

ANA PAULA DOSSI

**VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA: FORMAÇÃO,
CONHECIMENTO, PERCEPÇÃO E ATITUDE DE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO**

**ARAÇATUBA
2009**

ANA PAULA DOSSI

*VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA:
FORMAÇÃO, CONHECIMENTO, PERCEPÇÃO
E ATITUDE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE
E DA EDUCAÇÃO*

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Odontologia Preventiva e Social.

Orientador: Prof. Titular Dr. Orlando Saliba

*ARAÇATUBA
2009*

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da FOA / UNESP

Dossi, Ana Paula
D724v Violência contra a criança: formação, conhecimento, percepção
e atitude de profissionais da saúde e da educação / Ana Paula
Dossi. --

Araçatuba: [s.n.], 2009.
87 f. : il. + CD ROM

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade
de Odontologia, Araçatuba, 2009.

Orientador: Prof. Dr. Orlando Saliba

1. Violência doméstica. 2. Serviços de saúde. 3. Epidemiologia.
4. Saúde pública. 5. Ética.

Black D5
CDD 617.6

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Mário e Sônia pela compreensão, ao meu irmão Mário pelo incentivo, ao Ricardo pela paciência.

AGRADECIMENTOS

A Deus,

*“Senhor,
Ensinai-me a ser generosa, a servir-vos como mereceis, a dar sem
medir, a trabalhar sem descanso, a combater sem medo de ser
ferida, e a não esperar outra recompensa, senão a de saber que faço
a vossa vontade.”*

(Oração Escoteira)

À Santa Rita de Cássia que nunca me desamparou.

À mamãe e papai, por todo amor e carinho com que me educaram, abrindo mão dos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus.

Ao Mário, meu querido irmão de quem tenho muito orgulho e sinto uma imensa falta.

Ao Ricardo, meu amor, que com muita paciência, sempre me ajudou e incentivou a continuar.

A toda minha família, em especial à minha avó Gê.

Ao meu Orientador, Dr. Orlando Saliba, que chama carinhosamente a seus alunos de “filhos” e nos faz sentir seguros e capazes. Agradeço também pelos ensinamentos e pela disposição que sempre demonstrou em ensinar.

À Prof^a Dr^a Nemre Adas Saliba, pela iniciativa, coragem e pioneirismo demonstrados ao constituir o Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, possibilitando a minha

formação e participação em importantes projetos na área da Saúde Pública.

Ao coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, Prof. Artênio José Ispër Garbin e à vice-coordenadora, Prof^a. Suzely Adas Saliba Moimaz, pelo trabalho, e dedicação constantes ao referido Programa.

À professora e sempre orientadora Cléa Adas Saliba Garbin, quem primeiro acreditou que eu poderia iniciar na pesquisa e me ensina diariamente como fazê-la. À amiga Cléa pelo carinho, paciência, compreensão e doçura com que sempre me tratou.

À professora Suzely Adas Saliba Moimaz, pelo empenho, firmeza e competência com que realiza seu trabalho, contribuindo para nosso desenvolvimento profissional.

Ao professor Renato Moreira Arcieri pela paciência e tranquilidade com que nos passa conhecimento.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação: Prof. Artênio José Iper Garbin, Prof^a Dóris Hissako Sumida, Prof^a Maria Lúcia Marçal Mazza Sundefeld, Prof. Renato Herman Sundefeld, Prof^a Ana Cláudia Okamoto.

À Dra. Carla Moura Cazelli, minha tutora durante o curso “Impactos da Violência na Saúde” (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ), pela amizade, compreensão, ensinamentos e disponibilidade que sempre apresentou.

Aos meus colegas de turma Adriana Cristina Oliva Costa, Daniela Coêlho de Lima, Karina Tonini dos Santos, Marcos Tadeu Adas Saliba, Sérgio Donha Yarid, pela amizade, carinho, força, companheirismo e pelos momentos memoráveis que passamos juntos.

Aos meus colegas de pós-graduação: Cristina Berger Fadel, Livia Guimarães Zina, Nelly Foster Ferreira, Patrícia Elaine Gonçalves, Daniela Pereira Lima, Diego Diniz, Kléryson Martins Francisco, Márcio Penha do Carmo, Najara Barbosa da Rocha, Thaís

Jaqueline Vieira de Lima, Tatiana de Freitas Barbosa, Fernando Chiba Yamamoto, Luiz Fernando Lollí.

Aos funcionários do Departamento de Odontologia Infantil e Social: Neusa Martins Rovina Antunes, Nilton César Souza e Valderez Freitas Rosa, sempre dispostos a ajudar.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação: Diogo Reatto, Marina Midori Sakamoto Hawagoe e Valéria Queiroz Marcondes Zagatto, pelo excelente trabalho, atenção dispensada, grande disposição em atender e ótimo relacionamento.

Aos funcionários da Biblioteca: Ana Cláudia Grieger Manzatti, Cláudio Hideo Matsumoto, Isabel Pereira de Matos, Ivone Rosa de Lima Munhoz, Izamar da Silva Freitas, Luzia Anderlini e Maria Cláudia de Castro Benez, pela atenção e eficiência com que sempre me atenderam.

Aos funcionários e professores da Fundação Mirim de Araçatuba, em especial à professora Maria de Fátima Botasso Ramos, pela acolhida.

Aos diretores e professores das escolas públicas e privadas de Araçatuba, aos adolescentes da Fundação Mirim e aos funcionários das Unidades de Saúde, pela disposição em colaborar com a pesquisa.

À Universidade Estadual Paulista, na pessoa do seu Diretor Prof^o Dr. Pedro Felício Estrada Bernabé, pela oportunidade de realizar este curso.

À CAPES, pela concessão da bolsa, importante apoio financeiro.

"Se você é capaz de tremer de indignação a cada vez que se comete uma injustiça no mundo, então somos companheiros."

Ernesto Guevara

"O conhecimento nos faz responsáveis."

Ernesto Guevara

Dossi AP. Violência contra a criança: formação, conhecimento, percepção e atitude de profissionais da saúde e educação [tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2009.

RESUMO GERAL

A violência intrafamiliar contra a criança é, sem dúvida, uma das mais cruéis formas de agressão. Este estudo tem por objetivos: a) evidenciar possíveis situações de violência vividas na infância por adolescentes; b) avaliar a formação e o conhecimento dos professores de educação infantil sobre o tema; c) averiguar o conhecimento dos profissionais da saúde que atuam na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a notificação de violência contra crianças. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOA-UNESP (2007-01343). Para aferir a ocorrência e a severidade de maus-tratos na infância, realizou-se estudo tipo inquérito com 372 adolescentes com idade entre 14 a 17 anos, matriculados em uma instituição pública de formação profissional de Araçatuba-SP em 2008. Utilizou-se instrumento traduzido, validado e auto-aplicável. O segundo estudo desenvolveu-se nas escolas de Araçatuba-SP e contou com a participação de 236 professores de educação infantil. Utilizou-se instrumento desenvolvido para o estudo e as questões receberam tratamento quanti-qualitativo. A terceira investigação foi realizada em 4 municípios da região noroeste do Estado de São Paulo: Adolfo, Bady Bassit, Mendonça e Nova Aliança. Por meio de entrevista estruturada com os profissionais de saúde, abordou-se a temática violência contra a criança e a notificação compulsória. De acordo com os resultados: a) 72,3% dos adolescentes sofreram violência na infância, prevalecendo a emocional no grau leve (28,7%). Foram encontradas associações significativas entre: violência física/emocional ($p=0,0001$); física/sexual ($p=0,0001$); física/negligência emocional ($p=0,0001$); sexual/emocional ($p=0,0007$); emocional/negligência emocional ($p=0,0001$). b) Quanto ao recebimento de informações sobre violência contra a criança, 80,9% dos professores afirmaram

tê-las recebido e 19,1% negaram. 86,9% afirmaram conhecer os sinais de violência nas crianças, enquanto que 6,4% alegaram não ter preparo para isso; 6,7% não responderam. Sobre a notificação, 91,1% sentem-se responsáveis, 7,2% acreditam não ter obrigação e 1,6% não responderam. Foi verificada associação significativa ($p=0,0364$) entre obtenção de informações e o sentimento de responsabilidade. c) Entre os profissionais de saúde, 75,5% não conhecem a Portaria que obriga a notificação de violência contra a criança e 24,5% afirmaram conhecê-la. No que se refere à obtenção de informações no local de trabalho, 57,7% não receberam e 43,3% afirmaram ter sido informados. Em relação à atitude de notificar, 46,0% informam o chefe imediato, 36,0% fazem a notificação pessoalmente e 18,0% negaram sua realização. Obteve associação significativa o cruzamento das variáveis: obtenção de informações durante o trabalho na rede pública de saúde e o ato de notificar os casos de violência ($p=0,0276$). Conclui-se que: a) A maioria dos adolescentes sofreu violência na infância. Existe associação entre algumas formas de violência como física e sexual. b) A maior parte dos professores recebeu informação e conhece os sinais de violência, porém não se considera preparada para identificar os casos. c) Entre os profissionais de saúde, o ato de notificar esteve associado ao recebimento de informações no local de trabalho. Esses percebem o abuso infantil no seu cotidiano, contudo, a notificação não é uma prática comum entre a maioria.

Palavras-chave: Violência doméstica. Serviços de saúde. Epidemiologia. Saúde pública. Ética. Atitude do pessoal de saúde.

Dossi AP. Child abuse: formation, knowledge, perception and attitude in health and education professional's [thesis]. Araçatuba: UNESP – São Paulo State University; 2009.

ABSTRACT

The violence against children is undoubtedly the most cruel among all forms of aggression. This study aims to: a) highlight possible situations of violence experienced in childhood by adolescents, b) assess the training of teachers in early childhood education on the subject; c) investigate the knowledge of health professionals who work in primary care of Unified Health System (SUS) on the reporting of violence against children. The project was approved by the Research Ethics Committee of the FOA-UNESP (2007-01343). To assess the occurrence and severity of ill-treatment in childhood, study are type investigation with 372 adolescents aged 14 to 17 years, enrolled in a public institution for training of Araçatuba-SP in 2008. Instrument used was translated, validated and self-administered. The second study was developed in schools in Araçatuba-SP, with the participation of 236 teachers in early childhood education. It was used instrument developed to study the issues and received treatment quanti-qualitaivo. The third study was carried out in 4 counties in the northwestern region of São Paulo State: Adolfo, Bady Bassit, Mendonça and Nova Aliança. Through semi-structured interviews with health professionals, we dealt with issues violence against children and compulsory notification. According to the results: a) 72.3% of adolescents have experienced violence in childhood, the emotional prevailing in mild (28.7%). We found significant associations between: physical / emotional ($p = 0.0001$), physical / sexual ($p = 0.0001$), physical / emotional neglect ($p = 0.0001$), sexual / emotional ($p = 0.0007$); emotional / emotional neglect ($p = 0.0001$). b) On the receipt of information on violence against children, 80.9% of teachers have said it received and 19.1% denied. 86.9% claimed to know the signs of violence on children, while 6.4% claimed not to have

prepared for this; 6.7% did not respond. On reporting, 91.1% feel responsible, 7.2% did not believe obligation and 1.6% did not respond. It was found a significant association ($p = 0.0364$) between obtaining information and a sense of responsibility. c) among health professionals, 75.5% do not know the Ordinance which requires the reporting of violence against children and 24.5% said meet you. With regard to obtaining information in the workplace, 57.7% and 43.3% were not said to have been informed. Regarding the attitude of notice, 46.0% immediately inform the head, 36.0% are personal service and 18.0% denied their achievement. Significant association obtained the intersection of variables: obtaining information while working in public health and the act of reporting the cases of violence ($p = 0, 0276$). It was concluded that: a) Most of the teenagers suffered violence in childhood. There is an association between some forms of violence as physical and sexual. b) Most teachers received information and know the signs of violence, but not deemed ready to identify the cases. c) among health professionals, the act of this report linked to the receipt of information in the workplace. These perceptions of child abuse in their daily life, however, notification is not a common practice among the majority.

