



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

MURILO SABBAG MORETTI

**FORMAÇÃO DE ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DO
TEMA DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
IMPLANTAÇÃO E VERIFICAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM MODELO EDUCATIVO**

**Presidente Prudente-SP
2019**



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

MURILO SABBAG MORETTI

**FORMAÇÃO DE ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DO
TEMA DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
IMPLANTAÇÃO E VERIFICAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM MODELO EDUCATIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Oeste Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação. Área de concentração: Educação.

Orientador:
Prof. Dr. Alex Sandro Gomes Pessoa

**Presidente Prudente-SP
2019**

378
M845f

Moretti, Murilo Sabbag.

Formação de estudantes e profissionais da saúde acerca do tema da violência contra crianças e adolescentes: implantação e verificação da eficácia de um modelo educativo. / Murilo Sabbag Moretti. – Presidente Prudente, 2019.

84 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade do Oeste Paulista – Unoeste, Presidente Prudente, SP, 2019.

Bibliografia.

Orientador: Dr. Alex Sandro Gomes Pessoa

1. Violência. 2. Criança. 3. Adolescente. 4. Profissional de saúde. 4. Educação. Título.

MURILO SABBAG MORETTI

**FORMAÇÃO DE ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DO
TEMA DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
IMPLANTAÇÃO E VERIFICAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM MODELO EDUCATIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Oeste Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação.
Área de concentração: Educação

Presidente Prudente, 29 de maio de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alex Sandro Gomes Pessoa
Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE
Presidente Prudente – SP

Profa. Dra. Camélia Santana Murgos Mansão
Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE
Presidente Prudente – SP

Profa. Dra. Renata Maria Coimbra Libório
Universidade Estadual Paulista - UNESP
Presidente Prudente – SP

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto
Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC
Goiânia - GO

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que com todo amor e dedicação construíram aquilo que eu sou hoje e me mostraram os verdadeiros valores da vida.

A todas as crianças e adolescentes que, de alguma forma, foram violentadas e agredidas e tiveram parte de sua infância ou adolescência roubada pela incosequência de atos de outros.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me permitir desfrutar todos os dias da alegria de viver da forma mais feliz possível a plenitude da vida.

Ao meu orientador, professor Dr. Alex Sandro Gomes Pessoa, por aceitar o desafio de orientar alguém de uma área distinta e por sua disponibilidade, atenção e dedicação dispendida a mim. Agradeço pelo exemplo e pelo compromisso com o tema abordado nesta dissertação.

A todos os participantes desta pesquisa que colaboraram para a obtenção dos resultados satisfatórios e para as modificações sociais esperadas a partir da mesma.

À chefe do Departamento de Pediatria da UNOESTE e Hospital Regional de Presidente Prudente, Elza Akiko Natsumeda Utino, pelo incentivo, apoio desmedido e por ser exemplo de força e dedicação à Pediatria e à docência.

Aos meus alunos e residentes que me fazem diariamente renovar as forças e as energias para o exercício da Medicina e o ensino da Pediatria.

Finalmente, aos meus colegas de profissão, amigos e familiares pelo apoio incondicional e por me fazerem crescer, cada vez mais, como pessoa e profissional.

Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a fez tão importante

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

Formação de estudantes e profissionais da saúde acerca do tema da violência contra crianças e adolescentes: implantação e verificação da eficácia de um modelo educativo

O reconhecimento e a denúncia de situações de violência contra crianças e adolescentes são fundamentais para o encaminhamento dos casos ao poder público. O atendimento em saúde é, muitas vezes, a primeira possibilidade para a notificação dos casos, suspeitos ou confirmados, além de tais procedimentos estarem previstos nos códigos de ética de diversas profissões da saúde. Todavia, a formação dos profissionais da saúde está centrada no binômio saúde-doença, o que resulta em despreparo para enfrentar situações como a violência contra crianças e adolescentes, cuja abordagem é negligenciada durante os anos da graduação e, até mesmo, nos cursos de formação continuada. Com base nessas prerrogativas, o objetivo desta dissertação foi desenvolver e avaliar a eficácia um modelo de intervenção, voltado para estudantes e profissionais da área da saúde, capaz de auxiliá-los na identificação e encaminhamento de casos de violência cometida contra crianças e adolescentes. A pesquisa realizada foi um estudo do tipo intervenção. Um programa de formação composto por 11 sessões acerca do tema foi desenvolvido e aplicado com três grupos distintos, denominados Grupos Experimentais (GE): 32 alunos de graduação da Faculdade de Medicina de uma universidade particular do interior de São Paulo (G1); 33 médicos residentes de Pediatria de um hospital terciário do interior de São Paulo (G2); 35 profissionais que atuam na rede de atenção primária de saúde de um município de médio porte localizado no interior do estado de São Paulo (G3). Para a verificação da eficácia do programa, foram constituídos os Grupos Controles (GC), que apresentavam as mesmas características do GE, porém, não participaram da intervenção. Para mensurar os efeitos da intervenção, foi utilizado um questionário estruturado, construído pelos proponentes desta investigação. Tal instrumento foi submetido ao processo Validação de Conteúdo (VC) e validado por juízes com notório saber na área em que a pesquisa se insere. Os resultados foram analisados de forma quantitativa comparando os itens dos questionários do pré e pós-testes dos três grupos separadamente, bem como contrastados com os indicadores obtidos no GC. Em todas as categorias do questionário não houve diferença estatística entre o intervalo do pré e pós teste no GC. Já no GE, em todas as dimensões avaliadas houve melhora estatisticamente significativa, o que mostra que a intervenção trouxe mudanças nas concepções prévias das quais os participantes tinham sobre o tema, principalmente na categoria atuação profissional, o que evidencia a validade científica do programa desenvolvido nesta pesquisa. Além disso, ao serem comparadas as respostas obtidas nos questionários entre os três grupos (G1- Graduandos; G2 - Pós-graduandos; G3 - Profissionais de saúde) para a verificação de qual grupo uma intervenção dessa natureza seria mais eficaz, ficou constatado que não houve diferença estatística intergrupos, muito embora seja importante destacar que, em todos os grupos houve melhoras nas concepções, constatadas pelas provas estatísticas empregadas. Esses dados evidenciam que o modelo educativo desenvolvido pode ser proposto em diferentes níveis de educação, seja

para a formação inicial, em nível de pós-graduação, seja para ações de formação continuada voltadas aos profissionais da saúde.

Palavras-chave: Violência. Criança. Adolescente. Profissional de Saúde. Educação.

ABSTRACT

Training students and health professionals on the theme of violence against children and adolescents: implementation and verification of the effectiveness of an educational model

The recognition and denunciation of situations of violence against children and adolescents are fundamental for the referral of the cases to the public power. Health care is often the first possibility for reporting cases, suspected or confirmed, and these procedures are provided for in the codes of ethics of various health professions. However, the training of health professionals is centered on the health-disease binomial, which results in unpreparedness to face situations such as violence against children and adolescents, whose approach is neglected during the graduation years and even in the training courses continued. The objective of this dissertation was to develop and evaluate the effectiveness of an intervention model, aimed at students and professionals in the health area, capable of assisting them in the identification and referral of cases of violence against children and adolescents. The research was an intervention-type study. A training program composed of 11 sessions on the theme was developed and applied with three groups, called Experimental Groups (EG): 32 undergraduate students of the Medicine College of a private university in the interior of São Paulo (G1); 33 resident doctors of Pediatrics of a tertiary hospital in the interior of São Paulo (G2); 35 professionals working in the primary health care network of a medium-sized municipality (G3). To verify the effectiveness of the program, the Control Groups (CG) were constituted, which presented the same characteristics of the EG, but did not participate in the intervention. To measure the effects of the intervention, a structured questionnaire was used, constructed by the proponents of this investigation. This instrument was submitted to the Validation of Content (VC) process and validated by judges with well-known knowledge in the area in which the research is inserted. The results were analyzed comparing the items of the pre and post-test questionnaires of the three groups separately, as well as contrasted with the indicators obtained in the CG. In all categories of the questionnaire there was no statistical difference between the pre and post test interval in the CG. In the GE, in all dimensions evaluated there was a statistically significant improvement, which shows that the intervention brought changes in the previous conceptions that the participants had on the subject, mainly in the professional performance category, which evidences the scientific validity of the program developed in this search. In addition, when comparing the answers obtained in the questionnaires between the three groups (G1 - Graduates, G2 - Graduate students, G3 - Health professionals) to verify which group an intervention of this nature would be more effective, it was verified that there was a statistical difference between groups, although it is important to highlight that in all groups there were improvements in the conceptions, contacted by the statistical tests used. These data show that the educational model developed can be proposed at different levels of education, either for initial training, at the postgraduate level, or for continuing education actions aimed at health professionals.

Keywords: Violence. Kid. Teenager. Health Professional. Education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação da gravidade e conduta nos casos de violência contra crianças	36
Quadro 2 - Processo de Validação de Conteúdo	44
Quadro 3 - Intervenção com os grupos de participantes	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Doses recomendadas de esquema alternativo de antirretrovirais.....	37
Tabela 2 - Doses recomendadas de ATV para maiores de 6 anos	37
Tabela 3 - Doses recomendadas de esquema preferencial de antirretrovirais	37
Tabela 4 - Avaliação do pré e pós teste dos grupos experimental e controle por categorias	54
Tabela 5 - Avaliação do pré e pós teste dos grupos experimental e controle na categoria aceitação e naturalização da violência	55
Tabela 6 - Avaliação do pré e pós teste dos grupos experimental e controle na categoria violência física	56
Tabela 7 - Avaliação do pré e pós teste dos grupos experimental e controle na categoria violência sexual	57
Tabela 8 - Avaliação do pré e pós teste dos grupos experimental e controle na categoria violência psicológica	58
Tabela 9 - Avaliação do pré e pós teste dos grupos experimental e controle na categoria negligência.....	59
Tabela 10 - Avaliação do pré e pós teste dos grupos experimental e controle na categoria atuação profissional.....	60
Tabela 11 - Comparação da eficácia da intervenção entre os três grupos participantes	61

LISTA DE SIGLAS

CNRM	- Comissão Nacional de Residência Médica
CRAS	- Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	- Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT	- Conselho Tutelar
CVC	- Coeficiente de validação de conteúdo
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IM	- Intramuscular
KG	- Quilograma
MG	- Miligramas
ONU	- Organização das Nações Unidas
SBP	- Sociedade Brasileira de Pediatria
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	- Sistema Único de Saúde
UI	- Unidades internacionais
VO	- Via oral

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	15
	OBJETIVO GERAL	19
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
	CAPÍTULO I	21
1	FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA A COMPREENSÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	21
1.1	Dimensões culturais, jurídicas e psicológicas da violência contra crianças e adolescentes	21
1.2	Tipificação da violência contra crianças e adolescentes: epidemiologia e indicadores sintomatológicos para profissionais da saúde.....	25
1.2.1	Violência Física.....	26
1.2.2	Violência Psicológica	28
1.2.3	Violência Sexual	30
1.2.4	Negligência e Abandono.....	32
1.3	Condutas dos profissionais de saúde mediante casos de violência contra crianças e adolescentes.....	34
1.4	A rede de proteção e as possíveis articulações para o atendimento à vítima	38
	CAPÍTULO II	41
2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	41
2.1	Desenho da pesquisa.....	41
2.2	Instituições e participantes	42
2.3	Instrumentos	43
2.4	Descrição da intervenção	45
2.5	Procedimentos.....	51
2.6	Análise dos dados	52
2.7	Questões éticas	53
	CAPÍTULO III	54
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
3.1	Discussão dos resultados	61
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66

REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICES.....	74
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO.....	75
APÊNDICE B - ORIENTAÇÕES PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	79
APÊNDICE C - RESULTADOS DAS AVALIAÇÕES DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO.....	81

INTRODUÇÃO

Aceitar a proposta de escrever uma dissertação sobre um tema pelo qual você é capaz de se envolver intensamente é, ao mesmo tempo, desafiador e gratificante. A presente pesquisa originou-se do interesse comum do pesquisador e de seu orientador pelo tema central: a violência contra crianças e adolescentes. O pesquisador iniciou sua formação em 1999, ao ingressar na Faculdade de Medicina na Universidade do Oeste Paulista, em Presidente Prudente, tendo obtido a titulação em 2004. Apaixonado pela Pediatria, foi o caminho escolhido para dar seguimento aos estudos na pós-graduação, iniciando a residência médica nessa especialidade na Universidade Estadual de Londrina, entre os anos de 2005 a 2008. Nesse mesmo ano, o pesquisador retorna à cidade de Presidente Prudente e logo inicia o exercício da docência na mesma universidade em que ocorreu sua formação inicial, além de atuar como preceptor da residência médica em Pediatria.

Exercendo a profissão como pediatra e como formador de futuros profissionais, o tema da violência contra crianças e adolescentes sempre despertou interesse, pela magnitude da problemática e pelas repercussões na vida das vítimas. Tratava-se, no entanto, de algo inquietante, na medida em que se constata que esse é um conteúdo negligenciado, tanto na formação inicial quanto na atuação dos profissionais. Ao final dos cursos de formação, tanto na medicina quanto na residência, o próprio pesquisador responsável por essa investigação não se sentia preparado para reconhecer e tomar as condutas e encaminhamentos necessários. Ainda mais preocupante é fato de que esse sentimento também era relatado por outras pessoas e profissionais (pós-graduandos, alunos da graduação e profissionais da saúde). Assim, parte-se da constatação de que o tema da violência contra crianças e adolescentes é pouco abordado na formação médica e de outras áreas da saúde.

A questão da violência é uma das principais causas de morbi-mortalidade, despertando, no setor de saúde e de outras políticas, grande preocupação. O problema requer a mobilização das redes de apoio interinstitucionais, deixando de ser considerado um problema apenas do setor social e judiciário e devendo fazer parte da agenda de saúde pública. Configura-se, portanto, como grave problema de saúde e um desafio para os gestores do Sistema Único de Saúde (NUNES; SARTI; OHARA, 2008; GEBARA; LOURENÇO, 2008; MACHADO *et al.*, 2014).

A formação do profissional de saúde na graduação está centrada no conteúdo e na preocupação com o binômio saúde-doença, o que resulta em despreparo dos estudantes para enfrentar situações como a violência contra crianças e adolescentes, cuja abordagem é negligenciada durante os anos da graduação e até mesmo nos cursos de formação continuada. Um estudo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (SILVEIRA *et al.*, 2016) com profissionais das Unidades Básicas de Saúde, constatou que há, por parte desses profissionais, uma priorização na atenção aos sinais e sintomas físicos, negligenciando a saúde psíquica. Segundo a pesquisa, os profissionais não se sentem preparados para abordar aspectos psicológicos (KOIFMAN; MENEZES; BOHRER, 2012; SILVEIRA *et al.*, 2016).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2014) determinam como competência necessária ao médico acessar e utilizar informações que incluam o contexto cultural, socioeconômico e ambiental do paciente. Determina, ainda, que o médico seja capaz de relacionar os dados obtidos, articulando os aspectos biológicos, psicológicos e socioeconômico-culturais relacionados à vulnerabilidade de coletivos (BRASIL, 2014).

No âmbito da pós-graduação, o Programa de Residência Médica em Pediatria proposto pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), aponta como um dos 28 temas centrais na formação do Pediatra as situações de violência contra a criança e o adolescente. Sabe-se, porém, que se trata de um assunto pouco abordado pelos programas de residência em Pediatria e ainda menos enfatizado nos programas de outras especialidades médicas (BRASIL, 2010a).

Na pesquisa realizada com estudantes do Curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense por Koifman, Menezes e Bohrer (2012) por meio de entrevistas, a maioria (53%) declarou nunca ter tido esse tema abordado na faculdade, número reduzido para 40% quando comparados aos estudantes do internato. Do total de alunos, somente para 9% o tema foi bem abordado e não apresentaram dúvidas sobre o assunto e 44% relataram não se sentirem preparados para lidar com essa questão na vida profissional. Nas entrevistas com médicos residentes, metade relatou não ter tido experiência em situação relativa ao tema e dos cinco que relataram já ter tido alguma experiência (todos da especialidade de

Pediatria) apenas um afirmou segurança na identificação do caso, mas não quanto à conduta correta a ser seguida (KOIFMAN; MENEZES; BOHRER, 2012).

Outro estudo realizado com acadêmicos de medicina, odontologia e enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (ROSA *et al.*, 2010) evidenciou que o conceito sobre violência entre os entrevistados está relacionado apenas aos danos físicos provocados à vítima. Os sentimentos mais relatados foram o medo e a impotência, já que, para os acadêmicos, há um distanciamento do profissional diante dos problemas sociais da população, além de ser um tema pouco abordado na graduação, fazendo com que a formação seja incompleta. No currículo desses cursos, concluem os pesquisadores, pouco se discute sobre protocolos de atendimento às vítimas de violência (ROSA *et al.*, 2010).

A falta de informação técnica leva a um despreparo desses profissionais, tanto no reconhecimento dos maus-tratos, especialmente nos casos com sinais e sintomas mais sutis, quanto na forma adequada de realizar os encaminhamentos necessários. A visibilidade do problema depende dos aspectos emocionais dos profissionais e da formação técnica, para que possam estar atentos para suspeitar da existência de violência. Além disso, ocorre uma subnotificação pelo medo do envolvimento legal que essa conduta acarreta, bem como pela ausência de mecanismos legais de proteção ao profissional e, até mesmo, ameaças que sofrem dos autores da violência (COCCO; SILVA; JAHN, 2010; GARBIN *et al.*, 2015; CALZA; DELL'AGLIO; SARRIERA, 2016).

Além do pouco treinamento desses profissionais, a rotina agitada, o tempo limitado, a falta de privacidade e os recursos reduzidos também colaboram para que haja uma subdetecção dos casos, ou seja, os números originados das notificações dos riscos de saúde não representam a real ocorrência. Uma pesquisa realizada nas emergências pediátricas do Rio de Janeiro, por meio de busca ativa, confirma essa subnotificação (MOURA; MORAES; REICHENHEIN, 2008).

