saberia identificar com exatidão (12) Não saberia como fazer
 (6) Conversaria com outro parente da vítima, quem? _____
 (7) Não tomaria conhecimento, pois ficaria com medo de prejudicar a criança
- 4.7 Notificaria algum órgão responsável?
 (1) sim, qual? _____ (pule para a pergunta 5.1) (2) não (pule para a pergunta 4.8)
- 4.8. Por quê você não notificaria algum órgão responsável?
 (1) Por medo de prejudicar a vítima (4) Para não se envolver em problemas familiares
 (2) Por medo de represálias por parte da família (5) Por medo de represálias do agressor
 (3) Por medo de sofrer conseqüências no serviço (6) Não sei como fazer

V. Negligência Doméstica

- 5.1 Entende-se por negligência doméstica: "omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. Configura-se quando os pais (ou responsáveis) falham em termos de alimentar, de vestir adequadamente seus filhos, etc, e quando tal falha não é resultado das condições de vida além de seus controles" (GUERRA, 1998). Você já teve alguma suspeita ou presenciou a ocorrência de negligência doméstica contra crianças e/ou adolescentes, no seu local de trabalho.
 (1) sim uma vez (2) sim mais de uma vez (3) não, nunca (pule para a pergunta 5.6)
- 5.2 O que você fez? (assinale quantas alternativas julgar necessário)
 (1) Conversou com o chefe imediato (8) Conversou com os colegas
 (2) Conversou com o pai da vítima (9) Conversou com a mãe da vítima
 (3) Não tomou conhecimento, pois teve medo de prejudicar a criança (10) Teve medo de represálias por parte família da vítima
 (4) Teve medo de represálias por parte do agressor (11) Teve medo de sofrer conseqüências no serviço
 (5) Não soube identificar com exatidão (12) Não soube o que fazer
 (6) Conversou com outro parente da vítima, quem? _____
 (7) Não se envolveu porque no seu trabalho profissional não entra em problemas familiares
- 5.3 Notificou algum órgão responsável?
 (1) sim, qual? _____ (2) não (pule para a pergunta 5.5)
- 5.4 Você notificou e: (após responder, pule para a pergunta 6.1)
 (1) acompanhou a situação da vítima (2) procurou resolver a situação da vítima no seu próprio local de trabalho
 (3) nunca mais viu a vítima (4) acredita ter cumprido sua função
- 5.5 Por quê você não notificou algum órgão responsável?
 (1) Por medo de prejudicar a vítima (4) Para não se envolver em problemas familiares
 (2) Por medo de represálias por parte da família (5) Por medo de represálias do agressor
 (3) Por medo de sofrer conseqüências no serviço (6) Não sei como fazer

5.6 Se suspeitasse ou presenciasse a ocorrência de negligência doméstica contra crianças e/ou adolescentes no seu local de trabalho, o que faria?

- | | |
|---|--|
| (1) Conversaria com o chefe imediato | (8) Conversaria com os colegas |
| (2) Conversaria com o pai da vítima | (9) Conversaria com a mãe da vítima |
| (3) Não se envolveria em problemas familiares | (10) Teria medo de represálias por parte família da vítima |
| (4) Teria medo de represálias por parte do agressor | (11) Teria medo de sofrer conseqüências no serviço |
| (5) Não saberia identificar com exatidão | (12) Não saberia como fazer |
- (6) Conversaria com outro parente da vítima, quem? _____
- (7) Não tomaria conhecimento, pois ficaria com medo de prejudicar a criança

5.7 Notificaria algum órgão responsável?

- (1) sim, qual? _____ (pule para a pergunta 6.1) (2) não (pule para a pergunta 5.8)

5.8. Por quê você não notificaria algum órgão responsável?

- | | |
|--|--|
| (1) Por medo de prejudicar a vítima | (4) Para não se envolver em problemas familiares |
| (2) Por medo de represálias por parte da família | (5) Por medo de represálias do agressor |
| (3) Por medo de sofrer conseqüências no serviço | (6) Não sei como fazer |

VI. Sinais de Violência

6.1 Quais os sinais que chamariam a sua atenção e poderiam indicar que uma criança ou adolescente está sofrendo violência física doméstica? Cite três.