Keywords: Domestic violence. Health services. Epidemiology. Public health. Ethics. Attitude of health personnel.

LISTA DE TABELAS

Capítulo 1

Tabela 1 -	Distribuição percentual dos tipos de violência segundo gênero. Araçatuba-SP, 2008.	27
------------	--	----

Tabela 2-	Distribuição dos cruzamentos entre os tipos de violência, segundo a significância. Araçatuba-SP, 2008.	28
-----------	--	----

Capítulo 2

Tabela 1 -	Distribuição numérica e percentual das categorias, segundo os motivos que levam os professores a sentir-se responsáveis pela notificação da violência contra a criança. Araçatuba-SP, 2008.	40
------------	---	----

Tabela 2 -	Distribuição percentual e absoluta das categorias, segundo os motivos que dificultam a identificação da violência contra a criança. Araçatuba-SP, 2008.	41
------------	---	----

Capítulo 3

Tabela 1 -	Análise entre variáveis: conhecimento da legislação, obtenção de informações, suspeita e notificação de violência. Araçatuba, SP, 2008.	54
------------	---	----

LISTA DE FIGURAS

Capítulo 1

Figura 1 - Distribuição percentual dos tipos de violência, segundo o grau/intensidade. Araçatuba-SP, 2008. 26

Figura 2 - Distribuição percentual dos adolescentes, segundo os tipos de violência. Araçatuba-SP, 2008. 27

Capítulo 3

Figura 1 - Distribuição percentual dos profissionais segundo o tempo de formação e o exercício profissional no Serviço Público de Saúde. Araçatuba-SP, 2008. 51

Figura 2 - Distribuição percentual dos profissionais segundo a identificação de violência durante o exercício profissional. Araçatuba-SP, 2008. 52

Figura 3- Distribuição percentual dos profissionais segundo a obtenção de informações sobre violência contra criança no local de trabalho. Araçatuba, SP, 2008. 53

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP= Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa

CEP = Comitê de Ética em Pesquisa

ECA = Estatuto da Criança e Adolescente

FOA = Faculdade de Odontologia de Araçatuba

IBGE= Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS= Ministério da Saúde

QUESI= Questionário Sobre Traumas na Infância

SUS= Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 Introdução Geral	18
2 Proposição Geral	20
3 Capítulo 1 – Investigação sobre ocorrência de violência na infância, entre adolescentes	21
3.1 Resumo	21
3.2 Introdução	23
3.3 Metodologia	24
3.4 Resultados	26
3.5 Discussão	28
3.5 Conclusão	31
3.6 Referências	32
4 Capítulo 2 – Formação e conhecimento dos professores de educação infantil sobre violência familiar contra criança	34
4.1 Resumo	34
4.2 Abstract	35
4.3 Introdução	36
4.4 Objetivo	37
4.5 Materiais e Métodos	38
4.6 Resultados	39
4.7 Discussão	41
4.8 Conclusão	43
4.9 Referências	44
5 Capítulo 3 – Notificação de violência contra criança: conhecimento e atitude dos profissionais de saúde	46
5.1 Resumo	46
5.2 Abstract	47
5.3 Introdução	48
5.4 Metodologia	49
5.5 Resultados	50
5.6 Discussão	54
5.7 Conclusão	58
5.8 Referências	58
6 Conclusão geral	61
Anexos	62

1 INTRODUÇÃO GERAL

A violência, em especial a ocorrida no âmbito doméstico, é ainda uma face oculta dentre os demais tipos de violência. A aparente proteção conferida pelo lar e pela família mantém escondida a prática de várias violações de direitos os quais representam grande impacto aos mais diversos setores da sociedade.

É por meio das pesquisas que são evidenciados os problemas e apontadas as possíveis soluções com a segurança do embasamento científico. Abordar a problemática da violência e saúde, destacando os principais grupos vulneráveis como mulheres e idosos, sem dúvida é tarefa fundamental que compete à área acadêmica. Entretanto, nenhuma violência constitui tamanha crueldade e merece maior ênfase que a praticada contra a criança.

Nessa conjuntura, optou-se pela realização deste trabalho que descreve, por meio da pesquisa, a ocorrência, a formação, a percepção e a atitude de grupos distintos em relação à violência intrafamiliar contra a criança. Foram eleitos para compô-lo três capítulos que retratassem, da melhor maneira, o intuito da pesquisa, ou seja, evidenciar o seu acontecimento e a necessidade de preparar profissionais para sua identificação.

O Capítulo 1 apresenta estudo sobre a verificação de ocorrência de violência intrafamiliar na infância, declarada pelas próprias vítimas, agora adolescentes.

O Capítulo 2, a partir de uma análise quanti-qualitativa, tem como intenção avaliar se os professores de educação infantil receberam informação, conhecem e percebem a violência contra seus alunos, uma vez que esses profissionais têm contato direto e constante com as crianças. Além disso, são obrigados legalmente a realizar a informação.

Finalmente, o Capítulo 3 aborda a questão nos serviços de saúde ao evidenciar o conhecimento dos trabalhadores de saúde no SUS sobre a legislação e o procedimento da notificação compulsória. Buscou-se demonstrar a importância da formação específica sobre o acolhimento do paciente violentado e o valor da informação gerada nesse setor.

Espera-se, a partir deste estudo, contribuir para a prevenção e/ou minimização das ocorrências violentas no ambiente doméstico. Acredita-se que uma pequena mudança de postura profissional possa significar muito na vida das crianças que vivem situações de violência na família.

2 PROPOSIÇÃO GERAL

Este estudo tem por objetivos:

- a) evidenciar possíveis situações de violência vividas na infância por adolescentes de uma escola pública de Araçatuba-SP;
- b) avaliar a formação e o conhecimento dos professores de educação infantil, sobre violência intrafamiliar contra a criança e;
- c) analisar o conhecimento dos profissionais da saúde que atuam na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a notificação de violência praticada contra crianças e adolescentes.

3 Capítulo 1 INVESTIGAÇÃO SOBRE OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA, ENTRE ADOLESCENTES

3.1 RESUMO

Introdução: A real dimensão da violência familiar contra crianças e adolescentes ainda é desconhecida; no entanto, evidências reforçam a necessidade de um enfrentamento contundente e imediato do problema. **Objetivo:** Evidenciar possíveis situações de violência vividas na infância por adolescentes de uma instituição pública de formação profissional de Araçatuba-SP. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal tipo inquérito, no qual participaram 372 adolescentes matriculados em uma instituição pública de formação profissional do município em 2008. Utilizou-se o Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) traduzido e validado. Investigou-se também: gênero, idade e condição sócio-econômica dos mesmos. Para análise, utilizou-se o teste Exato e de Fisher e o qui-quadrado. **Resultados:** Do total, 180 (48,4%) adolescentes são do gênero feminino e 192 (51,6%) do masculino. A classe social predominante foi a denominada B2 (39,2%, IC95%, 34,3-44,4). 72,3% dos adolescentes relataram ter sofrido pelo menos algum tipo de violência durante a infância. A violência emocional foi o tipo mais prevalente nos graus leve (28,7%) e moderado (9,2%). Foram encontradas associações significativas entre: violência física e emocional ($p=0,0001$); física e sexual ($p=0,0001$); física e negligência emocional ($p=0,0001$); sexual e emocional ($p=0,0007$); emocional e negligência emocional ($p=0,0001$). Quanto à classe social, não foram encontradas quaisquer associações. **Conclusão:** Conclui-se que a maior parte dos adolescentes sofreu abusos na infância, sendo a violência emocional a mais prevalente dentre

os outros tipos. Houve associação entre violência física e emocional, violência física e sexual, violência física e negligência emocional. Também estão associadas violência sexual e emocional, emocional e negligência emocional.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a criança. Violência doméstica. Epidemiologia.

3.2 INTRODUÇÃO

A partir da década de 70, a violência passou a ser uma das principais causas de morbimortalidade, principalmente na população de adolescentes e adultos jovens das grandes cidades (Minayo & Souza, 1998). Todavia, a grande prevalência de violência familiar ainda mascara significativamente as estatísticas oficiais e a realidade é, por vezes, atenuada.

Mesmo que se tenham certas restrições quanto ao conhecimento exato da dimensão da violência familiar contra crianças e adolescentes, existem evidências que reforçam a necessidade de um enfrentamento contundente e imediato do problema. Isso porque, independentemente da forma de abuso físico, psicológico, sexual ou negligência, inúmeras são as conseqüências dos maus-tratos na infância. Essas afetam significativamente o desenvolvimento das esferas física, social, comportamental, emocional e cognitiva desses sujeitos: futuros adultos.

Algumas investigações sugerem que a intensidade dos efeitos depende da conjunção de vários fatores, tais como o desenvolvimento psicológico e a capacidade intelectual da criança; o vínculo afetivo entre o agressor e a vítima; a representação do abuso para a criança e a duração do mesmo; a natureza da agressão ou ainda as medidas em curso para a prevenção de agressões futuras (Reichenheim, Hasselmann, & Moraes, 1999).

Dentre essas medidas destacam-se: (a) a elaboração de políticas públicas que previnam a ocorrência dos maus-tratos e (b) o diagnóstico das situações críticas, de modo a intervir nos casos de violência familiar já estabelecida. Ambas as estratégias devem embasar-se em dados que dimensionem o problema e apresentem suas principais características.

* Formatação de acordo com as normas da Revista *Child Abuse and Neglect* (Anexo B).

Sabe-se que o diagnóstico dos maus-tratos na infância é difícil; as crianças tendem a esconder a real causa das lesões, quer por medo, quer por afeto, uma vez que os agressores geralmente são os pais ou responsáveis. Justamente pela dificuldade é que os profissionais que lidam com esse grupo, especialmente os trabalhadores da área da saúde, necessitam estar sempre atentos aos detalhes que podem induzir à confirmação. Talvez outros métodos, que não os de perguntar diretamente, podem mostrar-se mais efetivos e, mesmo não confirmando a situação, reforçar e embasar as suspeitas do profissional. Marcas que não correspondem ao relatado pelos responsáveis, acidentes recorrentes e incompatíveis com a idade da criança, vestimentas inadequadas ao clima são fortes indicativos de violência.

A violência perpetrada durante a infância certamente será mantida durante a adolescência, e os abusos tendem a ser mais intensos nesta fase. Daí a necessidade de uma abordagem direcionada ao problema de modo a minimizar ao máximo suas conseqüências, às vezes, devastadoras.

Diante dessas constatações, propôs-se a realização deste estudo que teve por objetivo evidenciar possíveis situações de violência vividas na infância por adolescentes de uma instituição pública de formação profissional de Araçatuba, estado de São Paulo.