Entretanto, o atendimento em um pronto-socorro, unidade básica de saúde (UBS), estratégia de saúde da família (ESF), ambulatório ou consultório é, muitas vezes, a primeira possibilidade para o reconhecimento da violência. Os médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde devem estar atentos aos fatores de risco, sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Há uma necessidade de suporte às famílias por parte desses profissionais, por meio do estabelecimento de uma relação de confiança e do acesso à informação. Dessa forma, faz-se

necessário incorporar aos currículos de graduação e de pós-graduação formas de amenizar o déficit de aprendizagem teórica e prática no tema da violência contra a criança e ao adolescente (MOURA; MORAES; REICHENHEIN, 2008; PAIVA; ZAHER, 2012; KOIFMAN; MENEZES; BOHRER, 2012).

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990) coloca toda a sociedade como responsável pela efetivação dos direitos das crianças e adolescentes. O Artigo 245 do mesmo estatuto pontua como crime “deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente” sob pena de multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. O profissional de saúde, nesse contexto da violência infanto-juvenil, precisa lidar com diferentes tipos de sentimentos e situações para as quais muitas vezes não foi formado adequadamente e não se sente preparado (NUNES; SARTI; OHARA, 2009; CALZA; DELL’AGLIO; SARRIERA, 2016).

Para a violência que acomete crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde define: “quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas” (BRASIL, 2010c, p. 28). Para conhecer a magnitude do problema, o Ministério estruturou o VIVA (Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes) e o VIVA Sentinela, relativo à vigilância de violências, acidentes e emergências hospitalares, possibilitando a obtenção de informações para planejar ações de prevenção e atenção integral a vítimas de violência (BRASIL, 2010c; GARBIN *et al.*, 2015).

A denúncia de maus-tratos é extremamente importante, pois é o primeiro passo para que a situação de violência seja encaminhada ao poder judiciário. A notificação dos casos, suspeitos ou confirmados, está prevista nos códigos de ética de diversas profissões da saúde e não configura quebra de sigilo. A portaria 104 do Ministério da Saúde prevê a notificação compulsória de casos novos de doenças e agravos, incluindo a violência e a portaria 1968, de outubro de 2001, estabelece que os responsáveis pelas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) deverão notificar ao Conselho Tutelar todo caso suspeito ou confirmado de maus-

tratos contra crianças e adolescentes (COCCO; SILVA; JAHN, 2010; GARBIN *et al.*, 2015; CALZA; DELL'AGLIO; SARRIERA, 2016).

A compreensão e a problematização da violência contra crianças e adolescentes, enquanto problema de saúde, precisa contar com o suporte da universidade como espaço de formação do profissional para o reconhecimento e encaminhamento dos casos. A área da saúde deve se preocupar e aprofundar cada vez mais no tema da violência, como questão de promoção da saúde e da violência como tema-chave nas discussões sobre integralidade. É preciso que se tenha uma formação mais completa e que novas propostas e estratégias de ensino voltadas para esse tema se concretizem nos níveis de graduação, pós-graduação e educação continuada dos profissionais de saúde (ROSA *et al.*, 2010).

Sendo assim, essa pesquisa quer problematizar o déficit que o profissional de saúde tem em sua formação, tanto inicial como continuada, no tema da violência contra a criança e o adolescente, que repercute na dificuldade do reconhecimento e encaminhamento correto dos casos, perpetuando essa condição. Além disso, entende-se como necessária a elaboração de propostas de intervenção sobre o tema que contribuam na formação desses profissionais, possibilitando com que estejam mais bem preparados para reconhecer e lidar com os casos de violência.

Com base em todas essas prerrogativas, definiu-se, como objetivos desta dissertação:

OBJETIVO GERAL

- Desenvolver e avaliar a eficácia um modelo de intervenção, voltado para estudantes e profissionais da área da saúde, capaz de auxiliá-los na identificação e encaminhamento de casos de violência acometida contra crianças e adolescentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adaptar um questionário, com base em procedimentos de Validação de Conteúdo, que possa ser utilizado na avaliação do modelo de intervenção voltado para formação de estudantes e profissionais de saúde, no que diz respeito as suas concepções sobre o tema e a atuação profissional frente aos casos de violência contra crianças e adolescentes.

- Desenvolver um programa interventivo de média duração voltado a estudantes de graduação, da pós-graduação e de profissionais que atuam em instituições ligadas à política de saúde.
- Aplicar o programa interventivo desenvolvido nos três grupos participantes da pesquisa separadamente.
- Avaliar, por meio do emprego do questionário, a eficácia do programa através de modificações nas concepções dos participantes, no que diz respeito às concepções sobre violência, violência física, sexual, psicológica, negligência e abandono e atuação do profissional de saúde antes e após a intervenção;
- Comparar em qual dos três grupos a intervenção se mostrou mais efetiva e bem sucedida.

Em termos da estrutura da dissertação, no Capítulo I discutem-se conceitos e concepções sobre violência contra a criança e o adolescente, de modo a apresentar um histórico sobre os documentos de proteção e de garantia de direitos e as consequências (sociais e psicológicas) da violação dos direitos na vida das vítimas. Tipifica-se a violência em física, sexual, psicológica e negligência, explorando, em cada uma delas, o conceito, dados epidemiológicos e os principais indicadores que o profissional de saúde deve estar atento para a identificação de sua manifestação. Em seguida, argumenta-se, com base nos documentos oficiais, que é dever dos profissionais da saúde, frente aos casos suspeitos ou confirmados de violência, encaminhar as denúncias aos órgãos competentes. Por fim, este capítulo aborda o papel da rede de proteção na vida das vítimas, bem como a necessidade dos profissionais de saúde a reconhecerem.

O Capítulo II traz a metodologia utilizada nesta pesquisa, desde o levantamento bibliográfico para a construção da intervenção, a construção do questionário a ser utilizado como pré e pós-teste, a execução da intervenção com os grupos participantes e os temas e objetivos de cada sessão. Optou-se por não colocar o conteúdo programático completo, já que existe a pretensão de uma publicação da mesma. Na sequência, no capítulo III, apresenta-se, respectivamente, a análise dos resultados através d e a discussão. Já as considerações finais constituem-se como a última seção desta dissertação, o capítulo IV.

CAPÍTULO I

1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA A COMPREENSÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

No capítulo I serão expostos os fundamentos teóricos obtidos através da revisão da literatura para o entendimento da violência contra crianças e adolescentes. As dimensões culturais, jurídicas e psicológicas acerca do tema serão abordadas para melhor compreensão do leitor, além da tipificação da violência em física, sexual, psicológica e negligência e abandono. A seguir, serão trazidas algumas breves orientações ao profissional de saúde no que diz respeito à sintomatologia, condutas frente aos casos e informações sobre a rede de proteção da criança e do adolescente.

1.1 Dimensões culturais, jurídicas e psicológicas da violência contra crianças e adolescentes

As várias culturas e sociedades não possuem uma mesma definição de violência, o que explica as alterações conceituais em virtude do tempo e lugar. De forma geral, a violência é entendida como aplicação da força física e do constrangimento psíquico para obrigar alguém a agir de forma contrária a sua vontade e seus interesses, podendo causar danos ao sujeito que sofre a ação, reduzindo-o à condição de objeto (CHAUI, 2000).

A Organização Mundial de Saúde – OMS – discute a alta probabilidade de ações permeadas por violência resultarem em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação. Acrescenta, ainda, que a violência pode ser real ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade (JACQUES; OLINDA, 2012).

A maioria dos casos de violência ocorre no âmbito da família e, portanto, é definida como violência intrafamiliar. Trata-se de qualquer ato ou omissão que prejudique o bem-estar psíquico, a integridade física ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Esse tipo de violência é perpetrado por pessoas próximas e que desempenham papel de cuidador (HABIGZANG, 2005; MOREIRA; SOUZA, 2012). Dados do Ministério da Saúde mostram que a maioria dos casos de violência ocorre nas residências das vítimas,

sendo um total de 58% em 2009, 54,1% em 2010 e 63,1% em 2011 (BRASIL, 2010b MALTA, *et al.*, 2012; ASSIS *et al.*, 2012).

A violência intrafamiliar não se justifica apenas por uma causa, mas trata-se de um fenômeno multifatorial. Um exemplo é quando as famílias a utilizam como forma de solução de conflitos ou como uma suposta estratégia de educação. A vulnerabilidade social e econômica, condições precárias de desenvolvimento, ausência de políticas sociais, entre outros aspectos, podem enfraquecer os laços de afetividade e influenciar o estabelecimento de relações hostis. O uso de substância psicoativas, incluindo o álcool, pelos pais pode facilitar a ocorrência de violência física, abuso sexual e negligência (GEBARA; LOURENÇO, 2008; MOREIRA; SOUZA, 2012; MOURA *et al.*, 2014).

A violência contra crianças e adolescentes é uma prática antiga na sociedade brasileira, repetida entre as gerações e, muitas vezes, justificada como parte do processo educativo, ou seja, utilizada pelo adulto responsável pela criança como prática de disciplina. A prática denominada de cultura do castigo físico, apesar de encontrar-se em um momento de transição, enfraquecendo sua permissibilidade, ainda é muito presente em nossa sociedade. O uso da palmada educativa é aceito e defendido por muitos como benéfico e não considerada violência. É a expressão do abuso do poder dos pais ou responsáveis que fazem das vítimas objetos, desrespeitando seus direitos fundamentais e aumentando a vulnerabilidade das mesmas, podendo ocorrer, dessa forma, a banalização e a cronicidade da violência doméstica. Em uma sociedade adultocêntrica, as crianças são consideradas incapazes e submetidas às vontades dos pais, dos professores e dos responsáveis (COCCO; SILVA; JAHN, 2010; KOIFMAN; MENEZES; BOHRER, 2012; LISE; MOTTA, 2012; MOREIRA; SOUZA, 2012; CALZA; DELL'AGLIO; SARRIERA, 2016).

No Brasil, somente no fim do século XIX, houve o início de um movimento em prol dos direitos das crianças e dos adolescentes, quando, no início da república, foram se estabelecendo as bases para a organização da assistência à infância. Até então, cabia exclusivamente às famílias, em sua intimidade, avaliar e decidir sobre a forma de educar os filhos. No contexto internacional, o primeiro caso de condenação por maus-tratos foi o caso Mary Ellen, nos Estados Unidos, através de uma lei que proibia maus-tratos a animais. Surgiu, então, em 1874, em Nova Iorque, a Sociedade de Prevenção da Crueldade contra Criança (PEREZ; PASSONE, 2010; CALZA; DELL'AGLIO; SARRIERA, 2016).

Uma maior preocupação quanto aos direitos das crianças surgiu no século XX, trazendo à tona a problematização da violência, o que culminou, em 1959, a elaboração da Declaração Universal dos Direitos da Criança, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, buscando destacar as crianças e adolescentes como uma população com direitos e peculiaridades (CALZA; DELL'AGLIO; SARRIERA, 2016).

O primeiro documento brasileiro sobre “infância desamparada” foi o Código de Menores de 1927, revisado em 1979, mas que não reconhecia crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e deveres, já que previa o acompanhamento da saúde das crianças, porém intervinha no abandono físico e moral das crianças, retirando o pátrio poder, internando socialmente os abandonados e instituindo a liberdade vigiada para jovens infratores. Uma série de iniciativas na busca dos direitos de crianças e de adolescentes em vários países surgiu com a aprovação da Convenção pelos Direitos da Criança pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989, que propôs uma nova concepção social da infância (PEREZ; PASSONE, 2010; CALZA; DELL'AGLIO; SARRIERA, 2016).

A Constituição Federal de 1988 afirma que é responsabilidade da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente o direito à vida e à saúde e evitar qualquer forma de negligência, discriminação, violência e opressão. Dois anos após, em 1990, amparado por esta, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que assegurou a proteção integral das crianças e dos adolescentes brasileiros, sob forma de lei, e deu a esse segmento *status* de sujeitos de direitos, punindo qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (MOURA *et al.*, 2014; CALZA; DELL'AGLIO; SARRIERA, 2016).

Em consonância com esse movimento de garantia dos direitos da criança e do adolescente, a OMS definiu, em 2002, maus-tratos como ações físicas, emocionais, abuso sexual ou negligência, que causam danos para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da vítima quando há uma relação de responsabilidade, confiança ou poder. A diretora da OMS, neste mesmo ano, enfatizou a importância do tema, dizendo que seria uma falha da saúde pública melhorar a assistência às doenças da infância, mas permitir que as crianças se tornem vítimas da violência (BRASIL, 2010c; CALZA; DELL'AGLIO; SARRIERA, 2016).

A violência contra a população infanto-juvenil pode levar a uma adaptação social negativa e desajustes psicológicos tardios, com consequências físicas, psicológicas e sociais que prejudicam o desenvolvimento e integração social adequados. Em alguns casos, pode ser um fator predisponente para a formação de um adulto violento, contribuindo para um ciclo de violência na sociedade (BITTAR *et al.*, 2012; MOURA *et al.*, 2014).

As vítimas podem desenvolver sentimentos de desesperança e insegurança e até mesmo apresentar sintomas psíquicos, como estresse pós-traumático, ansiedade, medo, pesadelos, irritabilidade e mudanças de humor ou de sentimentos (MOURA *et al.*, 2014). Alterações emocionais, como medo, vergonha, culpa, ansiedade, tristeza, irritabilidade e raiva, bem como alterações comportamentais, como conduta hipersexualizada, abuso de substâncias psicoativas, fugas do lar, furtos, isolamento social, mudanças nos padrões de sono e alimentação são notadas nas crianças e nos adolescentes vítimas de violência sexual (HABIGZANG *et al.*, 2008).

O transtorno do estresse pós-traumático é a psicopatologia mais citada como decorrente de abuso sexual. Trata-se de um distúrbio caracterizado por um conjunto de sintomas físicos e emocionais ligados à ansiedade e que ocorre após um evento psicologicamente estressante, evento traumático (HABIGZANG *et al.*, 2008). São reconhecidos, também como problemas somáticos, problemas de atenção, retraimento e comportamento agressivo, além de atitudes violentas e automutiladoras. Esses sintomas e psicopatologias são percebidos, até mesmo em longo prazo, mostrando que a passagem do tempo não é suficiente para reduzir os sintomas (HOHENDORFF; KOLLER; HABIGZANG, 2015;).

A manutenção da violência contra crianças e adolescentes justifica-se por fatores como o medo de denunciar os agressores, principalmente quando se trata daqueles que, na verdade, deveriam proteger. Destaca-se, também, a aceitação da violência como forma de “educar” e o despreparo dos serviços para o acolhimento e o atendimento dessas vítimas (BRASIL, 2010b).

1.2 Tipificação da violência contra crianças e adolescentes: epidemiologia e indicadores sintomatológicos para profissionais da saúde

Para fins de registro e de encaminhamento aos órgãos públicos, a violência é tipificada segundo sua natureza. Os tipos de violência, porém, ocorrem simultaneamente e se relacionam. Quando há abuso sexual ou agressão física, por exemplo, a vítima sofre também violência psicológica. Sendo assim, não se encontra um tipo isolado, mas sim crianças e adolescentes acometidos por mais de um tipo, especialmente em situações crônicas e graves (BRASIL, 2010c; MOREIRA; SOUZA, 2012).

Em termos epidemiológicos, a negligência é o tipo de maus-tratos mais notificado aos Conselhos Tutelares e está relacionada à falta de supervisão parental, com maior concentração até os quatro anos de idade, correspondendo a 49,2% dos casos do Conselho Tutelar de Caruaru (PE), seguida das violências psicológica (28,9%) e física (17,6%) (CALZA; DELL'AGLIO; SARRIERA, 2016). A maior parte dos registros de violência ocorre entre cinco e 12 anos de idade, sendo a violência física mais prevalente em meninos e a sexual em meninas (WAISELFISZ, 2012). Os dados devem ser interpretados com cautela, pois há uma subnotificação em virtude do caráter oculto da violência intrafamiliar na sociedade, em especial nas classes média e alta que recorrem aos consultórios particulares (LIVRAMENTO *et al.*, 2012).

O mapa da violência (WAISELFISZ, 2012) mostra que a violência contra a criança e adolescente ocorre com maior prevalência na residência das vítimas em todas as idades, dado reforçado pelos inquéritos do Ministério da Saúde de 2006 e 2007. Após os 15 anos, ainda segundo dados do mapa da violência, aparecem, com maior frequência, as violências nas vias públicas, crescendo, inclusive, as mortes por causas externas, como homicídios. Prepondera o atendimento às vítimas do sexo feminino em todas as faixas etárias (MOREIRA; SOUZA, 2012).

Um importante dado é em relação à ocorrência das violências em relação à variável idade. A literatura mostra que existe prevalência maior entre pessoas entre cinco e 14 anos de idade. Nesses casos, tal como apresentado acima, os pais são os principais agressores, na maioria dos casos notificados, mais marcante no primeiro ano de vida (WAISELFISZ, 2012). Segundo Nunes e Sales (2016), em uma revisão da literatura, 75% dos artigos relataram como agressor um membro da família. A mãe foi a principal agressora nas violências psicológica e castigo corporal.

Após os cinco anos ganham destaque os amigos e conhecidos da família e, após os 10 anos, os parceiros, ex-parceiros e desconhecidos (NUNES; SALES, 2016).

Em 2016, a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, da qual pertence o Disque Direitos Humanos – Disque 100, realizou 355.030 atendimentos, dos quais 133.061 (37,4%) referem-se ao registro de denúncia de violações de direitos humanos, média de 364 denúncias/dia. Desse total, 76.171 (57%) foram relacionadas a crianças e os adolescentes, sendo o estado de São Paulo o primeiro no ranking das unidades federais (BRASIL, 2017).