6.2 Quais os sinais que chamariam a sua atenção e poderiam indicar que uma criança ou adolescente está sofrendo violência sexual doméstica? Cite três.

6.3 Quais os sinais que chamariam a sua atenção e poderiam indicar que uma criança ou adolescente está sofrendo violência psicológica doméstica? Cite três.

6.4 Quais os sinais que chamariam a sua atenção e poderiam indicar que uma criança ou adolescente está sofrendo negligência doméstica? Cite três.

VII. Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes e as Instituições

7.1 Na sua opinião as Instituições que atendem as denúncias da violência doméstica contra as crianças e adolescentes, na cidade de Campinas solucionam o problema?

- (1) Sempre (2) Às vezes (3) Não, nunca

7.2 Se você denunciou uma suspeita ou ocorrência de violência para alguma instituição, qual foi o retorno conseguido

- | | |
|--|--|
| (1) Foi atendido imediatamente | (2) Demorou para ser atendido |
| (3) Não foi atendido | (4) O resultado atendeu as suas expectativas |
| (5) O resultado não atendeu as suas expectativas | (6) O que pensa dessas instituições _____ |

7.3 Se você fosse convocado a depor na Justiça sobre um caso que tenha conhecimento ou que atendeu, você iria?

- (1) Sim (2) Não

7.4 Porque?

- (1) Sentiria medo de algumas conseqüências pessoais, que pudesse ocorrer?
- (2) Sentiria medo das conseqüências pessoais para as vítimas e familiares?
- (3) Sentiria medo de qualquer represália por parte do agressor ou agressores?
- (4) Acha que crianças são problemas de família ?
- (5) Preferiria não se envolver?

VIII. Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes e o Código de Ética Profissional

8.1 Na sua formação profissional você teve acesso a discussões sobre a responsabilidade de denúncia nos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes?

- (1) Sim (2) Não discutido em nenhum momento (3) Não lembro (4) Não saberia dizer

8.2 O seu código de ética lhe daria respaldo na denúncia da violência doméstica contra crianças e adolescentes?

- (1) Sim (2) Não (3) Não Sei

IX. Idade das Crianças e ou Adolescentes.

9.1 No seu local de trabalho você atende crianças e adolescentes em que faixa etária: (assinale quantas alternativas julgar necessário)

- (1) 0 a 4 anos
- (2) 5 a 9 anos
- (3) 10 a 14 anos
- (4) 15 a 19 anos

Se você, desejar fazer alguma observação relacionada ao questionário ou ao assunto, por favor utilize o espaço abaixo:

9.3. Anexo 3 – Carta de apresentação

Campinas, 06 de agosto de 2002.

Este documento tem o objetivo de solicitar de Vsa autorização para que a assistente social Dalva Rossi, aluna de doutorado do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, desenvolva uma pesquisa com os profissionais deste Serviço sobre “A Denúncia da Violência Doméstica contra crianças e Adolescentes (procedimentos dos profissionais da saúde do setor público de Campinas)”, cujo objetivo é detectar quais as dificuldades e obstáculos que esses profissionais enfrentam quando se deparam com esse tipo de problema.

A pesquisa será realizada através de um questionário entregue aos profissionais e após o preenchimento serão depositados em urnas que ficarão nos respectivos Serviços, e posteriormente serão recolhidas pela pesquisadora. O projeto de pesquisa e o questionário foram aprovados pelos comitês de ética e de pesquisa da UNICAMP.

Os profissionais selecionados para a pesquisa serão: médicos, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

A decisão em aceitar participar da pesquisa é exclusiva de cada profissional, que se concordar estará assinando um termo de consentimento e terá sua identidade mantida em sigilo.

Nosso compromisso é após o término da pesquisa, apresentar o resultado aos profissionais .

Certo de contar com sua atenção e colaboração, agradeço.

Drº João Luiz Pinto e Silva

Diretor do Departamento de Tocoginecologia do CAISM UNICAMP
Orientador da Tese de Doutorado