3.3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado em Araçatuba, SP, Brasil. A amostra consistiu de todos os adolescentes com idade entre 14 a 17 anos, matriculados no ano de 2008, em uma instituição pública de formação profissional do município (n=390). Para coleta dos dados, foi utilizado o Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) (Anexo C), instrumento

traduzido e validado (Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006) com base no original *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*, proposto por Bernstein et al. (2003). Esse constitui um instrumento auto-aplicável para adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos no qual o sujeito da pesquisa gradua a frequência de 28 assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância em uma escala *Likert* de cinco pontos. Os questionários não continham a identificação dos participantes. Foram investigadas também variáveis relativas ao gênero, à idade e à condição sócio-econômica dos mesmos.

Após a coleta dos dados, os questionários que apresentavam alguma deficiência quanto ao preenchimento foram descartados. A amostra final contou com 372 questionários, os quais foram digitados em uma planilha eletrônica criada no *software* Epi Info, versão 3.5.1 (Dean, Dean, Burton, & Dicker, 1990). Para a apreciação dos dados, utilizou-se a escala proposta pelo instrumento original, o teste estatístico qui-quadrado e nos casos em que o uso deste não se mostrou adequado, utilizou-se o teste Exato de Fisher. A análise estatística foi realizada com auxílio do programa BioEstat, versão 5.0 (Ayres, Ayres Jr., Ayres, & Santos, 2007).

Para determinação da classe social, utilizou-se o Critério Padrão Brasil 2008, proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2007). Essa classificação leva em conta a posse de bens móveis e anos de estudo do chefe da família. Dessa forma são descritas cinco categorias (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E), em ordem decrescente, ou seja, a classe A1 é considerada a mais elevada e a E a mais desprovida.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista, Campus de Araçatuba, e obteve aprovação sob o processo número 2007- 01343. O termo de consentimento para participação no estudo foi obtido junto aos responsáveis pelos adolescentes.

3.4 RESULTADOS

Dentre todos os sujeitos, participaram 180 (48,4%) adolescentes do gênero feminino e 192 (51,6%) do gênero masculino. A idade dos mesmos variou entre 14 e 17 anos (média = 15,5, dp=1,3)

A classe social predominante foi a denominada B2 (39,2%, IC95%, 34,3-44,4), em seguida C1 (24,2%, IC 95%, 20,0-28,9), C2 (17,5%, IC 95%, 13,8-21,8), B1 (11,1%, IC 95%, 8,1-14,8), D (4,8%, IC 95%, 3,0-7,7) e A2 (3,2%, IC 95%, 1,8-5,7).

Do total, 72,3% (269) relataram sofrer pelo menos um tipo de violência durante a infância, enquanto 27,7% (103) negaram ter vivido violência, de qualquer natureza.

A figura 1 representa os tipos de violência distribuídos conforme a intensidade. Nota-se que a violência emocional foi mais prevalente que as demais nos graus leve (28,7%) e moderado (9,2%).

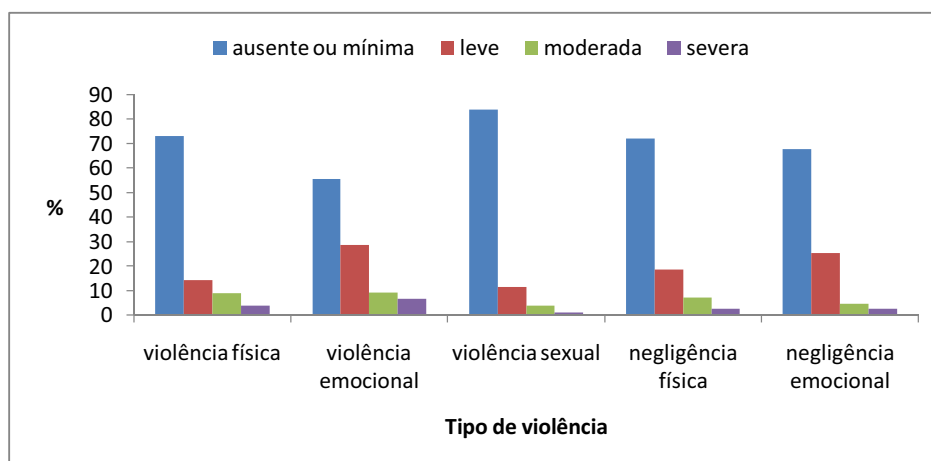
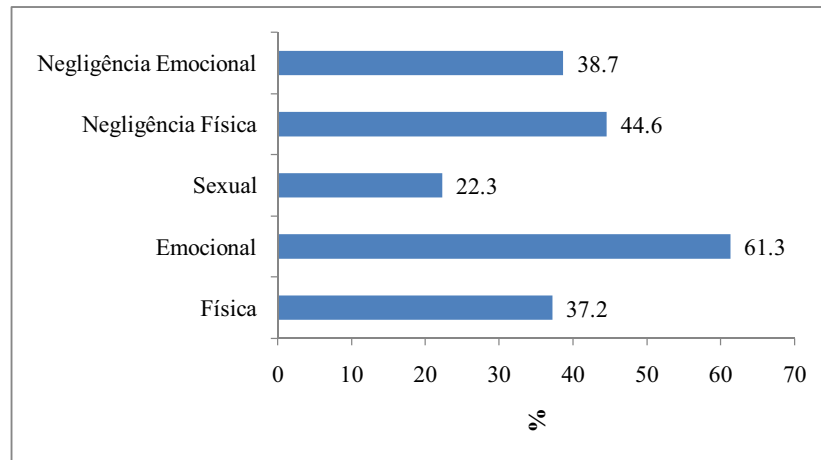


Figura 1. Distribuição percentual dos tipos de violência, segundo o grau/intensidade. Araçatuba-SP, 2008.



*Poderiam ser apontados um ou mais tipos de violência sofrida

Figura 2. Distribuição percentual dos adolescentes, segundo os tipos de violência. Araçatuba-SP, 2008.

A figura 2 evidencia que durante a infância os adolescentes sofreram formas combinadas de violência.

De acordo com a tabela 1, pode-se observar que não foram encontradas associações entre violência e gênero, exceto para a violência emocional e gênero feminino ($p=0,0436$).

Tabela 1. Distribuição percentual dos tipos de violência segundo gênero. Araçatuba-SP, 2008.

Tipo Grau	Violência						Negligência			
	Física		Emocional		Sexual		Física		Emocional	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Ausente	72,2	71,9	50,0	60,9	82,2	85,4	71,7	64,1	75,0	69,2
Presente	27,8	28,1	50,0	39,1	17,8	14,6	28,3	35,9	25,0	30,8
χ^2	0,1950		4,071		Fisher		2,1230		1,243	
p	0,6588		0,0436*		0,4809		0,1451		0,2649	

*Significante

Ao analisar os dados da tabela 2, notou-se que foram encontradas associações significativas entre: violência física e emocional ($p=0,0001$); violência física e sexual ($p=0,0001$); violência física e negligência emocional ($p=0,0001$); violência sexual e emocional ($p=0,0007$); violência emocional e negligência emocional ($p=0,0001$). Quanto à classe social, não foram encontradas quaisquer associações.

Tabela 2. Distribuição dos cruzamentos entre os tipos de violência, segundo a significância. Araçatuba-SP, 2008.

Cruzamentos*	χ^2	Probabilidade	Significância**
violência emocional x violência física	53,751	0,0001	S
violência emocional x violência sexual	11,377	0,0007	S
violência emocional x negligência emocional	42,713	0,0001	S
violência emocional x negligência física	0,001	0,9313	NS
violência física x violência sexual	Fisher	0,0001	S
violência física x negligência emocional	16,510	0,0001	S
violência física x negligência física	0,4099	0,5220	NS
violência sexual x negligência emocional	Fisher	0,0507	NS
violência sexual x negligência física	Fisher	0,7537	NS
negligência emocional x negligência física	1,312	0,2520	NS

*Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher ao nível de significância de 5%

**S=significante NS= não significante

3.5 DISCUSSÃO

As experiências vividas na infância são fundamentais para a formação da personalidade e do caráter do adulto. Algumas, como a frequência de abusos físicos, psicológicos e sexuais podem significar reflexos desastrosos na vida do indivíduo (Annan, 2006)

Em algumas situações, a intervenção oportuna constitui a diferença entre a vida e a morte de uma criança. Infelizmente, a maior parcela das ocorrências violentas se dá entre os laços familiares, o que torna a questão da identificação dos casos ainda mais difícil e relevante.

Neste estudo pôde-se verificar que a maioria dos adolescentes relatou ser vítima de pelo menos um dos tipos de violência durante a infância. Dentre todas as formas, prevaleceu a violência emocional, o que está em concordância com outro estudo (Benbenishty, Zeira, Astor, & Kassabri, 2002).

Todavia, comparando-se os achados do estudo atual com os números descritos por Gawryszewski & Hidalgo (2008), em pesquisa sobre as notificações compulsórias de violência contra crianças e adolescentes no estado de São Paulo, nota-se que a violência emocional prevaleceu em apenas 8% dos casos, ocupando a última colocação. Importante esclarecer que o levantamento das autoras acima levou em conta as formas isoladas, o que não significa que nas situações de violência física, por exemplo, o abuso emocional não estivesse presente, ainda que não informado.

Outra hipótese para o desacordo é a fonte dos dados. A violência emocional, na presente pesquisa, foi descrita pelas próprias vítimas devido à sua experiência. A percepção pelas outras pessoas, no entanto, é limitada já que o abuso emocional não deixa marcas tão evidentes quanto a violência física ou a negligência física.

Na amostra em questão, a classe social não esteve associada à ocorrência de violência na infância. Questiona-se a idéia de que a violência contra a criança é mais prevalente entre os menos favorecidos economicamente. O que se sabe é que nas classes de baixa renda, de uma forma geral, o jovem precisa trabalhar e cuidar de seus irmãos; as famílias são basicamente geridas por mulheres; as meninas têm filhos cedo e, na mesma casa, convivem as três gerações que cuidam e trabalham para o auto-sustento. Eventos traumáticos ocorrem com freqüência:

pobreza, muito estresse relacionado à sobrevivência, rupturas de vínculos, uso abusivo de drogas, comunidades que convivem com a violência do tráfico de drogas e armas, entre outros (Cavalcante & Schenker, 2007).

Quanto à estrutura e aos recursos familiares, pais/mães jovens, solteiros, pobres, desempregados e com nível educacional inferior ao de seus parceiros que não cometem violência têm mais risco de usar a violência contra seus filhos (Avanci, Assis, & Tavares, 2007).

Geralmente crianças menores, do gênero masculino, sofrem mais agressões físicas fatais e não fatais. As meninas correm mais riscos em relação ao infanticídio, ao abuso sexual, à negligência educacional e nutricional, e à prostituição forçada (Avanci, Assis, & Tavares, 2007). Neste estudo, os adolescentes do gênero masculino sofreram mais violências do que os do gênero feminino, com exceção dos tipos “sexual” e “emocional”; todavia, a diferença quanto ao gênero só foi estatisticamente significativa para esta última forma ($p=0,0436$).