Em relação aos tipos de violências, a negligência foi a mais notificada (37,6%), seguida da violência psicológica (23,4%), física (22,2%) e sexual (10,9%). As meninas foram as maiores vítimas e a faixa etária mais acometida (42%) foi entre quatro e 11 anos de idade. As mães estiveram entre as principais agressoras, com 41% do total, seguidas dos pais (18%) e padrastos (5%). O local mais comum de violação foi a casa da vítima (53%), seguida da casa do suspeito (26%) (BRASIL, 2017).

1.2.1 Violência Física

A violência física é definida como uso de força física por pais, responsáveis ou pessoas próximas, de forma intencional, ou seja, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor ou destruir a criança ou adolescente, deixando ou não marcas no corpo (BRASIL, 2010c; WAISELFISZ, 2012).

Podemos citar como exemplos a Síndrome do Bebê Sacudido, causada por movimentação violenta da criança segurada pelos braços e corpo e que leva a hemorragias cerebrais, bem como a Síndrome de Munchausen por procuração, que ocorre quando o cuidador ou responsável simula sinais e sintomas que caracterizam doença na criança. Também são tipificados nessa violência condutas como espancamentos, empurrões, cortes com objetos, puxões de cabelo, arremesso de objetos no corpo da criança, manter a criança em posições físicas por longos períodos, entre tantas outras (BRASIL, 2010c).

A violência física é, segundo o Mapa da Violência, a causa mais frequente de atendimentos em unidades de saúde, chegando a 40,5% do total. Em todas as faixas etárias, as violências acontecem mais comumente nas residências da vítima (63,1%) e os pais aparecem como os principais agressores até os nove anos de

idade; amigos e/ou conhecidos ocupam o segundo lugar, mais relevante após os cinco anos (WAISELFISZ, 2012).

Durante a avaliação de lesões, o profissional de saúde deve tentar diferenciar se as mesmas ocorreram ou não de forma intencional. Locais mais propensos a lesões não intencionais são áreas de maior extensão e proeminência, como fronte, nariz e queixo, palma das mãos, braço, cotovelo, região anterior da perna e ponta do pé. O atraso na procura de atendimento, histórias inconsistentes ou conflitantes e sinais de danos emocionais devem levar a suspeita de lesão traumática intencional. Lesões não compatíveis com o grau de desenvolvimento psicomotor da criança, que não podem ser explicadas pelo acidente relatado, em vários estágios de cicatrização ou cura, bilaterais ou simétricas e em áreas habitualmente cobertas do corpo devem levar à mesma suspeita (BRASIL, 2010c).

O Ministério da Saúde define alguns sinais específicos de violência física. Lesões de pele frequentemente encontradas são lacerações, eritemas, hematomas ou queimaduras que reproduzem o instrumento agressor (cinto, cigarro, mãos), lesões circulares como em pulseira, tornozeleira ou colar, indicando amarras e queimaduras por líquidos quentes, em forma de luvas ou meias ou em nádegas. Fraturas comumente associadas à violência são: fraturas próximas a articulações, em alça de balde (metafisárias por arrancamento de ossos longos), em espiral, de costela em crianças abaixo de dois anos ou arcos costais posteriores, bilaterais de clavículas, escápula, esterno ou vértebras e fraturas em estágios diferentes de consolidação (BRASIL, 2010c).

Também estão descritas lesões graves, como as cranioencefálicas, contusões, lacerações, hematomas e a síndrome do bebê sacudido (micro-hemorragias e hemorragias maciças cerebrais associadas à hemorragia de retina); lesões em face como biocular, hemorragia de conduto auditivo sem sinais de corpo estranho, lesões de orelhas por torções ou puxões e dentárias; lesões abdominais com sangramento e ruptura de vísceras maciças, hemorragia digestiva, hematoma de parede de intestino delgado e hemorragia de pâncreas (BRASIL, 2010c).

Além desses, o Ministério da Saúde chama a atenção para sinais de envenenamento ou intoxicação intencional: indício de grande ingestão de produto tóxico ou cáustico, caso de origem obscura e sintomas complexos que envolvem vários órgãos ou sistemas, relato de acidente por envenenamento confuso e discordante, demora na procura por atendimento após envenenamento e crianças

que podem ter sido intoxicadas por álcool, drogas ou substâncias para permanecerem quietas (BRASIL, 2010c).

1.2.2 Violência Psicológica

A violência psicológica é definida como toda ação que coloca em risco a autoestima, a identidade ou o desenvolvimento da criança ou do adolescente. Ocorre na forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou adolescente para atender às necessidades psíquicas de outra pessoa (BRASIL, 2010c; MOREIRA; SOUZA, 2012). Fazem parte desse contexto o trabalho infantil, o testemunho de violência, a síndrome da alienação parental, o assédio moral e até mesmo o *bullying* (BRASIL, 2010c).

Duas formas dessa violência são conceituadas. A primeira consiste na qualidade parental exercida e os comportamentos dos pais em relação aos filhos. Quanto a segunda, é considerar a violência psicológica o ponto central dos maus-tratos infantis, associada ao abuso sexual e à negligência. Comportamentos reiteradamente presentes nos relacionamentos familiares são: ser criticado por coisas que diz ou faz, falta de encorajamento quando tenta agir de forma autônoma, ser chamado por nomes desagradáveis e ouvir que está errado quando tenta agir. Outros atos como culpar por falhas, criticar coisas feitas ou ditas, gritos sem motivo e não acreditar na fala da criança ou adolescente também estão presentes nas famílias (ABRANCHES; ASSIS; PIRES, 2013; FERMANN; PELISOLI, 2016).

Alguns comportamentos parentais podem auxiliar na detecção deste tipo de abuso: rejeitar (não reconhecer a importância da criança), isolar (separar a criança do convívio social, impedindo a construção de amizades), aterrorizar (atacar verbalmente a criança dando a impressão que o mundo é hostil), ignorar (reprimir o desenvolvimento emocional e intelectual privando a criança de estimulação) e corromper (estimular o engajamento em atividades anti-sociais) (ABRANCHES; ASSIS, 2011).

Do ponto de vista epidemiológico é bastante difícil uma análise desse tipo de violência como um tipo predominante entre as crianças e adolescentes, pela grande omissão dos casos, já que não deixa marcas expressivas fisicamente. Esta

modalidade de violência é praticamente ignorada por profissionais de saúde, pois apresenta dificuldades de definição e detecção (ABRANCHES; ASSIS, 2011; NUNES; SALES, 2016).

Um estudo realizado em Niterói em 2009 apontou a ocorrência de formas de disciplina não-violenta na resolução de conflitos na maioria das famílias, sendo uma forma corriqueira de comunicação familiar. Atos considerados como agressão psicológica ocorreram em 96,7% das casas, de acordo com o estudo supracitado. A mãe destacou-se como principal agressora. Outro estudo mostrou a ocorrência de 10 a 20% de violência psicológica severa em crianças e 50% em adolescentes (ROCHA; MORAES, 2011; ABRANCHES; ASSIS; PIRES, 2013).

Uma pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro em 2011 verificou que a mãe é a principal agente dessa forma de violência, seguida pelos pais e pelos irmãos. Não houve diferença entre os sexos. Alguns dados mostraram maior chance de sofrer violência psicológica, como ter irmãos de casamentos diferentes, ser o filho do meio, família monoparental, pais insatisfeitos com os filhos, uso de remédios para acalmar ou dormir pelas mães e álcool pelos pais e adolescente que sofreu ou sofre agressão física (ABRANCHES; ASSIS, 2011; ABRANCHES; ASSIS; PIRES, 2013).

Uma forma de violência psicológica e abuso emocional é a alienação parental, que ocorre geralmente em decorrência de divórcios litigiosos e brigas de guarda. Envolve comportamentos hostis de um dos pais em relação ao outro com o objetivo de desqualificar o genitor para a criança ou adolescente a ponto de se recusar o convívio ou ter relações próximas com um dos genitores e omitir informações da vida do filho. Ocorre, ainda, quando há tentativa de dificultar o exercício da paternidade ou maternidade, o exercício da autoridade parental e apresentar falsa acusação contra o genitor ou familiares do mesmo (FERMANN; PELISOLI, 2016).

Os efeitos da violência psicológica são vastos e sensíveis e podem permanecer durante muito tempo silenciosos. Podem incluir: desenvolvimento atípico da personalidade (no caso das crianças), falta de esperança, dificuldade em confiar, dificuldade em criar laços e em construir relações, influência negativa na vida sexual da pessoa vitimada que pode mais tarde passar a ter o papel de agressor em vez do de vítima (BRASIL, 2010c). Várias consequências de ordem psicológica também podem aparecer nas vítimas: ansiedade, angústia, baixa autoestima, irritabilidade, depressão, sentimento de incapacidade, sentimento de

culpa, perda de memória, abuso de álcool e drogas, diagnóstico de pânico e fobias, comportamentos destrutivos, sensação de vazio e tentativa de suicídio (BRASIL, 2010c).

O profissional de saúde deve estar atento para reconhecer sinais e sintomas dessa forma de abuso em crianças e em adolescentes, mesmo em crianças pequenas que não possuem controle da linguagem, mas que demonstram atitudes e comportamentos que levam à suspeita diagnóstica. Sintomas de depressão, ansiedade e agressividade são comuns em adolescentes, além de outros problemas de saúde mental, como estresse pós-traumático. Nesse caso, o adolescente mostra-se com medo intenso, impotência, sonhos aflitivos, sofrimento importante e fuga de situações relacionadas ao evento (BRASIL, 2010c).

1.2.3 Violência Sexual

A violência sexual contra a criança e ao adolescente ocorre quando há o envolvimento dos mesmos em atividade ou jogos sexuais que estão além da capacidade de compreensão das vítimas. É definida como qualquer ato, interação ou jogo sexual, seja hetero ou homossexual, entre a criança ou adolescente e alguém em estágio psicosssexual mais avançado, com o objetivo de proporcionar satisfação sexual para o agressor (BRASIL, 2010c; HOHENDORFF, KOLLER; HABIGZANG, 2015).

O abuso sexual, subdividido na modalidade intra e extrafamiliar, ocorre por meio de contato físico com carícias, toques, sexo oral ou com penetração ou, até mesmo, sem o contato, como nos casos de assédio, conversas com conotação sexual, exibicionismo e *voyerismo*. Quando há interesse financeiro ou alguma forma de negociação como dinheiro, comida, presentes ou drogas, caracteriza-se a exploração sexual, na qual a vítima é, então, prostituída, usada em contextos de turismo sexual, pornografia ou tráfico de pessoas com interesse sexual (HABIGZANG *et al.*, 2005; HABIGZANG *et al.*, 2008; BRASIL, 2010c; HOHENDORFF, KOLLER; HABIGZANG, 2015).

O abuso sexual intrafamiliar é o mais comum e ocorre, majoritariamente, por pessoas próximas e com vínculos afetivos com a vítima, mesmo que sem laços consanguíneos, que desempenham papel de cuidadores ou responsáveis. Inclui, por

exemplo, pais, padrastos, irmãos, avós, namorados ou companheiros das mães. No estudo de Habizang *et al.* (2008), das 10 crianças vítimas de abuso que participaram do estudo, em oito casos os abusadores eram irmão, pai, tio ou avô. Fora do ambiente familiar envolve, com muita frequência, situações em que o agressor é um conhecido, como professores, líderes religiosos e vizinhos (HABIGZANG *et al.*, 2005; HABIGZANG *et al.*, 2008; MOREIRA; SOUZA, 2012).

Esse tipo de violência apresenta predomínio nas crianças e nos adolescentes do sexo feminino, correspondendo a 83% dos atendimentos, segundo o Mapa da Violência, e a 61%, segundo o “Disque 100” da Secretaria Especial de Direitos Humanos. O abuso é a forma com maior frequência nas notificações, com predominância na faixa de 10 a 14 anos de idade. Os atendimentos por exploração sexual aparecem com incidência relativamente menor (MOREIRA; SOUZA, 2012; WAISELFISZ, 2012).

Para que o profissional de saúde suspeite da ocorrência de abuso, o Ministério da Saúde orienta observar a presença de alguns sinais indiretos de erotização precoce, como exposição a intimidades dos pais, falas inadequadas à idade sobre atitudes sexuais, materiais eróticos e incentivo ao desenvolvimento sexual precoce. Também chama a atenção para a detecção de sinais indiretos de violência sexual, como atitudes sexuais impróprias para a idade, demonstração de conhecimentos sobre sexo desproporcional à idade, masturbação frequente e compulsiva, tentativas frequentes de desvio para brincadeiras que possibilitem intimidade ou manipulação genital, mudanças de comportamento e infecção urinária de repetição. Além desses, é importante identificar sinais típicos de violência sexual, como edema ou lesão em região genital, lesões de palato ou dentes anteriores, sangramento vaginal em pré-púberes, sangramento, fissura ou cicatriz anal, dilatação de esfíncter anal, rompimento himenal, doença sexualmente transmissível e gravidez ou abortamento (BRASIL, 2010c).

Os pilares que sustentam as redes de exploração são: a oferta (fruto da vulnerabilidade econômica e psicológica da vítima) e a demanda (o cliente que se beneficia pela impunidade e até mesmo por uma cultura machista). A pobreza e a exclusão social são os principais aspectos influenciadores, pois, pelas condições financeiras, as vítimas são selecionadas para serem exploradas sexualmente. Além disso, a cultura machista faz com que muitos homens tratem o sexo feminino como objetos de prazer sujeitas a serem comercializadas. Atualmente, como nas ruas há

maior fiscalização e atenção da sociedade, o mercado de exploração sexual tem se utilizado da tecnologia da internet e das redes sociais, onde há a possibilidade de anonimato dos clientes e ampla divulgação das redes de exploração, dificultando a investigação por parte das autoridades (MACHADO, 2006).

As consequências para as vítimas da exploração sexual são tanto físicas quanto psicológicas e, geralmente, há muita dificuldade para readaptação no ambiente social. As principais consequências físicas são: doenças sexualmente transmissíveis, abuso de álcool e drogas, agressões, gravidez precoce, abortos muitas vezes provocados e risco de morte. Em relação às psicológicas, ocorre depressão, fobias, perda da dignidade, baixa autoestima, desconfiança nas pessoas, dificuldade de relacionamento, fuga da realidade, sentimento de culpa, tentativa de suicídio e traumas (MACHADO, 2006).

1.2.4 Negligência e Abandono

A negligência ocorre quando há omissão de adultos, pais ou responsáveis, em prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual, emocional e social das crianças e adolescentes, em condições de igualdade, liberdade e dignidade. Aqui estão incluídos privação de medicamentos, falta de assistência à saúde e educação, descuido com a higiene, falta de estimulação e, até mesmo, de proteção a condições climáticas. O padrão negligente é aquele cujos pais são fracos em controlar o comportamento dos filhos e em atender as suas necessidades e demonstrar afeto. Grande parte das vezes são pais pouco envolvidos com a criação dos filhos e pouco interessados em suas atividades e sentimentos. Pais negligentes centram-se em seus próprios interesses, tornando-se indisponíveis aos filhos (FANTE; CASSAB, 2007; BRASIL, 2010c).

O abandono é uma forma grave de descuido na qual há o rompimento do vínculo entre os pais e filhos, levando as vítimas a sofrimentos físicos e psicológicos. Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), representa 18,9% dos motivos que levam crianças e adolescentes ao acolhimento. Nessa condição, crianças e adolescentes perdem seu pilar de apoio que sustenta o desenvolvimento sócio afetivo (SILVA; ALVES; ARAÚJO, 2012).

É importante ressaltar a necessidade de diferenciar negligência e pobreza, especialmente em países como o nosso, em que essas duas problemáticas muitas vezes se confundem. Muitas vezes, a negligência é utilizada de forma equivocada para descrever situações de extrema pobreza, porém, não há negligência por parte dos pais, mas sim da sociedade e das situações adversas vividas. A pobreza aumenta a vulnerabilidade social das famílias, potencializando os fatores de risco; todavia, a negligência ocorre também em famílias sem dificuldades socioeconômicas (PASIAN, 2013).

Também é preciso analisar que esse tipo de violência envolve elementos culturais. Questões como “qual é o cuidado mínimo adequado que uma criança necessita?”, “que ações ou omissões dos pais constituem negligência?”, “deve-se considerar a intencionalidade das ações ou omissões?”, “a situação da criança é resultado de pobreza ou negligência?” permanecem sem respostas (PASIAN, 2013).

Poucos dados epidemiológicos sobre esse tipo de violência estão presentes na literatura, pois apresenta difícil definição já que envolve aspectos culturais, sociais e econômicos. Há uma predominância em menores de cinco anos, mostrando que quanto menor a idade, maior a vulnerabilidade a este tipo de violência, pois as atividades básicas de sobrevivência dependem do cuidador. Apesar disso, os estudos a destacam como preocupante, pois representa cerca de 40% das fatalidades registradas (NUNES; SALES, 2016).

O Ministério da Saúde coloca alguns comportamentos dos pais e responsáveis indicativos de negligência ou omissão de cuidados, como descaso com a higiene da criança, descuido no preparo de alimentos para a criança, ausência de acompanhamento do rendimento escolar, culpabilização da criança ou adolescente quanto as suas dificuldades, descuido com a segurança da criança, falta de seguimento do calendário vacinal, demora inexplicável na procura de atendimento médico diante de sinais e sintomas e doença, não realização de tratamentos medicamentosos ou não e falta de preocupação com a segurança de locais onde a criança é deixada ou com seus cuidadores. Além desses, é importante identificar sinais de ausência de cuidados, por exemplo, doenças parasitárias ou infecciosas frequentes, lesões de pele frequentes ou dermatite de fraldas de repetição, cáries dentárias, déficits de crescimento e desenvolvimento sem problemas de saúde, obesidade por descuido, uso de roupas inadequadas a idade

ou clima, faltas frequentes a escola e atraso na escolaridade e problemas de adaptação social (BRASIL, 2010c).

1.3 Conduas dos profissionais de saúde mediante casos de violência contra crianças e adolescentes

Frente a um caso suspeito ou confirmado de violência contra criança ou adolescente, o profissional de saúde deve tomar sua conduta por meio de uma avaliação ampla da situação, realizando uma classificação da gravidade. A Rede de Proteção às Crianças e aos Adolescentes em Situação de Risco para a Violência da cidade de Curitiba e a Sociedade Brasileira de Pediatria desenvolveram um sistema de classificação das situações de violência em níveis de gravidade. Ambas consideram quatro determinantes para esta avaliação: o estado geral da vítima, a constituição familiar e seu posicionamento frente à violência, às características da agressão e ao perfil do agressor (PFEIFFER; ROSÁRIO; CAT, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

Classifica-se como sem evidências de violência quando os sinais e sintomas não se enquadram nas características das lesões físicas, violência psicológica, sexual ou negligência, sem identificação de agressão e agressor, presença de laços familiares afetivos e de confiança.

O caso leve é considerado se os sinais ou sintomas são compatíveis com um episódio único de agressão física, psicológica ou detecção de negligência, sem consequências à saúde física ou mental da vítima, bem como quando se constata que os responsáveis estão dispostos a rever sua conduta. Nessas situações, ou seja, casos leves e sem risco de revitimização, deve ser realizada orientação aos cuidadores sobre as consequências da violência e a criança pode retornar para a casa com os responsáveis. Além disso, deve ser realizada a notificação ao CT (Conselho Tutelar) da região de moradia do paciente, mediante relatório institucional elaborado por membro da equipe multiprofissional e do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (PFEIFFER; ROSÁRIO; CAT, 2011).

Nos casos moderados, há sinais ou sintomas que demonstram violência física, psicológica e/ou negligência que possam levar a danos físicos ou emocionais e que necessitem de tratamento ambulatorial e acompanhamento especializado. Podem, também, ser classificados como leves, mas que ocorrem repetidamente.

Nesses casos, deve-se internar a vítima sob a proteção da instituição hospitalar como medida imediata de afastamento do agressor ou quando se necessitar de mais tempo para avaliação do quadro, avaliação geral da vítima e levantamento de ocorrências anteriores, do histórico familiar de violência, dos outros membros da família, das possibilidades de tratamento do agressor e das consequências da violência para a vítima. Além disso, faz-se, também, a notificação ao CT e do SINAN e deve ser notificada a Vara da Infância e Juventude da região de moradia da vítima, mediante ofício com relatório da equipe. A alta hospitalar fica a critério da decisão do juiz (PFEIFFER; ROSÁRIO; CAT, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

Já nos casos graves ocorrem situações de abuso sexual ou violência física, psicológica e/ou negligência, sendo que a vítima apresenta marcas físicas ou emocionais da violência, com necessidade de atendimento hospitalar e/ou especializado, incluindo saúde mental, sem demonstração por parte dos responsáveis quanto ao interesse pelo tratamento e/ou à mudança de atitudes agressivas (PFEIFFER; ROSÁRIO; CAT, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018). Os casos graves ou com risco de morte devem receber atendimento imediato com internação hospitalar. Além de todas as medidas dos casos leves e moderados, solicita-se a presença do membro do CT no ambiente hospitalar. A alta deve ser cuidadosamente analisada conforme indicação clínica e decisão judicial (PFEIFFER; ROSÁRIO; CAT, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

O (Quadro 1) sumariza as características da classificação da gravidade, bem como apresenta a síntese das condutas a serem tomadas pelos profissionais da saúde em casos de violência contra criança e adolescente.

Quadro 1 – Classificação da gravidade e conduta nos casos de violência contra crianças.

Classificação	Características	Conduta
Caso leve	<ul style="list-style-type: none"> - episódio único de agressão física, psicológica ou detecção de negligência; - sem consequências à saúde física ou mental da vítima; - responsáveis dispostos a rever sua conduta. 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação sobre as consequências da violência; - retorno para a casa com os responsáveis; - notificação ao CT da região de moradia do paciente; - notificação ao SINAN.
Caso moderado	<ul style="list-style-type: none"> - sinais ou sintomas que demonstram violência física, psicológica e/ou negligência que possam levar a danos físicos ou emocionais e que necessitem de tratamento ambulatorial e acompanhamento especializado; - sinais ou sintomas que se apresentem como leves, mas de repetição; - familiares não reconhecem a agressão como risco para a criança. 	<ul style="list-style-type: none"> - internar a vítima sob a proteção da instituição hospitalar; - notificação ao CT da região de moradia do paciente; - notificação ao SINAN; - alta a critério de decisão judicial.
Caso grave	<ul style="list-style-type: none"> - situações de abuso sexual ou violência física, psicológica e/ou negligência em que a vítima apresenta marcas físicas ou emocionais da violência, com necessidade de atendimento hospitalar e/ou especializado, incluindo saúde mental; - ausência de demonstração por parte dos responsáveis quanto ao interesse pelo tratamento e/ou à mudança de atitudes agressivas. 	<ul style="list-style-type: none"> - internar a vítima sob a proteção da instituição hospitalar; - notificação ao CT da região de moradia do paciente; - solicitar a presença do conselheiro do CT; - notificação ao SINAN; - alta a critério de decisão judicial.

Fonte: O autor (2019).

Em se tratando de violência sexual, segundo o Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (SÃO PAULO, 2017), os casos devem ser atendidos em serviço de referência com possibilidade de tomar todas as condutas clínicas necessárias de forma rápida e efetiva. A profilaxia pós-exposição (PEP) para HIV deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras duas horas, com limite máximo de 72 horas, além das outras medidas protocolares para doenças sexualmente transmissíveis.

A duração do tratamento deve ser de 28 dias. As medicações a serem utilizadas para crianças abaixo de 6 anos são Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC) e Lopinavir/ritonavir (LPV/r); entre 6 e 12 anos (caso a criança tenha peso mínimo necessário para uso de atazanavir e capacidade para ingestão de comprimidos) recomenda-se Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC) e Atazanavir/ritonavir (ATV/r) e, nas acima de 12 anos, Tenofovir (TDF), Lamivudina (3TC) e Atazanavir/ritonavir (ATV/r). As doses a serem administradas, de acordo com as idades das vítimas, encontram-se nas Tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1 - Doses recomendadas de esquema alternativo de antirretrovirais (crianças abaixo de 6 anos)

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA (por 28 dias)
AZT	Sol. oral 10mg/ml ou caps. 100mg	180mg/m ² de 12/12h (dose máxima 300mg/dose)
3TC	Sol. oral 10mg/ml ou comp. 150mg	4mg/Kg de 12/12h (dose máxima 150mg/dose) > 12 anos: 150mg de 12/12h ou 300mg em dose única diária
LPV/r	Sol. oral 80mg/20mg/ml ou comp. 100mg/25mg	< 2 anos: 300mg/m ² de 12/12h > 2 anos: 230mg/m ² de 12/12h Dose máxima: 200mg de 12/12h Adolescentes: 400mg de 12/12h

Fonte: O autor (2019)

Nota: Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids - Programa Estadual São Paulo.

Tabela 2 – Doses recomendadas de ATV para maiores de 6 anos

PESO	POSOLOGIA (por 28 dias)
15 a <20Kg	ATV 150mg + RTV (ritonavir) 100mg – apresentação não disponível no SUS, usar esquema alternativo
20 a <32Kg	ATV 200mg + RTV 100mg
32 a <40Kg	ATV 250mg + RTV 100mg – apresentação não disponível no SUS, usar esquema alternativo
40Kg ou mais	ATV 300mg + RTV 100mg

Fonte: O autor (2019)

Nota: Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids - Programa Estadual São Paulo.

Tabela 3 – Doses recomendadas de esquema preferencial de antirretrovirais

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA (por 28 dias)
Tenofovir (TDF)/ Lamivudina	Comprimido de 300mg/300mg	1 comprimido ao dia
Atazanavir (ATV)	Comprimido de 300mg	1 comprimido ao dia
ritonavir (r)	Comprimido de 100mg termoestável	1 comprimido ao dia

Nota: TDF e 3TC estão disponíveis na apresentação de dose fixa combinada (DFC), sendo essa a apresentação preferencial

Fonte: O autor (2019)

Nota: Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids - Programa Estadual São Paulo.

Ainda segundo o Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (SÃO PAULO, 2017), deve-se realizar, também, a profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis não virais. Para sífilis, recomenda-se penicilina benzatina 50.000 UI/Kg (unidades internacionais por quilograma) IM (intramuscular) dose única (dose máxima 2.400.000 UI, metade em cada glúteo). Para gonorreia, ceftriaxone 125mg IM dose única; e para clamídia, azitromicina 20mg/Kg (miligramas por quilograma) VO (via oral) dose única (dose máxima 1g). O tratamento de tricomoníase se faz com metronidazol 15mg/Kg/dia VO a cada 8 horas por 7 dias (dose máxima 2g). Este último pode ser postergado ou evitado em casos de intolerância gastrointestinal e também deve ser postergado nos casos em que houver profilaxia antirretroviral.

Na admissão é necessário realizar testagem para HIV (vírus da imunodeficiência humana), hepatite B, hepatite C e sífilis. Realizar ainda hemograma, glicemia, uréia, creatinina e aminotransferases (não atrasar a introdução do esquema antirretroviral para coleta desses exames). Em adolescentes, o profissional deve avaliar a necessidade de anticoncepção de emergência e em todas as vítimas verificar vacinação para hepatite B. Caso tenha esquema completo, não há necessidade de reforço. Caso não seja imunizada, realizar vacinação e imunoglobulina para hepatite B (SÃO PAULO, 2017).

1.4 A rede de proteção e as possíveis articulações para o atendimento à vítima

A luta para a garantia dos direitos da infância e adolescência adquire importância fundamental no Brasil após a década de 80, com a mudança da Constituição e, posteriormente, com a aprovação do ECA. Essa proteção ocorreu, e ainda ocorre, por meio de: organizações da sociedade civil que desempenham papel relevante ao atendimento da infância e adolescência, como a Pastoral do Menor, Movimento em Defesa do Menor e Fundação Abrinq; organizações da sociedade civil voltadas à violência doméstica, como o Centro Regional de Registros e Atenção aos Maus-tratos na Infância (CRAMI); ações do Estado voltadas exclusivamente à problemática (AZEVEDO; GUERRA, 2011).

É de extrema importância que o profissional de saúde conheça a rede de proteção da criança e adolescente vítima de violência. Após a identificação de um caso, a família deve ser inserida em um trabalho interdisciplinar, que deve ocorrer no

intuito de garantir a efetiva proteção dos direitos básicos das crianças e adolescentes. A boa articulação em rede, a existência de políticas públicas e a execução do ECA são fundamentais para alcançar esse objetivo. A rede de proteção para vítimas de violência é formada por vários órgãos e instituições, dentre os quais podemos citar o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), ambos do Ministério do Desenvolvimento Social e o Conselho Tutelar, órgão ligado à Secretaria dos Direitos Humanos (MORAES, 2012; BRASIL, 2015a).

O CRAS é um local público, localizado nas áreas de maior vulnerabilidade social, que oferece serviços de assistência social por meio da organização e articulação das unidades da rede socio assistencial e outras políticas. Possibilita o acesso da população a serviços, benefícios e projetos de assistência social e apoia ações comunitárias por meio de palestras, campanhas e eventos, contribuindo para a solução de problemas comuns. O CRAS oferta o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Atende famílias e indivíduos em situação grave de desproteção, deficientes, idosos, crianças retiradas do trabalho infantil, entre outros (BRASIL, 2015a).

O CREAS atende famílias e pessoas em situação de risco social ou que tiveram seus direitos violados, ofertando o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos, além de outros serviços como o de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto. No CREAS, oferecem-se informações, orientação jurídica, apoio a família, estimula a mobilização comunitária e realiza encaminhamentos para os serviços de assistência social. Atende famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, com violação de direitos, como violência física, psicológica, sexual e negligência, situação de rua, trabalho infantil, discriminação, entre outras (BRASIL, 2015b).

O ECA propôs a Política de Atendimento da Criança e Adolescente e com ela a criação dos Conselhos Tutelares, que atuam no zelo e fiscalização dos direitos assegurados, e a mudança do Juizado de Menores para Juizado da Infância e Juventude, julgador e aplicador de medidas e sentenças em favor da proteção à infância. O desenvolvimento dessa política de atendimento dos direitos dessa população deve satisfazer as necessidades básicas e os direitos do cidadão-criança e do cidadão-adolescente (MORAES, 2012).

O Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo, eleito pela sociedade para proteção dos direitos da criança e do adolescente através do acompanhamento de menores em situação de risco e decisão sobre qual a melhor medida de proteção para cada caso. Cada município deve ter uma unidade composta por cinco conselheiros escolhidos pela população local para um mandato de quatro anos. Os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos devem ser comunicados ao Conselho Tutelar, conforme determina o ECA. Qualquer cidadão pode fazer uma denúncia anônima. São suas atribuições atender crianças e adolescentes que tiveram seus direitos violados, por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis, ou em caso de ato infracional (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2016).

Trata-se de uma instituição que ocupa um lugar intermediário, não é sociedade civil e não é Estado e que se faz necessária a medida que o aparelho judiciário não comporta a demanda, já que o Juizado da Infância e da Juventude tem o papel de controle e disciplinamento de comportamentos e não de assistência e proteção. Este último tem a função de julgar os processos referentes aos interesses da criança e do adolescente, aplicando as medidas dispostas no ECA, enquanto o Conselho faz uma triagem dos casos, que se transformarão ou não em processos judiciais, e encaminha os problemas sociais a uma rede de órgãos (MORAES, 2012).

CAPÍTULO II

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Desenho da pesquisa

A pesquisa realizada foi do tipo pesquisa intervenção. A escolha deste método determina-se por ser um tipo de pesquisa educacional cujas práticas de ensino são planejadas, implementadas e avaliadas para maximizar a aprendizagem do estudante que dela participa, fazendo uma interconexão entre teoria e metodologias transformadoras. As intervenções são pesquisas realizadas no “mundo real”, ou seja, sobre e com pessoas e somente se efetivam se trouxerem algum benefício para as partes envolvidas no processo (DAMIANI, 2012).

Esse tipo de pesquisa, ao mesmo tempo que redimensiona a formação acadêmica dos profissionais, tem a potencialidade de construir novas bases para as ações dos mesmos, através da articulação entre teoria e prática, sujeito e objeto. Fundamentada em uma perspectiva crítica, a pesquisa intervenção visa mudanças na realidade com uma participação social efetiva, centrada no agir e que acentue o vínculo entre a gênese teórica e a gênese social dos conceitos. Espera-se que, nesse contexto, os participantes aprimorem seus conceitos teóricos e práticos acerca do tema e revejam suas concepções em relação à violência, especialmente no que diz respeito ao reconhecimento de um fenômeno não natural e que recai sobre crianças e adolescentes (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Para a dissertação, priorizou-se a análise quantitativa dos dados obtidos. Segundo Gatti (2004, p. 26) a análise a partir dos dados quantitativos pode trazer subsídios concretos para a compreensão do fenômeno, indo além da subjetividade e dos casuísmos, podendo orientar ações pedagógicas. É claro que o significado dos resultados é dado pelo pesquisador em função da fundamentação teórica, já que dados quantitativos por si só nada dizem. Uma informação que não pode ser diretamente visualizada poderá sê-lo a partir da transformação e interpretação desses dados (GATTI, 2004).

2.2 Instituições e participantes

A amostragem foi constituída por três grupos distintos, a saber: 1) alunos de graduação das Faculdades de Medicina e de Enfermagem de uma universidade particular do interior de São Paulo (G1); 2) alunos da pós-graduação em Pediatria da mesma universidade, correspondendo a médicos residentes das especialidades de Pediatria e Psiquiatria e a enfermeiros da residência multiprofissional de um hospital terciário do interior de São Paulo (G2); 3) profissionais médicos e enfermeiros que atuam na rede de atenção municipal de saúde e médicos plantonistas do pronto-socorro pediátrico de um hospital regional de um município de médio porte localizado no interior do estado de São Paulo (G3).

Em relação ao G1, foram convidados a participar alunos de graduação de Medicina do nono e décimo segundo termos e, do curso de Enfermagem, do sétimo e oitavo termos. Essa escolha se deve ao fato de serem esses os futuros profissionais que estarão atuando no atendimento de crianças e de adolescentes vítimas de violência. O momento do curso foi escolhido por se tratar dos últimos anos dos cursos, nos quais os alunos já têm, por hipótese, mais condições de realizar diagnósticos e estabelecer condutas terapêuticas e preventivas em relação à violação de direitos de crianças e adolescentes. Para a formação desse grupo, a intervenção foi divulgada por meio de cartazes fixados nos murais da universidade, além de convite verbal realizado pelo pesquisador em algumas turmas que poderiam ser incluídas na pesquisa. A inscrição foi realizada por 32 alunos da faculdade de Medicina e não houve procura por parte dos alunos da faculdade de enfermagem.

O G2 seria composto por pós-graduandos e médicos residentes de Pediatria e Psiquiatria por se tratarem das especialidades médicas que mais se envolvem, respectivamente, nos cuidados de crianças e adolescentes e de pacientes com transtornos psicológicos e psiquiátricos, potenciais vítimas de violência, além de enfermeiros de residência multiprofissional. Para a constituição desse grupo, foi realizado um convite verbal pelo pesquisador aos residentes de Psiquiatria e da residência multiprofissional. Para os residentes e pós-graduandos de Pediatria, a intervenção fez parte do cronograma de aulas teóricas estabelecido pelo programa de residência e pós-graduação. Iniciaram o curso 33 residentes e pós-graduandos de pediatria e dois residentes de Psiquiatria que aceitaram ao convite para

participar. Não houve procura por parte dos enfermeiros da residência multiprofissional.

Para compor o G3, foi realizado contato com a Secretaria Municipal de Saúde que aceitou realizar a intervenção, como parte da formação continuada de seus profissionais, e sua atuação seria realizada no próprio horário de trabalho desses profissionais. O grupo iniciou com 35 profissionais, entre médicos pediatras e psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e terapeuta ocupacional.