Aliás, a prevalência de violência sexual entre as meninas está bem acima do encontrado no Brasil, entre 9 e 12%, mas é compatível com o relatado por mulheres peruanas (18-19,5%) (Pinheiro, 2006). Talvez as diversidades sócio-culturais dos sujeitos e diferenças metodológicas das pesquisas possam explicar essas variações. Além disso, o questionário auto-aplicável, como o utilizado neste estudo, pode ter contribuído para a declaração verídica do fato, dado o menor constrangimento causado à vítima.

A literatura tem ratificado que desmembrar as formas de violência sofrida pelas crianças é apenas uma questão conceitual. Na prática, comumente, os vários tipos estão presentes na mesma vítima. Uma criança ou adolescente que é espancado, por exemplo, já sofreu negligência e abuso psicológico; assim como aquela que é abusada sexualmente sofreu também negligência, abuso psicológico e maus-tratos (Silva, 2002).

No mesmo sentido, os achados deste estudo permitem afirmar que a violência física esteve significativamente associada à emocional, à sexual e à negligência emocional. Os casos de abuso sexual relacionaram-se também à violência emocional. Da mesma forma, violência e negligência emocionais.

Esses achados devem chamar a atenção para dois aspectos: 1º) a violência contra a criança ocorre e os dados a respeito representam apenas uma parcela ínfima desta realidade; 2º) faz-se necessário um aprofundamento da investigação de violências contra crianças, principalmente pelos profissionais que lidam com esses sujeitos. Lesões físicas ou comportamentos suspeitos podem ser apenas indícios da ocorrência de outras formas de abuso como o sexual por exemplo. Daí a necessidade de se direcionarem tempo, conhecimento e principalmente empenho na elucidação dos casos.

3.6 CONCLUSÃO

A partir dos achados, pode-se concluir que a maioria dos adolescentes pesquisados relatou ter sofrido violência durante a infância. Prevaleceu a violência emocional, nas formas “leve” e “moderada”, sendo, entretanto, relatada a combinação dos tipos. Houve associação significativa entre violência física/emocional, física/sexual e física/negligência emocional. Os casos de abuso sexual relacionaram-se também à violência emocional. Da mesma forma, violência e negligência emocionais foram relacionadas.

3.7 REFERÊNCIAS

Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa. Critério padrão de classificação econômica Brasil/2008. ABEP, 2007.

Anann, K. (2006). Preface. In: Pinheiro, P.S., *World Report on Violence against Children* (pp.11) Genebra: OMS.

Avanci, J.Q. Assis, S.G. & Tavares, M. (2007). É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, prevenção e promoção de saúde. In: Souza, E.R (Ed.), *Curso impactos da violência na saúde. Bases conceituais e históricas da violência e setor de saúde: Unidade I* (pp.80-111). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Ayres, M. Ayres Jr., M., Ayres, D. L., Santos, A. A. S. (2007). *BioEstat. Versão 5.0. Aplicações Estatísticas na área das ciências biomédicas*. Sociedade civil Mamirauá, MCT – CNPq, Belém, Pará, Brasil.

Benbenishty, R., Zeira, A., Astor, R.A. & Khoury-Kassabri, M. (2002). Maltreatment of primary school students by educational staff in Israel. *Child Abuse & Neglect*, 26 (12),1291–1309.

Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Mendrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2),169-190.

Cavalcante, F.A. & Schenker, M. (2007). Violência, família e sociedade. In: Souza, E.R. (Ed.), *Curso impactos da violência na saúde. Bases conceituais e históricas da violência e setor de saúde: Unidade I* (pp.55-77), Rio de Janeiro: Fiocruz.

* Formatação de acordo com as normas da Revista *Child Abuse and Neglect* (Anexo B)

Dean, A.G., Dean, J.A., Burton, A.H., Dicker, R.C. (1990). *Epi Info, Version 6: a word processing, database and statistic program for epidemiology on microcomputers*, Atlanta: Centers for Disease Control.

Gawryszewski, V.P. & Hidalgo, N.T.R. (2008). *Análise das notificações de maus-tratos contra a criança e o adolescente no estado de São Paulo, 2006*. Retrieved November 19, 2008 from <http://www.conass.org.br>.

Grassi-Oliveira, R., Stein, L.M. & Pezzi, J.C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 249-255.

Minayo, M.C.S. & Souza, E.R. (1998). Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, 4(3), 513-531.

Pinheiro, P.S. (2006). *World Report on Violence against Children*. Geneva: OMS.

Reichenheim, M.E., Hasselmann, M.H. & Moraes, C.L. (1999). Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1), 109-121.

Silva, L.M.P. (2002). *Violência doméstica contra as crianças e os adolescentes*. Recife: EDUPE.

4 Capítulo 2 - FORMAÇÃO E CONHECIMENTO DOS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO INFANTIL SOBRE VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA CRIANÇA

4.1 RESUMO

A violência contra crianças é apontada como uma das principais causas de morbi-mortalidade para essa faixa etária e deve ser identificada por todos os profissionais que lidam com esse público, inclusive os professores. Objetivou-se avaliar o preparo dos professores de educação infantil, no que se refere à percepção e notificação dos casos de violência contra criança. Foram visitadas todas as instituições de ensino infantil de Araçatuba-SP, e os profissionais que consentiram (n=236), responderam a um questionário sobre o tema. Os dados foram analisados quanti-qualitativamente. 91,1% se consideram responsáveis pela notificação e 86,9% se dizem capazes de identificar agressões. 80,9% declararam ter recebido informações a respeito da violência contra criança, entretanto, 67,7% sentem-se inseguros quanto à identificação dos casos. Conclui-se que, mesmo possuindo formação para proceder ante a violência, a maioria dos pesquisados ainda não se sente preparada, o que pode gerar negligência.

PALAVRAS-CHAVE: Violência doméstica. Professores. Crianças. Intervenção.

4.2 ABSTRACT

TRAINING AND KNOWLEDGE OF EDUCATION TEACHERS OF INFANT ON FAMILY VIOLENCE AGAINST CHILDREN

Violence against children is identified as a major cause of morbidity and mortality in this age group and should be identified by all professionals who deal with this public, including teachers. The objective was to evaluate the preparation of teachers of kindergarten, with regard to perception and notification of cases of violence against children. We visited all the educational institutions of child in Araçatuba, SP, Brazil and the professionals who consented (n=236), answered a questionnaire on the subject. The data were analyzed quantitative and qualitative. 91.1% are considered responsible for notification and 86.9% call themselves able to identify attacks. 80.9% had received information about violence against children; however, 67.7% they feel insecure about the identification of cases. It was concluded that even having to undertake training before the violence, most of those surveyed still does not feel prepared, which can generate negligence.

KEYWORDS: Domestic violence. Teachers. Children. Intervention.

4.3 INTRODUÇÃO

A violência intrafamiliar tem vitimado alguns grupos mais vulneráveis como as crianças, os idosos e as mulheres (Dossi et al., 2008, p. 1939). A criança maltratada é aquela vítima de violência física, crueldade mental, abuso sexual e negligência, com conseqüências graves para seu desenvolvimento físico e psicológico.

A agressão de uma criança em sua própria casa, local onde supostamente estaria protegida da violência, cria uma situação de profundo desamparo para a vítima. A obrigação de conviver com seu agressor e enfrentar o pacto do silêncio que costuma envolver as pessoas mais próximas nesse tipo de situação, são fatores que podem gerar efeitos catastróficos na formação da personalidade desses sujeitos que ainda não chegaram à fase adulta (Fundação Abrinq, 2004, p.5).

Trata-se de um problema cujas conseqüências são devastadoras, resultando em mortes precoces e traumas permanentes. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, 53 mil crianças foram assassinadas no mundo inteiro. Além disso, no mesmo ano, cerca de 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos foram forçados a manter relações sexuais ou submetidos a outras formas de violência sexual envolvendo contatos físicos. Esses são dados alarmantes que deveriam preocupar o mundo todo a respeito do problema, todavia a sociedade aceita o fenômeno com complacência (Moura, 2006, p.13).

As iniciativas de cooperação entre setores tão diversos como os da saúde, educação, serviços sociais, a justiça e a política são indispensáveis para resolver o problema da violência (Krug et al., 2003, p.18). A criação de políticas para enfrentar esse problema no âmbito familiar tem sido uma preocupação do Estado brasileiro. Nesse sentido, pode-se destacar a criação de

* Formatação de acordo com as normas da Revista Educação & Sociedade (Anexo D).

legislação específica, a exemplo, o Estatuto da Criança e do Adolescente, que trata dos direitos infantis (Brasil, 1990). No entanto, mesmo com normas para reduzir essas ocorrências, o Brasil apresenta ainda altos índices de violência infantil, o que deixa clara a importância da mobilização dos vários setores da sociedade.

Entende-se que esse é um problema a ser tratado por todos os profissionais que lidam com essas crianças, inclusive os professores. Cada profissional, em sua respectiva área de atuação, tem por obrigação estar atento à ocorrência de possíveis casos de maus-tratos e violência sexual entre as crianças com quem convive, assim como médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, dentistas e professores de educação infantil que, diariamente, relacionam-se com crianças (Brino & Williams, 2003, p.2; Carvalho e Torreão, 1999, p.309; Moraes, et al., 2002, p. 341; Mouden & Bross, 1995, p.1174; Nouguchi, et al., 2004, p. 965).

A violência diagnosticada e denunciada inicialmente pode salvar a vida e o futuro de muitas crianças que sofrem deste mal. A escola mostra-se em situação ideal para detecção e intervenção dos casos de abuso (Brino & Williams, 2003, p.2). A ênfase é dada aos professores de educação infantil, pois esses têm um contato direto e diário com essas crianças e podem auxiliar na prevenção das consequências da violência, justificando a realização deste estudo.

4.4 OBJETIVO

Avaliar junto aos professores de educação infantil de um município do estado de São Paulo a formação, o conhecimento e a percepção deles sobre a violência intrafamiliar contra a criança.

4.5 MATERIAIS E MÉTODOS

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – SP – FOA-UNESP, sendo aprovado sob o Processo nº 2007- 01343.

A realização da pesquisa foi autorizada mediante consentimento dos responsáveis pelas Secretarias Municipal e Estadual de Educação, sendo fornecidos os dados referentes às escolas pertencentes à amostra. Foram realizadas visitas a cada unidade escolar para a entrega de ofício aos diretores com a finalidade de explicitar os objetivos do estudo, bem como obter a anuência deles para sua concretização. Nessa mesma oportunidade, solicitou-se aos responsáveis uma listagem com o número de professores pertencentes a cada instituição.

No total, foram visitadas 59 Escolas de educação infantil, sendo 33 municipais e 26 pertencentes à rede privada de ensino, em um município do interior do estado de São Paulo. Os professores, depois de esclarecidos, foram convidados a participar do estudo.

O instrumento utilizado consistiu em um questionário semi-estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas relativas ao conhecimento dos sinais e sintomas da violência, à obtenção de informações a respeito do tema e à atitude dos profissionais ante os casos. O mesmo foi elaborado especialmente para a pesquisa e testado previamente (Anexo E). Para tanto, foram convidados a participar cerca de 30 professores que realizaram curso superior (Projeto Pedagogia Cidadã), na Universidade Estadual Paulista – UNESP – Araçatuba-SP. Depois do teste, o instrumento passou pelas adequações pertinentes.