Para cada um dos grupos, foi composto um Grupo Controle (GC), com as mesmas características dos grupos da pesquisa, cujos participantes foram submetidos ao pré e pós-teste, porém não participaram da intervenção. O G1 foi formado por 21 graduandos do oitavo termo de Medicina que foram convidados verbalmente pelo pesquisador. O G2 foi composto por 14 residentes de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina, já que todos os residentes da instituição local participaram do grupo caso. Os questionários foram enviados pelo Correio e devolvidos da mesma forma. Para o G3, 10 profissionais do Hospital Regional de Presidente Prudente preencheram os questionários, incluindo médicos pediatras, enfermeiros e assistente social.

A pesquisa baseada em evidência traz ao estudo um maior rigor metodológico e maior validade científica, por meio da utilização de um grupo controle, ou seja, grupo de indivíduos com características semelhantes ao grupo caso, porém que não participam da intervenção realizada na pesquisa (DANSKI *et al.*, 2017).

2.3 Instrumentos

Foi utilizado um questionário estruturado (APÊNDICE A) contendo três partes: 1) dados sócio demográficos; 2) concepções e percepções do profissional de saúde sobre violência contra a crianças e adolescentes, violência física, sexual, psicológica e negligência abandono; 3) atuação do profissional de saúde frente aos casos de violência. Nas duas últimas, utilizou-se uma Escala *Likert* de 01 a 05, com respostas cujas alternativas variavam entre discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente.

O questionário, inspirado no instrumento elaborado por Brino (FERRARI; PRIOLO FILHO; BRINO, 2016), foi construído pelos proponentes da pesquisa e contém 12 itens referentes aos dados sócio demográficos e 39 itens referentes a

concepções sobre violência, violências física, sexual, psicológica e negligência e à atuação do profissional de saúde frente a esses casos. A segunda e a terceira parte do questionário foram submetidas ao processo de Validação de Conteúdo, através da análise por juízes. Para isso, foram convidados cinco profissionais com notório saber e experiência com o tema, dos quais quatro responderam e aceitaram avaliar o questionário.

Foi enviado aos juízes um material (APÊNDICE B) para que fosse feita a análise dos 39 itens em relação a três critérios: clareza de linguagem, pertinência e relevância teórica. Para cada um dos itens do instrumento, os pesquisadores atribuíram uma nota de 1 a 5 em cada um desses critérios, conforme o quadro abaixo.

Quadro 2 – Processo de Validação de Conteúdo

	Pouquíssima	Pouca	Média	Muita	Muitíssima
Clareza da Linguagem	1	2	3	4	5
Pertinência					
Relevância teórica					

Fonte: O autor (2019).

Após as respostas serem enviadas, somaram-se as quatro notas de cada um dos itens e dividiram-se por quatro, obtendo-se a média. A seguir, multiplicou-se esse valor por 0,2, de modo que os valores tivessem um valor variando de 0,1 a 1,0, o que forneceu o Coeficiente de Validação de Conteúdo (CVC). Os itens com nota acima de 0,8 foram mantidos, os com nota entre 0,7 e 0,8 foram revistos e alterados e os com nota abaixo de 0,7 seriam retirados, porém, não houve nenhum item com esse valor. Cabe ressaltar que mesmo sendo bem avaliados, alguns dos itens sofreram alterações conforme as sugestões dos juízes (APÊNDICE C).

2.4 Descrição da intervenção

A síntese da intervenção realizada com os três grupos participantes está descrita no (Quadro 3), a seguir.

Quadro 3 – Intervenção com os grupos de participantes

continua

Tema		A construção social da infância e da adolescência
Sessão 1	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o pesquisador/mediador, a proposta de intervenção e os outros participantes • Avaliar, através do pré-teste, os conhecimentos prévios dos participantes em relação à manifestação da violência contra crianças e adolescentes • Conceituar infância e adolescência a partir de uma perspectiva histórica e social
	Conteúdo programático	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação pessoal do pesquisador e dos participantes • Histórias de vida de crianças e adolescentes de diferentes gerações • Concepções sobre infância e adolescência
Tema		Os tipos de violência e suas diversas formas de manifestação
Sessão 2	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Conceituar violência como um fenômeno socialmente construído • Conhecer os tipos de violência e seus impactos sociais e psicológicos em diferentes grupos e segmentos sociais
	Conteúdo programático	<ul style="list-style-type: none"> • A natureza histórica e cultural da violência • Concepções sobre violência e tipificação da violência mulher; idoso; LGBT; policial; estrutural
Tema		A violência contra crianças e adolescentes
Sessão 3	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Conceituar a violência contra a criança e o adolescente a partir de suas diferentes formas de manifestação • Conceituação da violência contra crianças e adolescentes
	Conteúdo programático	<ul style="list-style-type: none"> • Tipificação das violências contra criança e adolescente: violência psicológica, física, sexual, negligência e abandono • Histórico sobre os direitos das crianças e adolescentes e do reconhecimento das manifestações de violências ocultadas socialmente
Tema		Violência física
Sessão 4	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a violência física contra crianças e adolescentes • Conceituação da violência física contra crianças e adolescentes
	Conteúdo programático	<ul style="list-style-type: none"> • Características epidemiológicas dessa violência • Reconhecimento de lesões, sinais e sintomas sugestivos de violência
Tema		Violência psicológica
Sessão 5	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a violência psicológica contra a crianças e adolescentes • Conceituação da violência psicológica contra crianças e adolescentes
	Conteúdo programático	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologia dessa violência • Comportamentos considerados violência psicológica

Tema		Negligência e abandono
Sessão 6	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a negligência e abandono como formas de violência contra a criança e o adolescente
	Conteúdo programático	<ul style="list-style-type: none"> • Conceituação da negligência e do abandono contra a criança e o adolescente • Epidemiologia dessa violência • Sinais e sintomas que devem levar a pensar nessa violência
Tema		Violência sexual: abuso
Sessão 7	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Classificar a violência sexual contra a criança e o adolescente • Conhecer o abuso sexual
	Conteúdo programático	<ul style="list-style-type: none"> • Classificação da violência sexual contra crianças e adolescentes em abuso e exploração sexual • Conceituação do abuso sexual • Características epidemiológicas dessa violência • Reconhecimento de alterações no exame físico, sinais e sintomas sugestivos de violência • Conduta clínica na violência sexual
Tema		Violência sexual: exploração
Sessão 8	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Classificar a violência sexual contra a criança e o adolescente • Conhecer a exploração sexual
	Conteúdo programático	<ul style="list-style-type: none"> • Conceituação da exploração sexual • Características epidemiológicas dessa violência • Consequências físicas e psicológicas para as vítimas • Política de enfrentamento do problema
Tema		Denúncias e encaminhamentos
Sessão 9	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir o papel do profissional de saúde e o encaminhamento das denúncias • Conhecer as políticas públicas voltadas a crianças e adolescentes • Conhecer as instituições e equipamentos de proteção para as crianças e adolescentes
	Conteúdo programático	<ul style="list-style-type: none"> • Problemática sobre o papel do profissional de saúde na violência contra a criança e o adolescente • Fluxograma de encaminhamento de denúncias de violência • Políticas públicas voltadas a crianças e adolescentes • Instituições e equipamentos de proteção para as crianças e adolescentes
Tema		Condutas auto protetivas
Sessão 10	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer sobre condutas auto protetivas para crianças e adolescentes • Aprender sobre as formas de ensinar condutas auto protetivas para crianças e adolescentes
	Conteúdo programático	<ul style="list-style-type: none"> • Condutas auto protetivas para crianças e adolescentes • Modelo de um programa de prevenção

Fonte: O autor (2019).

2.5 Procedimentos

A pesquisa foi realizada por meio de uma intervenção com os três grupos de participantes descritos. As sessões ocorreram semanalmente, com um período de duração aproximado de 1h30 a 2h cada. Com o G1 e G2, a intervenção ocorreu nos anfiteatros do Hospital Regional de Presidente Prudente, local habitualmente utilizado pelos participantes. O G3 participou da intervenção em um auditório municipal disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde. Os procedimentos da pesquisa foram realizados em quatro etapas:

ETAPA 1: preparação da intervenção por meio da definição de temas e da busca do material teórico em artigos disponíveis nas plataformas de pesquisa, como os Periódicos CAPES e Scielo. Foram pesquisados artigos revisados por pares dos últimos cinco anos, por meio de palavras-chave relacionadas ao tema, com posterior organização dos objetivos de cada sessão. Ainda nessa etapa, foi realizada a construção do questionário (APÊNDICE A) que passou pelo processo de Validação de Conteúdo, considerando a análise por juízes, conforme citado acima.

ETAPA 2: aplicação do questionário (pré-teste) com conceitos e concepções sobre a violência contra crianças e adolescentes, com o objetivo de conhecer os conhecimentos prévios dos participantes sobre o assunto, contribuindo para a verificação da eficácia da intervenção, bem como na análise comparativa do tamanho de efeito que a intervenção teria em comparação aos três grupos. Nesta etapa também se aplicou o questionário para os grupos controle na mesma época em que foi aplicado ao grupo caso.

ETAPA 3: aplicação da intervenção¹ pelo pesquisador para os três grupos separadamente, em 11 sessões que ocorreram semanalmente, com duração aproximada de 1h30 a 2h. Os conteúdos foram trabalhados de forma expositiva e com discussões com os participantes, sempre com o auxílio de recursos audiovisuais: slides com conteúdo teórico, vídeos de curta duração, imagens e casos clínicos. Ao término de cada sessão, foi fornecida aos participantes três opções para complementação do conteúdo com textos de referência e filmes sobre o tema.

¹ Os participantes que atingiram 80% de presença na intervenção receberam certificado de participação da mesma.

ETAPA 4: realização do pós-teste, que consistiu na aplicação do mesmo questionário, com o objetivo de avaliar os conteúdos apropriados pelos participantes e fazer uma avaliação da intervenção de forma quantitativa, em especial a partir da comparação dos dados obtidos com os três grupos. Também, na mesma época, foi aplicado o pós-teste com os três grupos controle. A última sessão da intervenção foi uma sessão avaliativa, na qual os participantes puderam dar suas impressões sobre a intervenção. Dessa forma, a intervenção pode ser analisada de forma completa, identificando-se as fragilidades, potencialidades e possibilidades de melhoria da mesma.

Em termos dos cuidados éticos com os participantes do grupo controle, após todo o processo, foi ofertado aos três grupos um encontro (atividade de formação) de um dia acerca do tema da violência contra a crianças e adolescentes, contemplando os principais conceitos teóricos e informações sobre o reconhecimento e encaminhamento dos casos.

2.6 Análise dos dados

Os dados foram submetidos, através da colaboração de um profissional estatístico, à análise estatística descritiva, comparando-se o questionário pré e pós testes dos grupos participantes. O coeficiente alfa de Cronbach foi apresentado como uma forma de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa. Este mede a correlação entre respostas em um questionário através da análise das respostas dadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. O coeficiente alfa é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição (VIEIRA, 2011).

Para verificar se as medidas obtidas inicialmente e após o procedimento foram significativamente diferentes, foi utilizado o Teste T. Esse é utilizado quando pretende-se verificar se a média de uma amostra é igual ou diferente de um valor de referência. Quando se identificou diferença entre as médias das categorias utilizou-se testes de comparações múltiplas de Tukey. Os testes de comparações múltiplas permitem identificar essas diferenças entre pares de médias específicos ou em combinações lineares das médias (VIEIRA, 2011). As análises estatísticas foram

realizadas no programa R, sendo considerado como estatisticamente significativo quando a probabilidade for menor ou igual a 0,05 ($p\text{-valor} < 0,05$).

2.7 Questões éticas

O projeto foi submetido à aprovação do CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) que avaliou as questões pertinentes aos preceitos éticos e toda a documentação necessária antes do início de qualquer procedimento de coleta de dados.

A condução das sessões foi em sala que assegurou as condições de sigilo e adequação ambiental e os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), expressando concordância com os procedimentos metodológicos.

Os dados coletados serão armazenados por cinco anos em equipamento particular do pesquisador e de seu orientador. Em nenhuma hipótese serão expostos, garantindo, desse modo, o sigilo das informações com os devidos cuidados, para que os dados não identifiquem os participantes na pesquisa e em futuras publicações.

CAPÍTULO III

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a aplicação dos questionários pré e pós teste dos três grupos experimentais e dos três grupos controle, foram analisados os itens do instrumento para avaliar a eficácia da intervenção. A (Tabela 4) mostra os resultados por categorias nas quais os itens do questionário estavam agrupados: aceitação e naturalização da violência, violência física, violência sexual, violência psicológica, negligência e atuação profissional.

Em todas as categorias observa-se, na (Tabela 4), que no grupo controle não houve diferença estatística entre o pré e o pós teste em nenhuma das categorias. Já no grupo experimental, em todas elas houve uma melhora estatisticamente significativa, o que mostra que a intervenção trouxe mudanças nas concepções prévias que os participantes tinham sobre o tema em todas as dimensões avaliadas. Destaca-se a diferença importante que houve na categoria atuação profissional, que evidencia que, após a formação ofertada, os participantes se sentiram mais aptos e confiantes na atuação e encaminhamento dos casos de violência contra crianças e adolescentes.

Tabela 4 – Avaliação do pré e pós teste dos grupos experimental e controle por categorias

Categoria		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média	t	gl	Sig. (bilateral)	continua
Aceitação e naturalização	GE*	Pré	60	33,55	4,24	0,55	-5,154	117	0,000*
		Pós		37,29	3,64	0,47			
	GC	Pré	45	33,13	4,07	0,61	0,079	88	0,937
		Pós		33,07	3,97	0,59			
Violência física	GE*	Pré	60	13,22	2,89	0,37	-4,777	118	0,000*
		Pós		15,58	2,53	0,33			
	GC	Pré	45	13,16	2,94	0,44	0,000	88	1,000
		Pós		13,16	3,25	0,49			
Violência sexual	GE*	Pré	60	31,50	3,07	0,40	-5,241	100	0,000*
		Pós		35,38	4,85	0,63			
	GC	Pré	45	31,67	3,11	0,46	0,640	88	0,524
		Pós		31,22	3,46	0,52			
Violência psicológica	GE*	Pré	60	14,28	1,82	0,24	-5,542	110	0,000*
		Pós		16,45	2,42	0,31			
	GC	Pré	45	14,56	1,67	0,25	1,036	88	0,303
		Pós		14,16	1,98	0,29			

								conclusão	
Negligência	GE*	Pré	60	17,02	2,07	0,27	-2,809	118	0,006*
		Pós		18,17	2,40	0,31			
	GC	Pré	45	16,91	2,04	0,30	0,149	88	0,882
		Pós		16,84	2,20	0,33			
Atuação profissional	GE*	Pré	60	27,13	3,11	0,40	-11,924	118	0,000*
		Pós		34,10	3,29	0,42			
	GC	Pré	45	28,60	2,77	0,41	-0,392	88	0,696
		Pós		28,84	3,13	0,47			

Fonte: O autor (2019).

Nota: * $p < 0,05$ (intervalo de confiança de 95%)

Similarmente, ao se analisar cada um dos itens nas categorias, observa-se que em nenhum dos itens do questionário do grupo controle houve diferença entre o pré e pós teste. Em contrapartida, na maioria dos itens do grupo experimental houve diferença estatisticamente significativas antes e após a intervenção. A (Tabela 5) mostra os dados da categoria aceitação e naturalização da violência. Nesta categoria o único item que não mostrou diferença estatística no grupo experimental foi “em alguns casos, a demonstração de amor de uma família é expressa pelo uso da violência”. É importante destacar que neste item é possível deduzir que os participantes já tinham uma concepção adequada sobre o tema antes mesmo da intervenção, o que explica este resultado.

Tabela 5 – Avaliação do pré e pós teste dos grupos experimental e controle na categoria aceitação e naturalização da violência

Item		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média	t	gl	continua	
								Sig. (bilateral)	
A criança que cresce em um lar violento será violenta quando crescer.	GE*	Pré	60	3,63	1,15	-6,158	93	0,000*	
		Pós		4,68	0,65				0,08
	GC	Pré	45	3,89	1,11	0,17	0,645	88	0,521
		Pós		3,73	1,18	0,18			
Criança que não apanha, não aprende.	GE*	Pré	60	3,17	1,34	-4,013	114	0,000*	
		Pós		4,07	1,10				0,14
	GC	Pré	45	2,91	1,28	0,19	-0,330	88	0,742
		Pós		3,00	1,28	0,19			
Os pais têm o direito de corrigirem os filhos como bem entenderem, incluindo palmadas.	GE*	Pré	60	4,17	0,85	-3,879	118	0,000*	
		Pós		4,70	0,65				0,08
	GC	Pré	45	4,31	0,67	0,10	1,014	88	0,313
		Pós		4,13	0,97	0,14			
A violência é um dos resultados de condições de riscos sociais e culturais.	GE*	Pré	60	3,00	1,12	-3,245	118	0,002*	
		Pós		3,68	1,19				0,15
	GC	Pré	45	3,38	1,25	0,19	0,777	88	0,439
		Pós		3,18	1,19	0,18			
Em alguns casos, a demonstração de amor de uma família é expressa pelo uso da violência.	GE	Pré	60	4,07	0,73	1,031	99	0,305	
		Pós		3,88	1,17				0,15
	GC	Pré	45	3,91	0,82	0,12	0,745	88	0,458
		Pós		3,78	0,88	0,13			

									conclusão
Mães que amam seus filhos de verdade não agridem.	GE*	Pré	60	3,28	1,12	0,14	-2,477	118	0,015*
		Pós		3,83	1,30	0,17			
	GC	Pré	45	3,56	1,03	0,15	-0,893	88	0,375
		Pós		3,76	1,09	0,16			
A criança que sofre violência raramente estará mentindo.	GE*	Pré	60	4,17	0,89	0,11	-2,203	118	0,030*
		Pós		4,52	0,85	0,11			
	GC	Pré	45	4,13	0,89	0,13	0,000	88	1,000
		Pós		4,13	0,79	0,12			
Não há possibilidade de recuperação para um(a) agressor(a), afinal, pau que nasce torto morre torto.	GE*	Pré	60	1,77	1,21	0,16	-5,538	107	0,000*
		Pós		3,25	1,68	0,22			
	GC	Pré	45	1,36	0,93	0,14	0,682	88	0,497
		Pós		1,24	0,57	0,09			
A violência contra crianças e adolescentes ocorre com famílias desestruturadas.	GE*	Pré	60	4,60	0,53	0,07	-2,791	107	0,006*
		Pós		4,83	0,38	0,05			
	GC	Pré	45	4,73	0,45	0,07	0,233	88	0,816
		Pós		4,71	0,46	0,07			

Fonte: O autor (2019).

Nota: * $p < 0,05$ (intervalo de confiança de 95%)

Na categoria violência física, como mostra a (Tabela 6), dos quatro itens analisados, em três houve uma melhora estatisticamente significativa. Apenas no “se eu cheguei onde estou hoje, foi porque meus pais me deram umas palmadas, quando necessário” não houve diferença evidenciada na prova estatística utilizada. Nota-se que no item “a violência física é o tipo de violência contra crianças e adolescentes mais frequente nos atendimentos de saúde” houve uma importante melhora na resposta dos integrantes do grupo experimental.

Tabela 6 – Avaliação do pré e pós teste dos grupos experimental e controle na categoria violência física

Item		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média	t	gl	Sig. (bilateral)	
Em determinadas situações, é preciso o uso de palmadas e puxões de orelha para educar os filhos.	GE*	Pré	60	4,13	0,85	0,11	-3,335	118	0,001*
		Pós		4,60	0,67	0,09			
	GC	Pré	45	3,91	0,97	0,15	0,103	88	0,918
		Pós		3,89	1,07	0,16			
Se eu cheguei onde estou hoje, foi porque meus pais me deram umas palmadas, quando necessário.	GE	Pré	60	3,67	1,04	0,13	0,000	111	1,000
		Pós		3,67	1,34	0,17			
	GC	Pré	45	3,04	1,22	0,18	0,000	88	1,000
		Pós		3,04	1,28	0,19			
As palmadas podem ser, na verdade, formas de demonstração de amor.	GE*	Pré	60	3,15	1,18	0,15	-4,365	118	0,000*
		Pós		4,05	1,08	0,14			
	GC	Pré	45	2,82	1,28	0,19	-0,087	88	0,931
		Pós		2,84	1,15	0,17			
A violência física é o tipo de violência contra crianças e adolescentes mais frequente nos atendimentos de saúde.	GE*	Pré	60	1,93	0,61	0,08	-8,543	91	0,000*
		Pós		3,33	1,11	0,14			
	GC	Pré	45	2,64	0,93	0,14	-0,689	88	0,492
		Pós		2,78	0,90	0,13			

Fonte: O autor (2019).

Nota: * $p < 0,05$ (intervalo de confiança de 95%)

A (Tabela 7) mostra os resultados da categoria violência sexual. Foram testados nove itens, dos quais em sete houve mudança estatisticamente significativas nas concepções do grupo experimental. Os dois itens em que não houve essa diferença são “as principais vítimas da violência sexual são meninas” e “abuso sexual e exploração sexual são sinônimos” sendo que, neste último, chama atenção que a concepção prévia já era bastante apropriada no grupo. Ainda assim, ressalta-se que para as intervenções futuras, estes aspectos devem ser enfatizados, pois se constituem como marcadores importantes sobre a manifestação da violência sexual contra crianças e adolescentes.

Houve melhora relevante nos itens “somente é abuso sexual quando há uma relação sexual com penetração” e “ser pedófilo não quer dizer ser criminoso”. Tais conceitos são importantes para o entendimento desse tipo de violência e frequentemente trazem confusão em suas definições aos profissionais de saúde.

Tabela 7 – Avaliação do pré e pós teste dos grupos experimental e controle na categoria violência sexual

continua

Item		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média	t	gl	Sig. (bilateral)	
As principais vítimas da violência sexual são meninas.	GE	Pré	60	2,82	0,87	0,11	-1,006	105	0,317
		Pós		3,02	1,27	0,16			
	GC	Pré	45	3,29	0,92	0,14	0,560	88	0,577
		Pós		3,18	0,96	0,14			
Os agressores sexuais de crianças e adolescentes são, na maioria dos casos, homens.	GE*	Pré	60	3,92	1,03	0,13	-3,097	118	0,002*
		Pós		4,50	1,03	0,13			
	GC	Pré	45	4,33	0,71	0,11	1,421	88	0,159
		Pós		4,11	0,78	0,12			
Se o ato sexual foi consentido pelo(a) adolescente, não podemos classificar como abuso.	GE*	Pré	60	2,95	1,05	0,14	-3,167	118	0,002
		Pós		3,63	1,30	0,17			
	GC	Pré	45	3,27	1,14	0,17	0,493	88	0,623
		Pós		3,16	1,00	0,15			
Somente é abuso sexual quando há uma relação sexual com penetração.	GE*	Pré	60	2,32	1,20	0,15	-9,894	98	0,000*
		Pós		4,12	0,74	0,10			
	GC	Pré	45	2,67	1,02	0,15	-0,295	88	0,768
		Pós		2,73	1,12	0,17			
Abuso sexual e exploração sexual são sinônimos.	GE	Pré	60	4,10	1,12	0,14	-1,080	118	0,282
		Pós		4,32	1,08	0,14			
	GC	Pré	45	4,20	1,18	0,18	-0,716	88	0,476
		Pós		4,36	0,86	0,13			
Exploração sexual de crianças e adolescentes envolve transações comerciais e / ou trocas.	GE*	Pré	60	4,08	0,96	0,12	-2,282	118	0,024*
		Pós		4,45	0,79	0,10			
	GC	Pré	45	4,13	1,12	0,17	0,000	88	1,000
		Pós		4,13	1,04	0,15			
A exploração sexual de crianças e adolescentes ocorre mais nas famílias em situação de pobreza.	GE*	Pré	60	3,93	0,80	0,10	-2,711	118	0,008*
		Pós		4,33	0,82	0,11			
	GC	Pré	45	3,82	1,07	0,16	-0,289	88	0,773
		Pós		3,89	1,11	0,17			

									conclusão
Quem comete abuso sexual pode ser classificado como pedófilo.	GE*	Pré	60	3,28	1,06	0,14	-4,047	118	0,000*
		Pós		4,05	1,02	0,13			
	GC	Pré	45	3,31	1,06	0,16	0,208	88	0,836
		Pós		3,27	0,96	0,14			
Ser pedófilo não quer dizer ser criminoso.	GE*	Pré	60	2,25	0,84	0,11	-13,565	105	0,000*
		Pós		4,03	0,58	0,08			
	GC	Pré	45	2,67	0,90	0,13	-1,621	88	0,109
		Pós		2,98	0,92	0,14			

Fonte: O autor (2019).

Nota: *p<0,05 (intervalo de confiança de 95%)

A categoria violência psicológica, representada na (Tabela 8), contém cinco itens, sendo que três mostraram diferença com significância estatística no grupo experimental, sendo que a maior mudança foi constatada no item “a violência psicológica pode ser mais grave que outras formas de violência”. Por hipótese, os itens “no Brasil, a violência psicológica ocorre em grande parte das residências” e “a violência psicológica ocorre apenas quando há insultos e grosserias direcionadas de forma intencional”, não mostraram melhora pelo mesmo motivo dos anteriores, ou seja, os participantes já tinham concepções adequadas antes da intervenção.

Tabela 8 – Avaliação do pré e pós teste dos grupos experimental e controle na categoria violência psicológica

Item		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média	t	gl	Sig. (bilateral)	
No Brasil, a violência psicológica ocorre em grande parte das residências.	GE	Pré	60	3,87	0,68	0,09	-1,411	118	0,161
		Pós		4,08	0,98	0,13			
	GC	Pré	45	3,80	0,81	0,12	-0,668	88	0,506
		Pós		3,91	0,76	0,11			
A violência psicológica pode ser mais grave que outras formas de violência.	GE*	Pré	60	3,62	1,06	0,14	-4,810	112	0,000*
		Pós		4,46	0,84	0,11			
	GC	Pré	45	3,36	1,19	0,18	-0,184	88	0,854
		Pós		3,40	1,10	0,16			
Ter rispidez na forma de falar com a criança e adolescente é a melhor estratégia para educá-los.	GE*	Pré	60	3,47	1,20	0,15	-4,228	112	0,000*
		Pós		4,30	0,94	0,12			
	GC	Pré	45	3,53	0,89	0,13	-0,350	88	0,727
		Pós		3,60	0,91	0,14			
A principal agressora nos casos de violência psicológica é a mãe.	GE*	Pré	60	3,93	0,86	0,11	-2,270	118	0,025*
		Pós		4,30	0,91	0,12			
	GC	Pré	45	4,29	0,76	0,11	1,504	88	0,136
		Pós		4,02	0,92	0,14			
A violência psicológica ocorre apenas quando há insultos e grosserias direcionadas de forma intencional.	GE	Pré	60	4,68	0,62	0,08	-1,118	118	0,266
		Pós		4,80	0,51	0,07			
	GC	Pré	45	4,89	0,32	0,05	1,071	78	0,288
		Pós		4,80	0,46	0,07			

Fonte: O autor (2019).

Nota: *p<0,05 (intervalo de confiança de 95%)

Em relação a categoria negligência, ilustrada na (Tabela 9), foram analisados quatro itens, sendo que dois apresentaram diferenças estatísticas

significativas após a intervenção e dois sem diferenças quantificáveis. Esses são os itens “a negligência e o abandono são as formas de violência mais comum praticada contra crianças e adolescentes” e “famílias pobres são mais negligentes”, sendo que, no primeiro item, também se observa que os participantes tinham uma concepção prévia sobre o tema considerada adequada.

Tabela 9 – Avaliação do pré e pós testes dos grupos experimental e controle na categoria negligência

Item		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média	t	gl	Sig. (bilateral)	
A negligência e o abandono são as formas de violência mais comum praticada contra crianças e adolescentes.	GE	Pré	60	3,53	1,00	0,13	-0,078	110	0,938
		Pós		3,55	1,31	0,17			
	GC	Pré	45	3,73	0,94	0,14	1,341	88	0,183
		Pós		3,44	1,10	0,16			
Famílias pobres são mais negligentes.	GE	Pré	60	2,57	0,87	0,11	1,477	118	0,142
		Pós		2,30	1,09	0,14			
	GC	Pré	45	2,22	0,93	0,14	0,247	88	0,806
		Pós		2,18	0,78	0,12			
A negligência no cuidado pode ser decorrente de aspectos como pobreza e dependência química dos cuidadores.	GE*	Pré	60	3,70	0,81	0,10	-3,150	118	0,002*
		Pós		4,15	0,76	0,10			
	GC	Pré	45	3,58	1,18	0,18	0,000	88	1,000
		Pós		3,58	0,99	0,15			
A negligência é de difícil definição, pois envolve aspectos culturais, sociais e econômicos.	GE*	Pré	60	4,22	0,64	0,08	-2,493	118	0,014*
		Pós		4,53	0,75	0,10			
	GC	Pré	45	4,24	0,71	0,11	1,746	88	0,084
		Pós		3,96	0,85	0,13			

Fonte: O autor (2019).

Nota: * $p < 0,05$ (intervalo de confiança de 95%)

A Tabela 10 mostra os dados obtidos em oito itens alusivos à categoria atuação profissional. Destes, em seis houve uma melhora importante entre o pré e o pós teste do grupo experimental, mostrando mudanças nas atitudes e concepções dos participantes em relação ao atendimento das vítimas de violência. Destaca-se o item “a violência contra crianças e adolescentes é motivo de quebra de sigilo profissional” com melhora significativa. Nos dois itens em que não houve mudança, “o encaminhamento dos casos de violência é função do serviço social” e “eu acho que as minhas ações como profissional podem ajudar crianças e adolescentes vítimas de violência”, a explicação, como já usada anteriormente, recorre ao fato das respostas dos participantes estarem adequadas mesmo antes do início da intervenção.

Tabela 10 – Avaliação do pré e pós testes dos grupos experimental e controle na categoria matuação profissional

Item		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média	t	gl	Sig. (bilateral)	
A notificação de casos de violência, confirmados ou suspeitos, é compulsória pelo profissional que atendeu.	GE*	Pré	60	3,70	0,79	0,10	-	118	0,001*
		Pós	4,20	0,86	0,11	3,322			
	GC	Pré	45	3,67	0,85	0,13	0,118	88	0,906
		Pós	3,64	0,93	0,14				
O encaminhamento dos casos de violência é função do serviço social.	GE	Pré	60	3,85	0,76	0,10	-	98	0,534
		Pós	3,97	1,23	0,16	0,624			
	GC	Pré	45	3,31	1,14	0,17	-	88	0,768
		Pós	3,38	0,98	0,15	0,296			
A violência contra crianças e adolescentes é motivo de quebra de sigilo profissional.	GE*	Pré	60	2,43	1,00	0,13	-	109	0,000*
		Pós	3,42	1,33	0,17	4,578			
	GC	Pré	45	2,36	0,86	0,13	-	88	0,331
		Pós	2,53	0,87	0,13	0,977			
A denúncia de casos de violação de direitos está prevista dos códigos de ética de várias profissões da saúde.	GE*	Pré	60	3,32	1,28	0,17	-	115	0,012*
		Pós	2,67	1,49	0,19	2,559			
	GC	Pré	45	3,78	1,08	0,16	0,853	88	0,396
		Pós	3,58	1,14	0,17				
Conheço o suficiente sobre os problemas relacionados à violência contra crianças e adolescentes.	GE*	Pré	60	4,00	0,80	0,10	-	118	0,005*
		Pós	4,43	0,85	0,11	2,869			
	GC	Pré	45	3,73	0,86	0,13	-	88	0,547
		Pós	3,84	0,88	0,13	0,605			
Eu sei como orientar os pacientes e as famílias para combater a violência contra crianças e adolescentes.	GE*	Pré	60	3,97	0,84	0,11	-	118	0,019*
		Pós	4,37	0,99	0,13	2,382			
	GC	Pré	45	3,89	0,83	0,12	-	88	0,708
		Pós	3,96	0,85	0,13	0,376			
Conheço o fluxo de atendimento e encaminhamento dos casos de violência.	GE*	Pré	60	4,10	0,84	0,11	-	118	0,000*
		Pós	4,62	0,74	0,10	3,584			
	GC	Pré	45	3,93	0,91	0,14	-	88	0,622
		Pós	4,02	0,78	0,12	0,495			
Eu acho que as minhas ações como profissional podem ajudar crianças e adolescentes vítimas de violência.	GE	Pré	60	3,37	0,96	0,12	0,000	113	1,000
		Pós	3,37	1,19	0,15				
	GC	Pré	45	3,42	1,18	0,18	0,000	88	1,000
		Pós	3,42	1,08	0,16				

Fonte: Fonte: O autor (2019).

Nota: . *p<0,05 (intervalo de confiança de 95%)

Em observância a um dos objetivos específicos dessa dissertação, ao ser comparadas as respostas obtidas nos questionários entre os três grupos (G1- Graduandos; G2 - Pós-graduandos; G3 - Profissionais de saúde) para a verificação de qual grupo uma intervenção dessa natureza seria mais eficaz, ficou constatado que não houve diferença estatística intergrupos, muito embora seja importante destacar que em todos os grupos houve melhoras nas concepções, constatadas pelas provas estatísticas apresentadas anteriormente. Esses dados evidenciam que modelos educativos acerca do tema da violência contra criança e adolescentes pode ser proposta em qualquer fase da formação: inicial, em nível de pós-graduação e como ações de formação continuada.

Tabela 11 – Comparação da eficácia da intervenção entre os três grupos participantes

Grupo		N	Média	Desvio padrão	Erro padrão	Intervalo de limite inferior	Intervalo de limite superior	Mínimo	Máximo
G1	Pré	44	3,46	0,20	0,03	3,40	3,52	3,12	3,89
	Pós		3,75	0,42	0,06	3,62	3,88	2,97	4,57
G2	Pré	32	3,54	0,27	0,05	3,44	3,63	3,02	4,07
	Pós		3,80	0,39	0,07	3,66	3,94	3,16	4,79
G3	Pré	29	3,51	0,27	0,05	3,40	3,61	2,93	3,98
	Pós		3,78	0,36	0,07	3,65	3,92	3,10	4,40

Fonte: O autor (2019).

Nota: * $p < 0,05$ (intervalo de confiança de 95%)

3.1 Discussão dos resultados

O Ministério da Saúde define violência contra crianças e adolescentes “quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas” (BRASIL, 2010c, p. 28). Para conhecer a magnitude do problema, o Ministério estruturou o VIVA (Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes) e o VIVA Sentinela, relativo à vigilância de violências, acidentes e emergências hospitalares, possibilitando a obtenção de informações para planejar ações de prevenção e atenção integral a vítimas de violência (BRASIL, 2010b; GARBIN *et al.*, 2015).

É preciso que os profissionais assumam que esta é uma problemática também da área da saúde e entendam que possuem um papel fundamental no que diz respeito ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. O atendimento em um pronto-socorro, unidade básica de saúde (UBS), estratégia de saúde da família (ESF), ambulatório ou consultório é, muitas vezes, a primeira possibilidade para o reconhecimento da violência. Os médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde devem estar atentos aos fatores de risco, sinais e sintomas apresentados pelo paciente (PAIVA; ZAHER, 2012; KOIFMAN; MENEZES; BOHRER, 2012).

A denúncia de manifestações de violências nas instituições de saúde pública é basal, pois é o primeiro passo para que a situação de violência seja encaminhada ao poder judiciário. A notificação dos casos, suspeitos ou confirmados, está prevista nos códigos de ética de diversas profissões da saúde e não configura quebra de sigilo. A portaria 104 do Ministério da Saúde prevê a notificação compulsória de

casos novos de doenças e agravos, incluindo a violência. Dessa forma, não deve ser atribuição apenas do Serviço Social ou da Psicologia, por exemplo, reconhecer e encaminhar as denúncias aos órgãos competentes, mas também dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento, como médicos e enfermeiros (GARBIN *et al.*, 2015; CALZA; DELL'AGLIO; SARRIERA, 2016).