Os dados foram digitados em uma planilha eletrônica criada no programa Epi Info, versão 3.5.1 (Dean et al., 1990). Para a análise estatística utilizou-se o programa Bio Estat, versão 5.0 (Ayres et al., 2007).

Na análise qualitativa das questões abertas foi empregada a técnica *Análise de Conteúdo*,

descrita por Bardin (2004, p.43) como “*um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter indicadores, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que permitam a inferência de conhecimentos relativos ao discurso dos entrevistados.*” A partir daí realizou-se, mais especificamente, a análise temática que consiste em *descobrir núcleos de sentido, cuja presença e freqüência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido por meio da categorização das respostas e análise em profundidade dos conteúdos manifestos pelos atores sociais envolvidos* (Minayo, 2006, p.316).

4.6 RESULTADOS

Do total de 326 professores de educação infantil do município, 236 (72,4%) participaram do estudo. Importante destacar que o acesso às escolas particulares foi mais intrincado; sendo que, em três delas, não foi permitida sequer a distribuição do instrumento.

No que se refere aos participantes, 70,8% lecionam em escola pública; 22,0% em escola privada; 4,7% em ambas e 2,5% não responderam à questão. Quanto à idade 21,2% possuem entre 20 e 29 anos; 41,5% entre 30 e 39; 21,2% entre 40 e 49; 6,4% têm 50 anos ou mais e 9,7% omitiram esse item. No que se refere ao tempo de experiência profissional, 70,8% atuam na área há mais de 5 anos, sendo que desses, 132 (80%) o fazem há mais de 10 anos.

Quanto ao recebimento de informações sobre a violência familiar contra a criança, 80,9% dos professores afirmaram tê-las recebido e 19,1% negaram. As informações foram obtidas: na graduação e/ou magistério (36,1%); durante a pós-graduação (6,3%); tanto na graduação quanto na pós (5,8%); em palestras e cursos extras (43,5%); no trabalho (7,8%) e 0,5% não respondeu. Foram apontados professores, conselheiros tutelares e policiais como os principais responsáveis pelas informações.

Dentre os profissionais pesquisados, 86,9% afirmaram conhecer os sinais de violência nas crianças, enquanto que 6,4% alegaram não ter preparo para isso; 6,7% não responderam.

Sobre a notificação dos casos, 91,1% sentem-se responsáveis por esse ato, 7,2% acreditam não ter qualquer obrigação e 1,6% não responderam à questão. Dentre os que se sentem responsáveis, 31,5% consideram essa obrigação como algo inerente à profissão de educador; 19,1% acreditam ser um dever de todo cidadão o combate à violência; 19,1% por apresentar compaixão devido ao convívio com as crianças (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual das categorias, segundo os motivos que levam os professores a sentir-se responsáveis pela notificação da violência contra a criança. Araçatuba-SP, 2008.

Categoria	n	%
Obrigação inerente à profissão <i>“Faz parte da minha função como educadora”</i>	68	31,5
Combate à violência <i>“Devemos combater este tipo de violência, denunciando”</i>	41	19,1
Convivência com a criança <i>“Porque estou diariamente com ela”</i>	41	19,1
Dever legal <i>“Porque é um dever que consta no Estatuto da criança e adolescente”</i>	23	10,7
Não convivência <i>“Porque se eu não comunicar estarei sendo tão culpada, quanto quem violentou”</i>	21	9,8
Não justificaram	21	9,8
Total	215	100

Foi verificada associação significativa ($p=0,0364$) quando cruzados os dados relativos à obtenção de informações e ao sentimento de responsabilidade. Aplicou-se o teste exato de Fisher, no nível de significância de 5%.

Quando questionados se se sentem preparados para identificar casos envolvendo crianças violentadas, 27,6% afirmaram que sim, 4,2% disseram não, e 67,7% somente algumas vezes. A respeito dos motivos que fazem com que os profissionais se sintam inseguros ante a identificação

da violência, foram distinguidas as seguintes categorias: a negativa da criança (43,1%); a ausência de marcas físicas (38,2%); a falta de conhecimento sobre o assunto (10,0%), conforme descrito na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição percentual e absoluta das categorias, segundo os motivos que dificultam a identificação da violência contra a criança. Araçatuba-SP, 2008.

Categorias	n	%
Quando a criança não demonstra <i>“Algumas vezes a criança, por medo, esconde bem”</i>	69	43,1
Quando a agressão não deixa marcas físicas <i>“Porque nem toda agressão deixa marca visível”</i>	61	38,2
Falta de conhecimento sobre o assunto <i>“Não tive nenhuma formação nesse assunto”</i>	16	10,0
Quando os responsáveis negam <i>“Porque nem sempre os responsáveis pela criança confirmam nossas suspeitas”</i>	5	3,1
Não responderam	9	5,6
Total	160	100

4.7 DISCUSSÃO

As crianças e os adolescentes são as principais vítimas de todos os tipos de violência intrafamiliar (Cavalcanti & Minayo, 2004, p.484). A idéia de que o lar é o local de maior segurança e que confere proteção à criança, nem sempre é correta (Ricas et al., 2006, p.152).

De acordo com a literatura, a maior parte dos casos de maus-tratos contra a criança ocorre no ambiente familiar, permanecendo, muitas vezes, silenciosos e inacessíveis. Essa relativa “invisibilidade” do problema ratifica a importância dos professores na identificação dessas situações, já que os mesmos estão em contato com as crianças cotidianamente.

A violência quando identificada pelo sistema educacional traz importantes elementos para as autoridades competentes atuarem no combate ao problema. Entretanto, esse tema é pouco

tratado nos currículos de cursos superiores (Brino & Williams, 2003, p.2). Tal fato pôde ser verificado neste estudo em que a maior parte dos pesquisados afirmou ter recebido informações sobre os sinais de violência em cursos extracurriculares. Essa constatação, aliada aos altos índices de violência contra crianças, enfatiza a necessidade de se abordar esse assunto de uma forma mais criteriosa ainda na graduação.

Além de uma adequada formação, a experiência profissional pode auxiliar na detecção dos casos. De maneira geral, os professores comprovaram a afirmação de que conhecem os sinais da violência infantil ao descreverem corretamente essas características, conhecimento que pode estar relacionado à grande experiência com a docência apresentada pela maior parte dos pesquisados.

Todavia, mais que o conhecimento, atitudes expectantes e uma capacidade acentuada de observação podem ser suficientes para diagnosticar sinais e sintomas de maus-tratos. Deve-se suspeitar principalmente de lesões mal explicadas, que não condizem com as declarações dos familiares ou cuidadores.

O sentimento de responsabilidade quanto à notificação está, para a maior parte dos professores, relacionado ao dever profissional. Infelizmente, mesmo sendo a notificação reconhecida pela maioria como uma obrigação, ainda existe entre alguns, a idéia de irresponsabilidade, o que demonstra, além do desconhecimento de suas atribuições, o descompromisso com a integridade e o bem-estar da criança. O sentimento de responsabilidade esteve significativamente associado ao recebimento de informações a respeito da violência, achado que reforça a idéia de que a inclusão desta temática na formação do educador é de fundamental importância para seu enfrentamento.

Verificou-se também certa insegurança dos professores quanto à identificação dos casos de violência o que, de certa forma, contrasta com a informação de que foram instruídos a respeito

e sabem reconhecê-los. Isso pode estar associado à falta de clareza quanto aos conceitos e a uma ignorância quase completa da legislação sobre o assunto. Como resultado, existem profissionais totalmente despreparados para enfrentar os casos reais que se apresentam, temerosos de se posicionar diante destes e receosos de que o encaminhamento de uma suspeita resulte em um tipo de inconveniente legal para eles (Lerner, 2000, p.30). É preciso conhecer os direitos da criança não somente para aumentar a percepção sobre o abuso, mas, principalmente, para que se tenha a atitude de denunciá-lo (Brino & Williams, 2003, p.2).

Dentre os motivos para tal insegurança, foram apontados principalmente: a negativa da criança quando questionada; a ausência de marcas físicas e a falta de conhecimento sobre esse tema.

A agressão física é, sem dúvida, de mais fácil reconhecimento, todavia não é só essa forma de violência que pode desenvolver-se no interior das famílias. A violência psicológica tem-se mostrado muito freqüente e exige atenção redobrada do profissional, já que sua manifestação, às vezes sutil, pode passar despercebida. Para tanto é necessário que além da atenção e da real disponibilidade para enfrentar a situação, os profissionais sejam capacitados de forma a identificá-la com segurança (Saliba et al., 2007, p. 476).

4.8 CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria dos profissionais pesquisados recebeu informação a respeito da violência contra crianças e considera-se responsável pela sua notificação. Porém, grande parte ainda não se sente preparada para perceber esses casos, o que pode gerar negligência.

4.9 REFERÊNCIAS

AYRES, M. AYRES JR., M., AYRES, D. L., SANTOS, A. A. S. (2007). *BioEstat. Versão 5.0. Aplicações Estatísticas na área das ciências biomédicas*. Sociedade civil Mamirauá, MCT – CNPq, Belém, Pará, Brasil.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Ed. 70, 2004.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 jul 1990. Seção I.

BRINO, R.F.; WILLIAMS, L.C.A. Capacitação de educadores acerca do abuso sexual infantil. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v.7, n. 2, p.1-10, 2003.

CARVALHO, P.R.A.; TORREÃO, L.A. Aspectos éticos e legais na emergência. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.75, supl.2, p. 307-314, 1999.

CAVALCANTI, M. L. T.; MINAYO, M. C. S. Abordagem de violência intrafamiliar no Programa Médico de Família: dificuldades e potencialidades. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F.J. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004. p.480-517.

DEAN, A.G., DEAN, J.A., BURTON, A.H., DICKER, R.C. *Epi Info, Version 6: a word processing, database and statistic program for epidemiology on microcomputers*, Atlanta: Centers for Disease Control, 1990

DOSSI, A. P., et al. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1939-1952, 2008.

*Formatação de acordo com as normas da Revista Educação & Sociedade (Anexo D).

- FUNDAÇÃO ABRINQ. *O fim da omissão: a implantação de pólos de prevenção à violência doméstica*. São Paulo: Fundação Abrinq, 2004.
- KRUG, E. G. et al. (Eds.) *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2003.
- LERNER, T. Tratamento em situações de abuso sexual de crianças e adolescentes. *Jornal da Rede Saúde*, São Paulo, n. 22, p. 29-32, 2000.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MORAES CALDAS; I.; AFONSO, A.; MAGALHÃES, T. Os maus-tratos físicos em crianças e jovens: uma perspectiva médico dentária. *J Bras Clin Odontol Int*, Curitiba, v.6, n.34, p.340-344, 2002.
- MOUDEN, L.D.; BROSS, D.C. Legal issues affecting dentistry's role in preventing child abuse and neglect. *Journal of the American Dental Association*, Chicago, n.8, v.126, p.1173-1180, 1995.
- MOURA, M. Violência sem limites. *Pesquisa Fapesp*, São Paulo, n.130, p.12-19, 2006.
- NOGUCHI, M.S.; ASSIS, S.G.; SANTOS, N.C. Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiólogo a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n.4, p. 963-973, 2004.
- RICAS, J.; DONOSO, M.T.V.; GRESTA, M.L.M. A violência na infância como uma questão cultural. *Texto & Contexto. Enfermagem, Florianópolis*, v.15, n.1, p.151-154, 2006.
- SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n.3, p.472-477, 2007.