O ECA convoca toda sociedade para a efetivação dos direitos das crianças e adolescentes. Em seu artigo 245, postula como infração administrativa “deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente” (BRASIL, 1990).

Alguns indícios durante a anamnese e o exame físico devem levar a suspeita de maus tratos infantil. A demora na procura por socorro médico após um trauma é um desses. Também deve-se pensar em lesão não acidental quando o tipo de lesão não é compatível com o acidente relatado. Além disso, lesões em localização não habitual, como face e tronco, são indicadores importantes da manifestação da violência física. Na mesma direção, a constatação de várias fraturas ósseas em diferentes graus de consolidação, fraturas próximas a articulações e fraturas em costelas abaixo dos dois anos de idade, é um forte indício de ocorrência não acidental. As chamadas lesões por assinatura, em que se vê na pele a reprodução da agressão, marcas de mordida e apertões, completam o rol de sinais que podem indicar a violência contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2010c).

É de extrema importância que o profissional de saúde, em especial médicos pediatras e enfermeiros, estejam atentos a casos que levantem a suspeita de violência. É importante salientar que geralmente as crianças não mentem quando questionadas, portanto, acreditar no relato da mesma é primordial. Também é importante lembrar que qualquer pessoa pode ser o agressor, já que não há características típicas e generalizáveis de agressores de crianças (NUNES; SALES, 2016).

Profissionais de saúde devem ter claro que não é necessária uma relação sexual com penetração para a caracterização de abuso, sendo também consideradas como violação de direitos em conversas com conotação sexual ou

qualquer contato físico que tenha como intuito gerar gratificação sexual ao perpetrador (HOHENDORFF; KOLLER; HABIGZANG, 2015). Assim sendo, a variável mais relevante é a diferença de estágio psicosssexual entre a vítima e o agressor.

A atenção dos pais e responsáveis ao corpo da criança deve fazer parte da rotina diária de cuidado e higiene da mesma e tais condutas podem revelar que algo está errado. Importante lembrar que nos casos de violência sexual esta procura precisa ser imediata, já que a profilaxia para as doenças sexualmente transmissíveis deve ser iniciada o mais rapidamente possível. Além das condutas clínicas necessárias, uma atenção às consequências psicológicas e psíquicas que podem ocorrer nos casos de violência, principalmente sexual (BRASIL, 2010c; HOHENDORFF; KOLLER; HABIGZANG, 2015).

Ao se falar de negligência, cabe destacar aos profissionais da saúde que há uma heterogeneidade de situações associadas a ela. Geralmente, há uma omissão dos cuidados necessários com a criança por parte dos pais ou responsáveis. Podem ser observadas manifestações da negligência de outras formas, como por exemplo, na ausência de cuidados básicos de higiene e alimentação, que pode repercutir no surgimento de sintomas específicos ou até mesmo em quadros de desnutrição (BRASIL, 2010c; LIVRAMENTO *et al.*, 2012).

Deve-se ter o cuidado de diferenciar negligência e pobreza, especialmente em países como o Brasil, cujas problemáticas se confundem. Muitas vezes, a negligência é utilizada de forma equivocada para descrever situações de extrema pobreza. Entretanto, por meio de uma leitura mais atenta, pode ser constatado que não se trata da negação dos pais em oferecer o que as crianças necessitam, mas uma negligência do Estado em relação às famílias. A pobreza aumenta a vulnerabilidade social das famílias, potencializando os fatores de risco, porém, a negligência ocorre também em famílias sem dificuldades socioeconômicas (PASIAN *et al.*, 2013).

É fundamental nesses casos uma boa orientação aos responsáveis em relação aos cuidados essenciais que a criança necessita, para que a situação de negligência não se perpetue ou se agrave, tornando-se uma situação crônica e com risco adicionais para a vítima. A inserção da criança e da família na rede de proteção

é um caminho promissor para a prevenção e resolução do problema (BRASIL 2010c; LIVRAMENTO *et al.*, 2012).

Os pediatras, durante o atendimento inicial de crianças e adolescentes, geralmente são os primeiros profissionais a levantarem suspeitas. Geralmente, em um hospital terciário, esses profissionais contam com assistentes sociais na equipe multidisciplinar, o que facilita a denúncia e encaminhamento ao Conselho Tutelar. Porém, vale lembrar que, na ausência de equipe multidisciplinar, é dever do médico pediatra ou qualquer outro profissional que esteja vinculado ao caso realizar a mesma conduta (PFEIFFER; ROSÁRIO; CAT, 2011).

Além de todas as condutas clínicas, é dever do pediatra, juntamente com a equipe, avaliar a gravidade, o risco de revitimização e proceder com a denúncia junto ao Conselho Tutelar e notificação ao SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Tais condutas devem ser tomadas em toda suspeita ou confirmação de violência, além de internação quando há gravidade ou risco para a criança (PFEIFFER; ROSÁRIO; CAT, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

Esta dissertação destacou, sobremaneira, a necessidade de espaços de formação inicial e continuada de profissionais da saúde, visando habilitar este contingente para identificação, encaminhamento e incorporação de práticas exitosas nos casos que se constituam como formas de violação de direitos das crianças. Trata-se de um tema indispensável para as categorias profissionais que atuam nas políticas de saúde, tendo em vista que a notificação ao poder público dos casos de violência contra crianças é compulsória.

É importante frisar que as instituições públicas e particulares de saúde, independentemente do nível de atenção que se vinculam, podem elaborar protocolos próprios para os encaminhamentos de casos de violência envolvendo crianças, desde que estejam atentas às diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e demais documentos oficiais que versam sobre os direitos desta população (como o ECA, por exemplo). Isso requer um trabalho articulado entre as equipes multiprofissionais, bem como exige que sejam estabelecidas estratégias comunicativas eficientes que visem o aprimoramento dos atendimentos.

Entretanto, ainda se observam muitas dificuldades do profissional de saúde no tema da violência contra a criança e o adolescente, um problema

multifatorial que ainda necessita aprimoramento por parte das instituições responsáveis pela graduação, pós-graduação e educação continuada em saúde. É possível constatar que estes profissionais afastam primeiramente hipóteses orgânicas, para, então, investigar outras coisas, estando ainda centrados no binômio saúde-doença. Além disso, observa-se que há lacunas desse tema na formação profissional, ainda pouco abordados na graduação, o que leva a uma falta de informações básicas para o reconhecimento e encaminhamento dos casos (BANNWART; BRINO, 2010).

A formação de recursos humanos para a saúde requer uma parceria mais articulada com a área da educação. Os projetos pedagógicos das escolas médicas, por exemplo, são norteados pela fragmentação dos conteúdos e pela manutenção de disciplinas que colocam o professor no centro do saber, relegando a aproximação do aluno com a realidade social (MARGARIDO; PRÓSPERO; GRILLO, 2013).

Para que essas dificuldades sejam amenizadas, aponta-se a necessidade de capacitação profissional acerca do tema e de pesquisas que avaliem a eficácia desse treinamento (BANNWART; BRINO, 2010). Essa foi a proposta desta pesquisa, criar um modelo de intervenção, aplicar aos estudantes e profissionais de saúde e avaliar a sua efetividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta dissertação foi desenvolver e avaliar a eficácia um modelo de intervenção, voltado para estudantes e profissionais da área da saúde, capaz de auxiliá-los na identificação e encaminhamento de casos de violência acometida contra crianças e adolescentes. Dessa maneira, após uma extensa revisão bibliográfica da literatura acerca do tema, foi criada uma intervenção contendo 11 sessões, que foi posteriormente aplicada a três grupos separadamente, em encontros semanais. A proposta foi construir sessões dinâmicas, por meio do uso de recursos audiovisuais, fotos, vídeos, discussões e atividades em grupo, favorecendo a interação entre e/ou com os participantes.

Foram abertas inscrições e oferecidas vagas aos estudantes de Medicina dos quatro últimos termos e de Enfermagem dos dois últimos termos. A procura pelos graduandos de Medicina foi alta e rápida, sendo as vagas limitadas para não comprometer o andamento da intervenção. Isso nos mostra que ainda há realmente um déficit na formação da faculdade de Medicina acerca do tema proposto e que os alunos não se sentem preparados para lidar com ele, apesar de considerá-lo importante. Em relação aos alunos de Enfermagem, não houve procura para inscrições, apesar da divulgação. O motivo talvez seja o distanciamento que existe entre os profissionais médicos e enfermeiros que, apesar de exercerem suas profissões juntos, ainda necessitam de maior interdisciplinaridade.

Para a constituição do grupo de pós-graduandos, foram oferecidas vagas aos médicos residentes de Pediatria, com excelente resposta e procura. No caso de Médicos residentes de Psiquiatria, dos quais apenas dois se interessaram, e enfermeiros da residência multiprofissional, não houve adesão ao programa. Acredita-se que ainda exista a visão de que é responsabilidade do médico pediatra, que geralmente faz o primeiro atendimento das vítimas, o reconhecimento e encaminhamento dos casos, além de uma maior percepção de violência centrada na agressão apenas física. Novas investigações acerca dessas constatações podem ser realizadas no futuro.

O grupo de profissionais de saúde foi composto por médicos pediatras e psiquiatras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais da Secretaria Municipal de Saúde e de um hospital terciário. O interesse em participar da formação foi grande,

havendo necessidade de encerrar as inscrições, o que mostra o quanto esses se interessam pelo tema e estão preocupados com os casos de violência contra crianças e adolescentes que eles podem se deparar na prática profissional. Todavia, também, vale destacar o quanto este grupo se sentiu motivado em participar, o que nos parece um dado importante em termos da necessidade de oferecimento de espaços de formação continuada.

Durante o andamento da intervenção, a resposta dos participantes foi positiva, com muitas discussões e interações entre eles e o moderador. Constantemente, os participantes buscavam estabelecer relações entre os conteúdos teóricos com a prática. Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatísticas entre os grupos, destaca-se a grande participação que houve no grupo três, ou seja, dos profissionais que já estavam em atuação, provavelmente por já estarem efetivamente lidando com crianças e adolescentes vítimas de violência e já sentirem a dificuldade no reconhecimento e encaminhamento desses casos.

As impressões e avaliações da formação, por parte dos participantes, foi extremamente positiva, no que diz respeito ao conteúdo, forma de apresentação, dinâmicas e discussões e conhecimento do moderador sobre o tema abordado. Além disso, ficou demonstrado, por meio das análises estatísticas, que a intervenção construída, no decorrer da pesquisa, foi realmente eficaz e atingiu os objetivos para os quais foi proposta, ou seja, mudar as concepções prévias dos estudantes e profissionais e prepará-los para a condução dos casos e enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. A inclusão de um grupo controle com características similares a dos grupos experimentais foi de fundamental importância, pois permitiu maior rigor científico e validou a eficácia da intervenção.

Realizar a intervenção em diferentes níveis de formação e constatar que não houve diferenças estatísticas no que se refere à comparação intergrupos, demonstra que há um déficit de aprendizagem acerca do tema da violência em todos os níveis e que programas de formação como o apresentado podem ser empregados em qualquer etapa da formação (inicial ou continuada). A lacuna deixada no ensino do tema na graduação não é suprida na pós-graduação, tampouco na vivência profissional na atuação junto a instituições, já que mesmo profissionais que já atuam nas políticas de saúde se sentiam despreparados para o atendimento dos casos.

Algumas limitações dessa pesquisa podem ser observadas, como por exemplo, o fato de o grupo de estudantes pertencerem ao mesmo curso, no caso Medicina, e da mesma universidade, ou seja, todos tiveram a mesma formação durante a graduação. O mesmo aconteceu com o grupo de pós-graduandos, uma vez que todos integrantes do mesmo programa de residência em Pediatria. O grupo de profissionais tinha uma constituição mais variada, contemplados várias profissões, porém, todos atuantes na mesma cidade, portanto, ligados as mesmas políticas públicas de saúde. Novos estudos com número maior de participantes e que sejam provenientes de cursos de formação inicial distintos, profissionais de diferentes áreas da saúde e pertencentes a vários *locus* de atuação profissional se fazem necessários.

Além desta, uma outra limitação que pode ser apontada, em virtude do prazo para a conclusão da pesquisa, é a impossibilidade da realização de *follow-up* com os participantes da formação após a realização da mesma. Essa fase seria importante porque muitas das mudanças nas concepções ocorrem a longo prazo e não imediatamente após a intervenção.

Ainda assim, com base nos dados empíricos coletados, pode-se afirmar que a presente proposta de formação acerca do tema da violência contra crianças e adolescentes pode ser utilizada com estudantes e profissionais de saúde, pois os dados sugerem validade científica em termos de sua eficácia. Considerando a importância do tema e as repercussões a curto e longo prazo para as vítimas, conclui-se que essa dissertação possui relevância social, tendo em vista que pôde trazer mudanças na realidade da comunidade, onde a intervenção for aplicada.

No que diz respeito à relevância pessoal deste estudo (na condição de pediatra), foi extremamente gratificante trabalhar com um tema de tamanha relevância, podendo colaborar com o enfrentamento da violência e minimizar os efeitos da mesma para as vítimas. Na condição de formador de futuros profissionais de saúde, tratou-se de colaborar com a consolidação de uma modelo de educação mais amplo e mais humano. Contudo, a maior relevância deste processo de investigação é encerrá-lo com a convicção de que foi elaborado um programa de educação que repercutirá na formação de diversos estudantes e profissionais e que o conhecimento gerado por nesta dissertação pode significar o rompimento de ciclos de violência que se perpetuam na vida de crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, C. D.; ASSIS, S. G. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, maio 2011.
- ABRANCHES, C. D.; ASSIS, S. G.; PIRES, T. O. Violência psicológica e contexto familiar de adolescentes usuários de serviços ambulatoriais em um hospital pediátrico público terciário. **Revista em Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, out. 2013.
- ASSIS, S. G. *et al.* Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Revista em Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, 2012.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (org.). **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BANNWART, T. H.; BRINO, R. F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 2, 2010.
- BITTAR, D. B. *et al.* Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção de mães agressoras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 4, out/dez 2012.
- BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina**. Brasília, 2014.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Residência Médica com duração de três anos**. Brasília, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**. Brasília, 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**. Brasília, 2010c.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Centro de Referência de Assistência Social – Cras**. 2015a. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimentos/cras>. Acesso em: 30 ago. 2017.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Centro de Referência Especializado de Assistência Social – Creas**. 2015b. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/creas>. Acesso em: 30 ago. 2017.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Balanco das Denúncias de Violações de Direitos Humanos**. Brasília, 2017.

CALZA, T. Z.; DELL'AGLIO, D. D.; SARRIERA, J. C. Direitos da criança e do adolescente e maus-tratos: epidemiologia e notificação. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, v. 17, n. 1, 2016.

CHAUI, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

COCCO, M.; SILVA, E. B.; JAHN, A. C. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **CNJ Serviço: O que faz um conselho tutelar?** 2016. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/83767-cnj-servico-o-que-faz-um-conselho-tutelar>. Acesso em: 30 ago. 2017.

DAMIANI, M. F. Sobre pesquisas do tipo intervenção. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE DIDÁTICA E PRÁTICAS DE ENSINO, 16, 2012, Campinas. **Anais [...]** Campinas: Unicamp, 2012.

DANSKI, M. T. R. *et al.* Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 16, n. 2, 2017.

FANTE, A. P.; CASSAB, L. A. Convivência familiar: um direito à criança e ao adolescente institucionalizado. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, jan./jul. 2007.

FERMANN, I. L.; PELISOLI, C. L. A psicoterapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de violência psicológica e alienação parental. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 8, n. 1, jan./jun. 2016.

FERRARI, I. M. S. F.; PRIOLO FILHO, S. R. ; BRINO, R. F. Questionário sobre violência intrafamiliar: confiabilidade de um instrumento sobre crenças. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 18, n. 3, set./dez. 2016.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Revista em Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, jun. 2015.

GATTI, B. A. Estudos quantitativos em educação. **Educação e pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 1, jan./abr. 2004.

GEBARA, C. F. P.; LOURENÇO, L. M. Crenças de profissionais de saúde sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, jan./jun. 2008.

HABIGZANG, L. F. *et al.* Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 3, set./dez. 2005.

- HABIGZANG, L. F. *et al.* Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, abr. 2008.
- HOHENDORFF, J. V.; KOLLER, S. H.; HABIGZANG, L. F. Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: panorama e alternativas de atendimento. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 35, n. 1, mar. 2015.
- JACQUES, P. B.; OLINDA, Q.B. Um olhar da saúde sobre a violência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, abr./jun., 2012.
- KOIFMAN, L.; MENEZES, R. M.; BOHRER, K. R. Abordagem do tema “violência contra a criança” no curso de medicina da Universidade Federal Fluminense. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, abr./jun. 2012.
- LISE, F.; MOTTA, M. G. C. Violência doméstica infantil: abordagem da enfermagem. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 34, n. 1, jan./jun. 2012.
- LIVRAMENTO, A. M. *et al.* A produção de famílias negligentes: analisando processos de destituição do poder familiar. **Argumentum**, Vitória, v. 4, n. 1, 2012.
- MACHADO, J. C. *et al.* Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, 2014.
- MACHADO, M. N. M. A fofoca, o estigma e o silêncio: crianças e adolescentes em situação de exploração sexual. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 58, n. 2, 2006.
- MALTA, D. C. *et al.* Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas – Brasil, 2009. **Revista em Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, 2012.
- MARGARIDO, A.; PRÓSPERO, E. N. S.; GRILLO, L. P. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: Formação e conhecimento dos médicos. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 31, n. 74, jul./set. 2013.
- MORAES, C. A. Violência doméstica contra a criança e rede de proteção social: uma análise sobre articulação em rede. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 14, n. 2, jan./jun. 2012.
- MOREIRA, M. I. C.; SOUZA, S. M. G. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 28, jul./dez., 2012.
- MOURA, A. T. M. S.; MORAES, L. M.; REICHENHEIM, M. E. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, dez. 2008.
- MOURA, J. P. *et al.* Implicações da violência e adolescência. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 1, jan./jul. 2014.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, mar. 2016.