5 CAPÍTULO 3 - NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA: CONHECIMENTO E ATITUDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

5.1 RESUMO

Este estudo teve por objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais da saúde que atuam na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a notificação de violência contra crianças e adolescentes. Realizou-se entrevista com 54 profissionais da atenção básica de quatro municípios pertencentes à Região de São José do Rio Preto-SP. 92,6% dos entrevistados suspeitaram ou presenciaram violência contra crianças e adolescentes exercendo sua profissão no SUS. No que se refere à Portaria nº 1968/2001, 75,5% dos profissionais alegam desconhecê-la. 96,2% não foram orientados sobre o preenchimento da ficha de notificação compulsória para os casos de violência. 88,9% não sabem informar sobre a existência da mesma no local de trabalho. A associação entre a obtenção de informações no trabalho e o ato de notificar mostrou-se significativa ($p=0,0276$). Conclui-se que os profissionais ainda desconhecem os aspectos legais relacionados à notificação da violência contra crianças. Sugere-se a capacitação dos mesmos para lidar com a face burocrática do assunto, uma vez que notificar contribui para o delineamento do perfil epidemiológico da violência intrafamiliar e para o desenvolvimento de políticas públicas.

DESCRITORES: Violência; Recursos Humanos em Saúde; Notificação de Abuso

5.2 ABSTRACT

REPORT OF VIOLENCE AGAINST CHILDREN: KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF HEALTH PROFESSIONALS

To assess the knowledge of health professionals who work in primary care of the Unified Health System (SUS) on the reporting of violence against children and adolescents in their daily work. We conducted interviews with 54 professionals in basic care of four towns belonging to the region of São José do Rio Preto, Sao Paulo. 92.6% of respondents suspected or witnessed violence against children and adolescents exercising their profession in the SUS. With regard to Ordinance No 1968/2001, 75.5% of professionals argue know it. 96.2% were not targeted on filling out form of compulsory notification for cases of violence. 88.9% do not know about the existence of the same in the workplace. The association between the receipt of information on the desktop and act to notify showed statistically significant ($p = 0.0276$). We conclude that the professionals still are unaware of legal aspects relating to the reporting of violence against children. It is suggested the training of health professionals to deal with the bureaucratic side of the issue, since it helps to inform the design of the epidemiological profile of domestic violence and consequently to the development of public policies.

DESCRIPTORS: Violence; Health Manpower; Mandatory Reporting

5.3 INTRODUÇÃO

O âmbito doméstico, freqüentemente, tem sido cenário para a prática da violência contra crianças e adolescentes. Considerada um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência é responsável por elevados índices de morbi-mortalidade infantil. No ano 2000, foram 57 000 mortes atribuídas a homicídios em menores de 15 anos de idade¹.

A violência intrafamiliar constitui toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e a psicológica, a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família, podendo ser cometida por qualquer um que esteja em relação de poder com a pessoa agredida, incluindo aqueles que exercem a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue². Ressalta-se, no entanto, que essa é apenas uma das diversas vertentes deste fenômeno que acomete a infância e a juventude em todo o mundo.

No Brasil, o problema adquire cada vez mais importância no panorama das políticas públicas nacionais. A Constituição Federal, ao reconhecer a saúde como um direito de todos, atribuiu ao Estado a responsabilidade de organizar ações e serviços públicos capazes de reduzir os riscos de doenças e outros agravos, bem como garantir à população o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde³.

Para que o Estado pudesse cumprir esse papel, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Pode-se dizer que esse sistema, estruturado com uma ampla rede de atendimento em atenção básica, constitui uma das portas de entrada para prestar socorro ou diagnosticar a ocorrência de violência.

* Formatação de acordo com as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública (Anexo F).

Sendo assim, os profissionais de saúde, no dia-a-dia do serviço, quando vivenciam a suspeita ou a constatação de violência contra criança e adolescente em seu ambiente de trabalho, possuem a obrigação legal e moral de identificar e notificar os casos; obrigação prevista, entre outros, no Estatuto da Criança e Adolescentes (ECA), na Portaria nº 1968/2001 do Ministério da Saúde, e nos Códigos de Ética Profissionais⁴⁻⁶.

A notificação é “*uma informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados sócios sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus tratos*”⁷.

No entanto, para que possam fazê-la, os profissionais da área necessitam estar aptos a diagnosticar essas situações, conhecer os aspectos legais de sua obrigatoriedade, bem como as políticas públicas de saúde adotadas no país, estados e municípios. Esses esforços podem colaborar significativamente para a redução do problema.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento dos profissionais da saúde que atuam na atenção básica do Sistema Único de Saúde sobre a notificação de violência intrafamiliar praticada contra crianças e adolescentes.

5.4 METODOLOGIA

O estudo foi conduzido em quatro municípios da região Noroeste do Estado de São Paulo: Adolfo, Bady Bassit, Nova Aliança e Mendonça pertencente à Região Administrativa de São José do Rio Preto-SP. Os mesmos são considerados de pequeno porte, com população de até 20.000 habitantes, de acordo com a divisão adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁸.

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, processo número 2007- 01343. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal em que foi utilizado um questionário estruturado contendo questões fechadas sobre violência contra crianças e adolescentes.

Depois de esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, foram convidados a participar: Assistentes Sociais, Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares de Consultório Dentário, Agentes Comunitários, Cirurgiões-Dentistas, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Psicólogos e Técnicos de Enfermagem, todos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde dos municípios citados. Do total, apenas dois profissionais recusaram participar, restando à amostra, 54 entrevistados. Todas as entrevistas foram realizadas por um único entrevistador, em local reservado nas Unidades de Saúde pertencentes à amostra.

Com os dados já coletados e discriminados, procedeu-se à tabulação e à análise estatística realizadas com auxílio do programa Epi Info versão 3.5.1.⁹ Para a verificação de associação entre as variáveis, aplicou-se o teste Exato de Fisher, no nível de significância de 5%.

5.5 RESULTADOS

Foram entrevistados: 3 Assistentes Sociais, 5 Auxiliares de Enfermagem, 4 Auxiliares de Consultório Dentário, 14 Agentes Comunitários, 4 Cirurgiões-Dentistas, 4 Enfermeiros, 4 Fisioterapeutas, 5 Fonoaudiólogos, 5 Médicos, 2 Psicólogos e 4 Técnicos de Enfermagem. Quanto ao perfil dos profissionais 81,5% são do sexo feminino e 18,5% do sexo masculino. 35,2% possuem entre 20 e 29 anos, 35,2% entre 30 e 39, 20,3% entre 40 e 49, e 9,3% possuem 50 anos ou mais. A respeito da experiência profissional 40,8% possuem entre 1 e 5 anos de formado,

27,8% possuem entre 6 e 10 anos. 46,3% trabalham no Serviço Público de Saúde há pouco tempo (1 a 5 anos) e 11,1% há mais de 20 anos (figura 1).

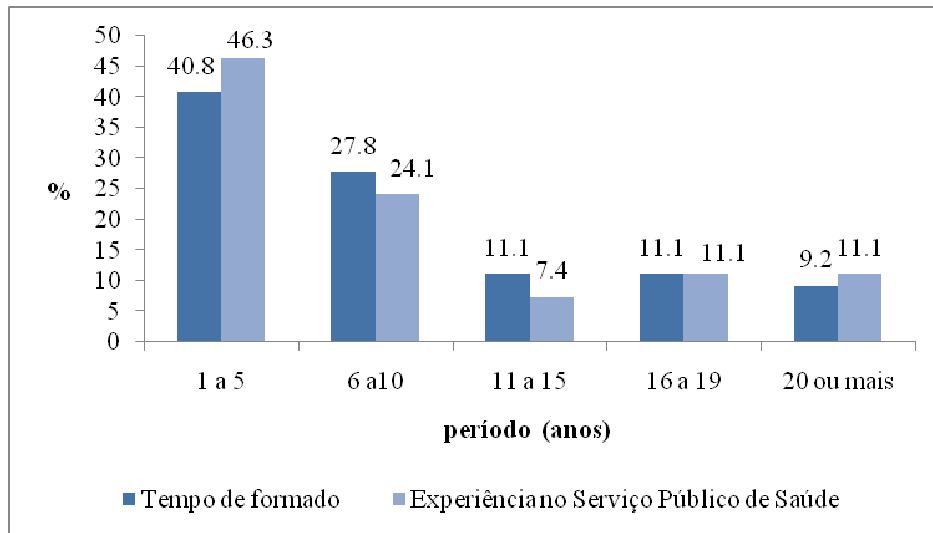


Figura 1- Distribuição percentual dos profissionais segundo o tempo de formação e o exercício profissional no Serviço Público de Saúde. Araçatuba-SP, 2008.

Os resultados demonstram que 92,6% dos entrevistados, durante o exercício de sua profissão no SUS, suspeitaram ou presenciaram situações de violência contra crianças e adolescentes, ao menos uma vez (figura 2).

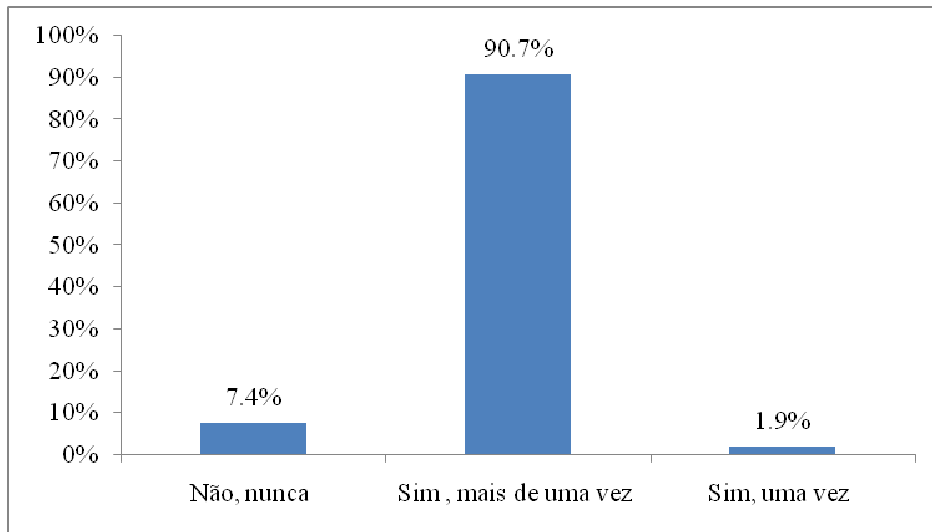


Figura 2- Distribuição percentual dos profissionais segundo a identificação de violência durante o exercício profissional. Araçatuba-SP, 2008.

No que se refere à Portaria nº 1968/2001, 75,5% dos profissionais alegaram desconhecê-la e 24,5% afirmaram conhecê-la. Quanto ao Estatuto da Criança e Adolescente, 37,8% sabem da sua existência, mas nunca leram o documento, 54,7% afirmaram conhecer alguns artigos e 7,5% disseram conhecê-lo na íntegra.

Quanto à obtenção de informações a respeito de violência contra crianças no local de trabalho, 57,7% não receberam enquanto 42,3% afirmaram já terem sido informados a respeito (figura 3).

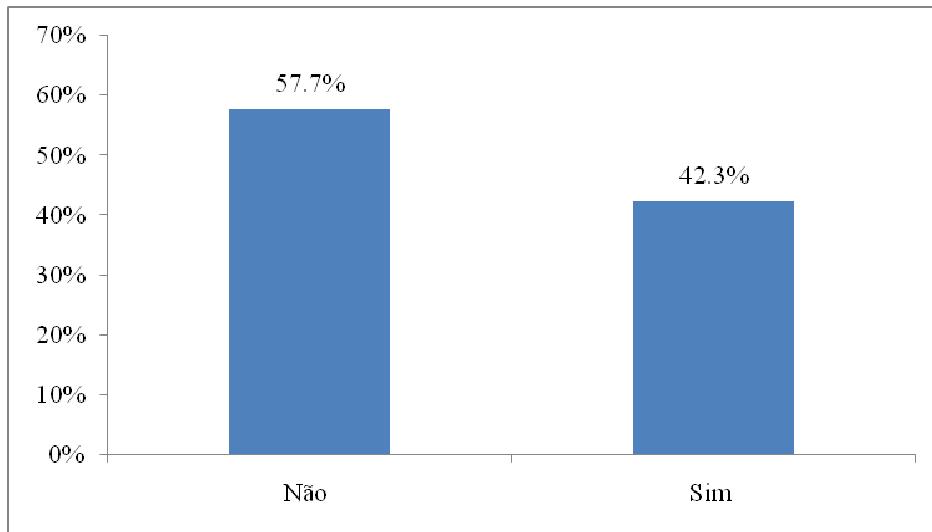


Figura 3- Distribuição percentual dos profissionais segundo a obtenção de informações sobre violência contra criança no local de trabalho. Araçatuba, SP, 2008.

Quanto à ficha de notificação, 70,4% sequer sabem informar sobre sua existência no local de trabalho, 18,5% afirmaram que a mesma não existe e 11,1% sabem que dispõem desse instrumento na Instituição.

No que se refere à atitude de notificar, 46,0% informam o chefe imediato diante da suspeita ou diagnóstico de violência, 36,0% alegaram que fazem a notificação pessoalmente e 18,0% negaram sua realização.

Não foram encontradas associações significativas entre as variáveis: conhecimento da Portaria MS 1968/2001 e a suspeita de violência contra a criança; obtenção de informações e suspeita de violência. Todavia, obteve associação significativa o cruzamento das variáveis: obtenção de informações durante o trabalho na rede pública de saúde e o ato de notificar os casos de violência ($p=0,0276$) (tabela 1).

Tabela 1- Análise entre variáveis: conhecimento da legislação, obtenção de informações, suspeita e notificação de violência. Araçatuba, SP, 2008.

Descrição das questões	Já suspeitou de violência contra a criança	
	Probabilidade	Significância
Conhecimento da Portaria MS 1968/2001	$p= 1,0000$	ns
Já leu o Estatuto da Criança e Adolescente	$p= 0,6274$	ns
Obteve informações sobre violência durante seu trabalho	$p= 0,1282$	ns
Obteve informações sobre violência durante a sua formação profissional	$p= 0,3202$	ns
	Já notificou/informou casos de violência contra a criança	
Obteve informações sobre violência durante a sua formação profissional	$p=0,1109$	ns
Obteve informações sobre violência durante seu trabalho	$p=0,0276$	s
Conhecimento da Portaria MS 1968/2001	$p=0,0898$	ns
Já leu o Estatuto da Criança e Adolescente	$p=0,2587$	ns

ns= não significante s= significante p=probabilidade

5.6 DISCUSSÃO

No Brasil, não se pode falar em crianças e adolescentes sem que o tema violência aflore, indicando serem esses dois grupos os mais vulneráveis a sofrerem violações de seus direitos, afetando direta e indiretamente sua saúde física, mental e emocional.¹⁰ O reconhecimento da ocorrência de maus-tratos contra crianças, trouxe como consequência direta, a necessidade de protegê-las. Tal proteção tem início oficialmente com a notificação da violência à autoridade competente¹¹.

Os profissionais da assistência sanitária cumprem uma função chave ao identificar, tratar e notificar os casos de violência¹². A notificação constitui uma importante estratégia de prevenção de violência, pois favorece sua diminuição ou interrupção, bem como a possibilita identificar sua ocorrência em outras crianças ou adolescentes da mesma família.

Todavia, são apontados alguns obstáculos que interferem negativamente nesse processo, como o desconhecimento do procedimento de notificação e dos instrumentos necessários para sua execução; a falta de preparo técnico e emocional do profissional para a identificação de violência, das situações de risco e dos sinais de alerta; o medo de represália por parte da família, do agressor e/ou da comunidade; a falta de resguardo adequado; o isolamento do profissional na unidade e a falta de entrosamento prévio entre profissionais de saúde e conselheiros tutelares¹³.

Os resultados deste estudo demonstram que os profissionais participantes são jovens e a maioria atua há pouco tempo no serviço público. Importante ressaltar que, mesmo com pouca experiência, a maior parte dos entrevistados relatou suspeitar ou presenciar violência contra criança durante o exercício profissional. Aliás, a identificação dos casos não se mostra como um problema para o grupo estudado. A decisão e a atitude “do que fazer com eles” é que parece afligir o cotidiano desses profissionais. Além dos obstáculos já mencionados acima, as crenças pessoais sobre a questão da violência familiar e o dilema ético que envolve os casos podem interferir negativamente no processo.

A conduta de informar aos serviços de proteção a criança é guiada, entre outros, pelo histórico e circunstâncias da agressão, consulta a outros colegas e experiências prévias relacionadas a esses serviços¹⁴⁻¹⁵.

Dentre os entrevistados, poucos afirmaram conhecer os documentos legais que obrigam a notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes; com menor intensidade a Portaria MS 1968/2001⁵. Mesmo o ECA,⁴ mais difundido socialmente, ainda é um desconhecido

para alguns profissionais; fato preocupante, uma vez que esse documento constitui o pilar fundamental das políticas voltadas às crianças e aos adolescentes. Seu conhecimento é importante para o adequado exercício das profissões da saúde, na medida em que informa aos trabalhadores da área suas responsabilidades para com o grupo em questão¹⁶.

O ECA, ao lançar luz sobre o tema dos maus-tratos e negligências como um problema público e social, acena aos profissionais de saúde de que, para a consciência brasileira atual, tornou-se intolerável a cultura que faz desses seres em formação objetos de domínio privado dos pais e responsáveis, mesmo sob pretexto de educá-los ou de exploração econômica, psicológica ou sexual de adultos que desconsideram seus direitos¹⁷.

Analisando-se a interface entre o conhecimento da referida Portaria, do Estatuto, a obtenção de informações na graduação e a suspeita e notificação de violência, não foram encontrados resultados estatisticamente significantes. Sem dúvida, a informação sobre o assunto pode contribuir para o desenvolvimento do sentimento de responsabilidade entre os trabalhadores da saúde, mas não é o bastante. Talvez, mais do que o conhecimento das normas, seja importante a percepção e a real disponibilidade do profissional em suspeitar e levar o caso adiante.

A associação entre a obtenção de informações no ambiente de trabalho e o ato de notificar mostrou-se estatisticamente significativa, o que ratifica a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com a face burocrática do assunto.

Pôde-se verificar que não existe, nos locais pesquisados, uma rotina de capacitação para o processo de identificar e notificar os casos. A ficha específica sequer encontra-se disponível em alguns deles. Como consequência, há profissionais despreparados para lidar com esse tipo de ocorrência e locais sem a estrutura adequada para a captação de informações que, no mínimo, poderiam dimensionar a epidemiologia do problema e interromper o ciclo da violência. Desse

modo, o procedimento de notificação é negligenciado, e os serviços de saúde acabam por “fechar os olhos” para a violência contra a criança.

Sem a devida orientação, o preenchimento da ficha torna-se quase ineficaz, uma vez que podem ser omitidos dados epidemiológicos importantes. Contribuem ainda para a má qualidade dos registros as péssimas condições de trabalho e o despreparo dos profissionais com relação à importância da própria atividade que realizam¹⁸.

Notificar implica avaliar o caso e dividir com outros setores da sociedade a responsabilidade pela proteção da criança e do adolescente. Para tanto, é essencial a interação entre as diversas esferas sociais envolvidas - polícia, justiça, educação, organizações não governamentais e o setor de saúde¹⁹. Especial ênfase é dada aos Conselhos Tutelares, entidades criadas especificamente para zelar pelos direitos da criança. Tal órgão se configura, ainda que potencialmente, em espaço de convergência de informações referentes a um rol variado de situações vividas pelas crianças e adolescentes, no âmbito de um município, considerando-se que todos os casos suspeitos e/ou comprovados de ameaça ou violação de seus direitos devem ser notificados nessa instância²⁰.

É através da notificação que se cria o elo entre a área a saúde e o sistema legal, iniciando-se a formação da rede multiprofissional e interinstitucional da atuação – fundamental nesses casos, permitindo também o dimensionamento epidemiológico da violência²¹. É essencial que todos colaborem, pois o levantamento dessas informações certamente poderá subsidiar a implementação de políticas públicas que favoreçam a prevenção da violência e garantam a proteção de nossas crianças e adolescentes¹³.

5.7 CONCLUSÕES

Conclui-se que os profissionais ainda desconhecem os aspectos legais e práticos relacionados à notificação de violência contra crianças e adolescentes. Sugere-se que seja enfatizada a capacitação dos profissionais a respeito, uma vez que notificar contribui para conhecer o perfil epidemiológico da violência e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao tema.

5.8 REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Dahkberg LL, Mercy IA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, Organización Panamericana de la Salud; 2003.
2. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2003; 25 Supl 1: 9-21.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
4. Brasil. Lei nº. 8069, 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 1990; 16 jul.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 2001; 26 out.

* Formatação de acordo com as normas da revista Cadernos de Saúde Pública (Anexo F).

6. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública* 2007;41(3):472-7.
7. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> (acessado em 5/Out/2008).
9. Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. Epi Info, Version 6: a word processing, database and statistic program for epidemiology on microcomputers. Atlanta, Geórgia: Centers for Disease Control and Prevention; 1990.
10. Souza ER, Jorge MHPM. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude de morbimortalidade. In: Lima CA coordenador. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.23-8.
11. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1):315-9.
12. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(12):2567-73.
13. Branco VMC. Notificação dos maus tratos: uma estratégia de proteção a crianças e adolescentes. <http://www.saude.rio.rj.gov.br/CGI/public/cgilua.exe.templates/htm/v2/view.htm?editionsectionid=255&user=reader&infoid=3247> (acessado em 5/Out/2008)
14. Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, Price LL, Wasserman R, Slora E, et al. From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics* 2008; 122(3):611-9.

15. Jones R, Flaherty EG, Binns HJ, Price LL, Slora E, Abney D, et al. Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics* 2008; 122(2):259-66.
16. Gomes R, Junqueira MFPS, Silva CO, Junger WL. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(2):275-83.
17. Costa H. Apresentação. In: Lima CA, coordenador. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.9-10.
18. Njaine K; Souza ER, Minayo MCS, Assis SG. A produção da (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. *Cad Saúde Pública* 1997;13(3):405-14.
19. Dossi AP, Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(8):1939-52.
20. Bazon MR. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(2):323-32.
21. Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública* 2000; 34 (6): 659-65.