NUNES, C. B.; SARTI, A. A.; OHARA, C. V. S. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. esp., 2009.

NUNES, C. B.; SARTI, A. A.; OHARA, C. V. S. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, jan./fev. 2008.

PAIVA, C.; ZAHER, V. L. Violência contra crianças: o atendimento médico e o atendimento pericial. **Saúde, Ética e Justiça**, São Paulo, v. 17, n. 1, 2012.

PASIAN, M. S. et al. Negligência infantil: A modalidade mais recorrente de maus-tratos. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, dez. 2013.

PEREZ, J. R. R.; PASSONE, E. F. Políticas sociais de atendimentos às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 40, n. 140, maio/ago. 2010.

PFEIFFER, L.; ROSÁRIO, N. A.; CAT, M. N. L. Violência contra crianças e adolescentes – proposta de classificação dos níveis de gravidade. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 4, 2011.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, F. A. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 4, dez. 2003.

ROCHA, P. C. X.; MORAES, C. L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa de Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). **Revista em Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, jul. 2011.

ROSA, R. et al. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 32, jan./mar. 2010.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids**. 2017. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/>. Acesso em: 02 out. 2017

SILVA, K. L.; ALVES, C. V.; ARAÚJO, L. F. Abandono familiar infanto-juvenil: um olhar sobre uma instituição do agreste pernambucano. *In*: SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE JUVENTUDE BRASILEIRA, 5., 2012, Recife. **Anais [...]** Recife: UFPE, 2012.

SILVEIRA, T. B. *et al.* The invisibility of psychological violence against children. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 26, n. 3, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. (SBP). Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente. **Protocolo de Abordagem da Criança ou Adolescente Vítima de Violência Doméstica**. Rio de Janeiro, 2018.

VIEIRA, S. **Bioestatística Tópicos Avançados**. 3 ed. Elsevier Brasil, 2011. 288 p.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**: crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Olá,

você está sendo convidada(o) a participar de um estudo que busca averiguar a opinião de profissionais e estudantes da área da saúde sobre famílias e as relações que estabelecem com seus filhos, tanto com crianças quanto adolescentes. A sua participação é muito importante, pois pode nos ajudar a criar estratégias mais eficazes para atender às famílias nos contextos de saúde pública! Se você aceitar participar, deverá responder as questões abaixo e, em seguida, apresentar o seu grau de concordância com algumas afirmações.

Obrigado por seu interesse!

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Data de nascimento:** ____/____/____ **Idade:** ____ anos
2. **Gênero:** () Masculino () Feminino () Trans
3. **Você se considera:** () Negro () Pardo () Branco () Amarelo () Indígena
4. **Estado civil:** () Solteiro () Casado () Amasiado () Divorciado () Viúvo
5. **Grupos diferentes foram convidados a participar dessa formação. Você pertence ao grupo:**
 - a. () Grupo 1: Graduandos (responda as questões 6 e 7)
 - b. () Grupo 2: Pós-graduandos (responda as questões 8 e 9)
 - c. () Grupo 3: Profissionais de saúde (responda as questões 10, 11 e 12)
6. **Que faculdade você está cursando?**
 - a. () Medicina
 - b. () Enfermagem
 - c. () Outra. Qual? _____
7. **Em que termo da faculdade você se encontra?**
 - a. () Sétimo
 - b. () Oitavo
 - c. () Nono
 - d. () Décimo
 - e. () Décimo primeiro
 - f. () Décimo segundo
8. **Qual sua formação na graduação?**
 - a. () Medicina
 - b. () Enfermagem
 - c. () Outro. Qual? _____

9. Qual especialidade você está cursando?

- a. Pediatria
- b. Psiquiatria
- c. Multiprofissional

10. Qual sua formação?

- a. Médico(a)
- b. Enfermeiro(a)
- c. Outro. Qual? _____

11. Há quanto tempo você está formado?

- a. Menos de 5 anos
- b. Entre 5 e 10 anos
- c. Mais que 10 anos

12. Há quanto tempo você atua nas políticas públicas de saúde?

- a. Menos de 5 anos
- b. Entre 5 e 10 anos
- c. Mais que 10 anos

NÍVEIS DE CONCORDÂNCIA

No quadro abaixo você encontrará algumas afirmações sobre crianças, adolescentes e suas famílias. É muito importante que você expresse sua opinião, sem se preocupar em dar “respostas certas”. Você deve assinalar, numa escala de 1 a 5, o quanto você concorda com as afirmações, sendo que o número 1 representa “Discordo Totalmente” e 5 “Concordo Totalmente.

- (1) Discordo totalmente (DT)
- (2) Discordo (D)
- (3) Nem discordo, nem concordo (NN)
- (4) Concordo (C)
- (5) Concordo totalmente (CT)

	(DT)	(D)	(NN)	(C)	(CT)
A criança que cresce em um lar violento será violenta quando crescer.					
Criança que não apanha, não aprende.					
Os pais têm o direito de corrigirem os filhos como bem entenderem, incluindo palmadas.					
A violência é um dos resultados de condições de riscos sociais e culturais.					
Em alguns casos, a demonstração de amor de uma família é expressa pelo uso da violência.					
Mães que amam seus filhos de verdade não agriem.					

A criança que sofre violência raramente estará mentindo.					
Não há possibilidade de recuperação para um(a) agressor(a) de crianças, afinal, pau que nasce torto morre torto.					
A violência contra crianças e adolescentes ocorre com famílias desestruturadas.					
VIOLÊNCIA FÍSICA					
Em determinadas situações, é preciso o uso de palmadas e puxões de orelha para educar os filhos.					
Se eu cheguei onde estou hoje, foi por que meus pais me deram umas palmadas, quando necessário.					
As palmadas podem ser, na verdade, formas de demonstração de amor.					
A violência física é o tipo de violência contra crianças e adolescentes mais frequente nos atendimentos em serviços de saúde.					
VIOLÊNCIA SEXUAL					
As principais vítimas da violência sexual são meninas.					
Os agressores sexuais de crianças e adolescentes são, na maioria dos casos, homens.					
Se o ato sexual foi consentido pelo(a) adolescente, não podemos classificar como abuso sexual.					
Somente é abuso sexual quando há uma relação sexual com penetração.					
Abuso sexual e exploração sexual são sinônimos.					
Exploração sexual de crianças e adolescentes envolve transações comerciais e / ou trocas.					
A exploração sexual de crianças e adolescentes ocorre com mais frequência nas famílias em situação de pobreza.					
Quem comete abuso sexual pode ser classificado como pedófilo.					
Ser pedófilo não quer dizer ser criminoso.					
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA					
No Brasil, a violência psicológica ocorre em grande parte das residências.					
A violência psicológica pode ser mais grave que outras formas de violência que crianças e adolescentes vivenciam.					
Ter rispidez na forma de falar com a criança e adolescente é a melhor estratégia para educá-los.					
A principal agressora nos casos de violência psicológica é a mãe.					
A violência psicológica contra crianças e adolescentes ocorre apenas quando há insultos e grosserias direcionadas de forma intencional.					
NEGLIGÊNCIA					
A negligência e o abandono são as formas de violência mais comum praticada contra crianças e adolescentes.					
Famílias pobres são mais negligentes.					
A negligência no cuidado de crianças e adolescentes pode ser decorrente de aspectos sociais, como por exemplo, pobreza e					

dependência química dos cuidadores.					
A negligência é de difícil definição, pois envolve aspectos culturais, sociais e econômicos.					
ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE					
A notificação de casos de violência contra a criança e o adolescente, tanto casos confirmados quanto suspeitos, é compulsória pelo profissional que atendeu.					
O encaminhamento dos casos de violência contra crianças e adolescentes é função do serviço social.					
A violência contra crianças e adolescentes é motivo de quebra de sigilo profissional.					
A denúncia de casos de violação de direitos de crianças e adolescentes está prevista dos códigos de ética de várias profissões da saúde.					
Conheço o suficiente sobre os problemas relacionados à violência contra crianças e adolescentes.					
Eu sei como orientar os pacientes e as famílias para combater a violência contra crianças e adolescentes.					
Conheço o fluxo de atendimento e encaminhamento dos casos de violência contra crianças e adolescentes.					
Eu acho que as minhas ações como profissional da saúde podem ajudar crianças e adolescentes vítimas de violência.					

APÊNDICE B – ORIENTAÇÕES PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

PESQUISA: FORMAÇÃO INICIAL E CONTINUADA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DO TEMA DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM MODELO EDUCATIVO

Mestrando: Murilo Sabbag Moretti

Orientador: Prof. Dr. Alex Sandro Gomes Pessoa

Prezados(as) Senhores(as),

O presente formulário refere-se a um estudo desenvolvido pelo mestrando **Murilo Sabbag Moretti**, atualmente vinculado ao Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), sob orientação do **Prof. Dr. Alex Sandro Gomes Pessoa**.

A proposta central da pesquisa é avaliar os impactos da implantação de um modelo interventivo acerca do tema da violência contra a criança e o adolescente com profissionais da saúde, estudantes de graduação (medicina e enfermagem) e pós-graduandos (residentes de pediatria e psiquiatria).

Nossa hipótese é a de que os profissionais de saúde não se sentem preparados para atuar nesses casos, fazendo com que haja uma subnotificação e falhas nos encaminhamentos e procedimentos, o que colabora para a perpetuação da violência. Nossa proposta é realizarmos uma intervenção em 11 sessões acerca do tema, que será realizada com três grupos separadamente.

Dessa forma, propusemos a elaboração de um questionário que será aplicado na forma de pré-teste (no início da intervenção) e pós-teste (ao final da intervenção), de modo que possamos avaliar a eficácia desse modelo interventivo, bem como analisar em qual dos três grupos houve mais efetividade.

Reconhecendo a contribuição de seus estudos e a profundidade teórica evidenciada em suas publicações, gostaríamos de convidá-lo(a), na condição de avaliador(a), no procedimento de análise de validação de conteúdo do instrumento criado para a pesquisa.

Caso você aceite colaborar, solicitaremos que todos os itens do questionário sejam analisados quanto à **Clareza de Linguagem, Pertinência e Relevância teórica**.

Clareza de Linguagem: avaliação quanto aos vocábulos utilizados, atentando-se para questões relativas ao acervo linguístico dos estudantes e profissionais de saúde.

Pertinência: verificar se o item elaborado corresponde fidedignamente à área de pesquisa, ou seja, se corresponde ao que se pretende avaliar de forma clara e sem dubiedades, possibilitando a captação da percepção dos participantes.

Relevância Teórica: analisar se o item apresenta explicitamente contribuições significativas para o campo de estudo em que a pesquisa se insere, colaborando na produção de novos conhecimentos e na proposição de futuros recortes investigativos.

Desse modo, como pode ser visualizado no Quadro 1.0, você deverá assinalar, com base nas categorias apresentadas acima, o quanto considera que os itens estão ou não bem formulados.

	Pouquíssima	Pouca	Média	Muita	Muitíssima
Clareza da Linguagem	1	2	3	4	5
Pertinência					
Relevância teórica					

Quadro 1.0 – Escala para avaliação dos itens em cada seção

Desde já, queremos agradecer sua contribuição. Colocamo-nos à disposição para eventuais questões ou dúvidas que surgirem no decorrer do processo de análise. Esperamos poder compartilhar em breve os resultados desse estudo com você e com toda comunidade acadêmica.

Murilo Sabbag Moretti

APÊNDICE C – RESULTADOS DAS AVALIAÇÕES DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

ITEM	JUÍZ 1	JUÍZ 2	JUÍZ 3	JUÍZ 4	MEDIA FINAL	PROCEDIMENTO EM RELAÇÃO AO ITEM
A criança que cresce em um lar violento torna-se violenta quando crescer.	1,0	0,86	1,0	0,86	0,93	Mantido
Criança que não apanha, não aprende.	1,0	NÃO ASSINAL OU	1,0	0,93	0,97	Mantido
Os pais têm o direito de corrigirem os filhos como bem entenderem, incluindo através de “palmadas de amor”.	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	Mantido
A violência é reflexo de condições sociais e culturais.	0,86	1,0	0,86	0,86	0,89	Mantido
Em alguns casos, a demonstração de afetividade de uma família é expressa pelo uso da violência.	0,93	0,93	0,86	0,66	0,84	Mantido
Mães que amam seus filhos de verdade de verdade não agridem.	0,93	0,93	1,0	0,66	0,88	Mantido
Raramente a criança mente quando está sofrendo algum tipo de violência.	0,73	0,60	0,86	0,93	0,78	Reformulado
Não há possibilidade de recuperação para um agressor de crianças, afinal, pau que nasce torto morre torto.	0,93	1,0	0,93	0,93	0,94	Mantido
A violência contra crianças e adolescentes ocorre com famílias desestruturadas.	0,80	0,60 NÃO ASSINAL OU ITEM RELEVÂNCIA TEÓRICA	0,86	0,73	0,74	Reformulado
VIOLÊNCIA FÍSICA						
Em determinadas situações, é preciso o uso de palmadas e puxões de orelha para educar os filhos.	0,73	0,93	1,0	0,86	0,88	Mantido
Se eu cheguei onde estou hoje, foi por que meus pais me deram umas palmadas,	0,60 NÃO	1,0	1,0	0,93	0,88	Mantido

quando necessário.	ASSINAL OU ITEM CLAREZA					
As palmadas podem ser, na verdade, formas de demonstração de afeto.	0,60 NÃO ASSINAL OU ITEM CLAREZA	0,93	NÃO ASSINAL OU U	1,0	0,84	Mantido
A violência física é o tipo de violência mais frequente nos atendimentos em serviços de saúde.	1,0 NÃO ASSINAL OU ITEM CLAREZA	1,0	0,93	1,0	0,98	Mantido
VIOLÊNCIA SEXUAL						
As principais vítimas da violência sexual são meninas.	0,73	1,0	1,0	1,0	0,93	Mantido
Os agressores sexuais de crianças e adolescentes são, na maioria dos casos, homens.	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	Mantido
Se o ato sexual foi consentido pelo(a) adolescente, não podemos classificar como abuso sexual.	0,93	1,0	1,0	0,86	0,94	Mantido
Somente é abuso sexual quando há uma relação sexual com penetração.	0,93	1,0	1,0	1,0	0,98	Mantido
Abuso sexual e exploração sexual são sinônimos.	0,93	1,0	1,0	1,0	0,98	Mantido
Exploração sexual de crianças e adolescentes envolve transações comerciais e / ou trocas.	1,0	1,0	1,0	0,86	0,96	Mantido
A exploração sexual de crianças e adolescentes ocorrem com mais frequência com famílias em situação de pobreza.	1,0	1,0	0,93	0,86	0,94	Mantido
Quem comete abuso sexual pode ser classificado como pedófilo.	0,93	1,0	0,50 NÃO ASSINAL OU ITEM RELEVÂNCIA TEÓRICA	1,0	0,85	Mantido
Pedofilia, por si só, não é crime.	1,0	1,0	1,0	0,86	0,96	Mantido

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA						
No Brasil, a violência psicológica ocorre em grande parte das residências.	1,0	1,0	0,53	1,0	0,88	Mantido
A violência psicológica pode ser mais grave que outras formas de violência que crianças e adolescentes vivenciam.	0,73	1,0	1,0	0,60	0,83	Mantido
Ter rigidez na forma de falar com a criança e adolescente é a melhor estratégia para educá-los.	1,0	1,0	0,80	0,86	0,91	Mantido
A principal agressora nos casos de violência psicológica é a mãe.	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	Mantido
A violência psicológica contra crianças e adolescentes ocorre apenas quando há insultos e grosserias direcionadas de forma intencional.	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	Mantido
NEGLIGÊNCIA						
A negligência e o abandono é o tipo de violência mais comum praticada contra crianças e adolescentes.	1,0	0,93	0,60	0,73	0,81	Mantido
Famílias pobres tendem a ser mais negligentes.	1,0	1,0	0,93	1,0	0,98	Mantido
A negligência no cuidados de crianças e adolescentes pode ser decorrente de aspectos sociais, como por exemplo, pobreza e dependência química dos cuidadores.	0,80	1,0	0,93	0,60	0,83	Mantido
A negligência é de difícil definição, pois envolve aspectos culturais, sociais e econômicos.	1,0	1,0	0,86	1,0	0,96	Mantido
ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE						
A identificação de violência contra a criança e o adolescente, tanto casos confirmados quanto suspeitos, são de notificação compulsória do profissional que atendeu.	0,73	0,93	0,8	1,0	0,86	Mantido
O encaminhamento dos casos de violência contra crianças e adolescentes é	0,73	1,0	1,0	1,0	0,93	Mantido

função do serviço social.						
A violência contra crianças e adolescentes é motivo de quebra de sigilo profissional.	1,0	1,0	0,86	1,0	0,96	Mantido
A denúncia de casos de violação de direitos de crianças e adolescentes está prevista dos códigos de ética de várias profissões da saúde.	0,73	1,0	1,0 NÃO ASSINALO U ITEM RELEVÂNCI A TEÓRICA	1,0	0,93	Mantido
Conheço o suficiente sobre os problemas relacionados à violência contra crianças e adolescentes.	0,73	1,0	1,0	1,0	0,93	Mantido
Eu sei como orientar os pacientes e as famílias para reduzir a violência contra crianças e adolescentes.	0,73	1,0	1,0	0,86	0,89	Mantido
Conheço o fluxo de atendimento e encaminhamento dos casos de violência contra crianças e adolescentes.	0,86	1,0	1,0	1,0	0,96	Mantido
Eu acho que as minhas ações como profissional da saúde podem ajudar crianças e adolescentes vítimas de violência.	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	Mantido