6 CONCLUSÃO GERAL

Pode-se concluir que:

a) A maioria dos adolescentes sofreu violência na infância, ocorrendo associação entre algumas formas de abuso.

b) A maior parte dos professores recebeu informação e conhece os sinais de violência, porém não se considera preparada para identificar os casos.

c) Entre os profissionais de saúde, o ato de notificar esteve associado ao recebimento de informações no local de trabalho. Esses percebem o abuso infantil no seu cotidiano, porém a notificação não é uma prática comum entre a maioria.

O desenvolvimento deste estudo evidenciou, principalmente, a estreita relação existente entre uma adequada formação, acadêmica ou no local de trabalho, e a atitude frente aos casos de violência contra a criança. Sem dúvida, a postura profissional nestas situações envolve muitos outros fatores, como convicções e crenças pessoais; contudo, fica nítida a importância da informação.

Entende-se que o procedimento da notificação, ainda que compulsório, vem sendo negligenciado. A Lei, importante ferramenta de mobilização social, tem sido descumprida. Mesmo que se tenha certa flexibilidade ao exigir-se a aplicação das normas, essa não pode ser tamanha, a ponto de gerar negligência.

ANEXO A – Aprovação pelo CEP FOA-UNESP



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-

OF. 124/2007
CEP
SFCDB/bri

Araçatuba, 01 de outubro de 2007.

Referência Processo FOA 2007-01343

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável da relatora que analisou o projeto "ANÁLISE DA OCORRÊNCIA, PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO SOBRE VIOLÊNCIA FAMILIAR EM DIFERENTES GRUPOS POPULACIONAIS" expede o seguinte parecer:

Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, deverá ser enviado relatório parcial em 27/09/2008 e o relatório final em 27/09/2009.

Prof. Dr. Stefan Fiúza de Carvalho Dekon
Coordenador do CEP

Ilma. Senhora
Dr. ANA PAULA DOSSI
Araçatuba-SP-

Ciente.De acordo.

9/10/07
Ana Paula Dossi
Dr. Ana Paula Dossi

ANEXO B - Normas para submissão de manuscritos à Child Abuse and Neglect

The International Journal Official Publication of the International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect

Guide for Authors

Instructions for Authors

Child Abuse and Neglect The International Journal provides an international, multidisciplinary forum on all aspects of child abuse and neglect, with special emphasis on prevention and treatment; the scope extends further to all those aspects of life which either favor or hinder child development. While contributions will primarily be from the fields of psychology, psychiatry, social work, medicine, nursing, law enforcement, legislature, education, and anthropology, the Journal encourages the concerned lay individual and child-oriented advocate organizations to contribute.

Types of Contributions:

1. Original, Theoretical, and Empirical Contributions (16-20 pages of text): Include a clear introductory statement of purpose; historical review when desirable; description of method and scope of observations; full presentation of the results; brief comment/discussion on the significance of the findings and any correlation with others in the literature; section on speculation and relevance or implications; summary in brief which may include discussion. Abstracts and references are required.

2. Brief Communications: Shorter articles of 5-7 pages (abstracts and/or references optional).

3. Articles on Clinical Practice: Case studies (but not single cases), commentaries, process and program descriptions, clinical audit and outcome studies, original clinical practice ideas for debate and argument.

4. Invited Reviews: Plans for proposed reviews are invited in draft outline in the first instance. The editors will commission reviews on specific topics. Reviews submitted without invitation or prior approval will be returned.

5. Letters to the Editor: Letters and responses pertaining to articles published in Child Abuse and Neglect or on issues relevant to the field, brief and to the point, should be prepared in the same style as other manuscripts.

6. Announcements/Notices: Events of national or international multidisciplinary interests are subject to editorial approval and must be submitted at least 8 months before they are to appear.

Submission Requirements: Authors should use the Elsevier Editorial System (EES) online submission site: <http://ees.elsevier.com/chiabuneg/default.asp>---instructions are provided at each step of the submission process. Please note that even though manuscript source files are converted to PDF at submission for the review process, these source files are needed for further processing when papers are accepted. Manuscripts submitted as PDF files will not be accepted.

All correspondence, including notification of the Editor-in-Chief's decision and requests for revision, takes place by e-mail and via the Author's homepage, removing the need for a hard-copy paper trail.

For those authors unable to utilize the EES system, the Journal will accept submissions sent directly to the editorial office; please contact the office (mary.roth@yale.edu; telephone 1.203.271.9950) for instructions.

Manuscripts may be submitted (and will be published) in English, French, or Spanish, as submitted.

A letter to the editor-in-chief (David A. Wolfe, PhD) requesting review must be included, noting that the manuscript has not been previously published and is not under simultaneous review elsewhere; authors are welcome to suggest names (with e-mail addresses) of three (3) potential reviewers.

Authors are responsible for obtaining written permission from copyright owners to reprint any previously published material included in their article.

The editors reserve the right to refuse any manuscript submitted, whether by invitation or otherwise, and to make suggestions and modifications before publication. Submitted papers must be in final form when submitted; manuscripts will be returned for reworking or retyping that do not conform to required style and format.

Questions? E-mail mary.roth@yale.edu or call 203-271-9950.

Style and Manuscript Order: Manuscripts must be prepared following the general style guidelines set forth in the Publication Manual of the American Psychological Association. Submitted papers should be in final form ready for publication. Manuscripts will be returned for reworking or retyping that do not conform to requirements.

First Title Page: To facilitate blind reviews, all indication of authorship, including acknowledgements, must be limited to this page. Title page should include (1) full article title; (2) name, affiliation including city and state/country for each author at the time of the work; (3) name, mailing address, telephone, fax, and e-mail of corresponding author; (4) name and complete address for reprint requests; (5) all acknowledgements and support notes.

Abstract: A structured abstract (Objective, Methods, Results, Conclusions, Practice Implications) not to exceed 350 words in length covering the main factual points is required. Use complete sentences, and spell out acronyms at first mention.

Main Text: Should include a "blind" title at the top of first page and be clearly organized, with headings and subheadings as needed (3 weights of headings maximum). If human subjects are involved, approval by an institutional review board and the informed consent of participants must be reported in the Methods section. If IRB approval not required or waived, please provide a brief note with details. Avoid the use of first person (we, our, I). Use of footnotes is not permitted; footnoted material must be incorporated into the text or deleted.

References: Style and formatting of bibliographic citations in the text and the reference section must adhere to the guidelines of the Publication Manual of the American Psychological Association. The Journal uses an alphabetical style rather than a numeric style both in the text and bibliography. No abbreviations of journal titles or use of et al. is permitted in the bibliography.

Tables/Figures: Cite each table/figure clearly in text. Tables should be arranged one to a page with a self-contained title that is understandable without reference to the text. Figures should be computer generated, one per page, with legends. Tables and Figures cannot be submitted as part of the text file, but should be submitted as separate files under "Tables" or "Figures" from the drop-down menu on the file submission page.

Copyright: Upon acceptance of the manuscript, authors must complete a Transfer of Copyright Agreement as well as provide additional materials and information requested by the editorial office and/or publisher.

Review, Editing, and Production: All initial submissions are acknowledged on receipt. Peer review is generally double-blind, although it is sometimes clear to one or the other who is

involved. Scheduling and production processes currently take 6 months once manuscripts are accepted and all required information is in-house. The publisher and editor reserve the right to copyedit manuscripts to conform to Journal style. The corresponding author will receive page proofs for correction of typographical errors only. No rewriting of the original manuscript as accepted is allowed in the proof stage. Authors must return proofs within 48 hours of receipt; late corrections cannot be guaranteed.

The corresponding author, at no cost, will be provided with a PDF file of the article via email or, alternatively, 25 free paper offprints. The PDF file is a watermarked version of the published article and includes a coversheet with the journal cover image and a disclaimer outlining terms and conditions of use. Orders for additional reprints must be received before printing in order to qualify for lower pre-publication rates (co-author requirements must be included on this form).

US National Institutes of Health (NIH) voluntary posting ("Public Access") policy Elsevier facilitates author response to the NIH voluntary posting request (referred to as the NIH "Public Access Policy"; see "<http://www.nih.gov/about/publicaccess/index.htm>") by posting the peer-reviewed author's manuscript directly to PubMed Central on request from the author, 12 months after formal publication. Upon notification from Elsevier of acceptance, we will ask you to confirm via e-mail (by e-mailing us at NIHauthorrequest@elsevier.com) that your work has received NIH funding and that you intend to respond to the NIH policy request, along with your NIH award number to facilitate processing. Upon such confirmation, Elsevier will submit to PubMed Central on your behalf a version of your manuscript that will include peer-review comments, for posting 12 months after formal publication. This will ensure that you will have responded fully to the NIH request policy. There will be no need for you to post your manuscript directly with PubMed Central, and any such posting is prohibited.

Child Abuse & Neglect formatting and style summary for reference citations

Citations in the text: TEXT CITATIONS MUST MATCH REFERENCE CITATIONS EXACTLY. Groups of citations with the text MUST be in alphabetical order within the group.

List all authors the first time a work is cited unless there are 6 or more authors. If 6 or more authors, list first author et al., year (Jones et al., 2006) for first and all subsequent citations.

For citations with 3 or more authors, list all authors first time the work is cited, then first author et al. for 2nd and subsequent citations; et al. cannot be used for only two authors. List both each time reference is cited. If two (or more) citations with the same authors for same year, list as many authors as needed to differentiate citations, then use et al. Example: Jones, Krugman, Leventhal, et al., 2006; Jones, Krugman, Johnson, et al. 2006; Jones, Krugman, Makuch, et al. 2006

If two (or more) citations with EXACTLY the same authors in EXACTLY the same order for the EXACTLY the same year, use 2000a, 2000b, etc. to clearly link text citation to correct reference citation. Cannot use 2000a, 2000b, 2000c unless EXACTLY the same authors in EXACTLY the same order for EXACTLY the same year.

If reference is WITHIN parentheses, use ampersand; if NOT within parentheses, use and. Examples: As Ross and Jang (2000) pointed out .. disorder by respondents (see Ross & Jang, 2000).

Citations in the references:

The use of et al. is not permitted in the reference section under any circumstances - ALL authors/editors must be listed, regardless of the number.

Abbreviations of journal titles is not permitted. Please write out completely. Citations should be in correct alphabetical order, by first author/editor and subsequent authors/editors as

needed. Watch punctuation closely, particularly in strings of authors (and initials), and in journal volumes, issues, and page numbers.

Examples of citations in Reference Section:

Journal articles: Reynolds, M. W., Wallace, J., Hill, T. F., Weist, M. D., & Nabors, L. A. (2001). The relationship between gender, depression, and self-esteem in children who have witnessed domestic violence. *Child Abuse & Neglect*, 25(9), 1201-1206.

Authored books:

Nash, J. E., & Calonico, J. M. (1996). *The meaning of social interaction: An introduction to social psychology*. Dixie Hills, NY: General Hall, Inc.

Edited books:

Nash, J. E., & Calonico, J. M. (Eds.) (1996). *The meaning of social interaction: An introduction to social psychology*. Dixie Hills, NY: General Hall, Inc.

Chapters in Book:

Margolin, G. (1998). Effects of domestic violence on children. In P. K. Trickett & C. J. Shellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (pp. 57-102). Washington, DC: American Psychological Association.

Unpublished dissertations:

Verlinden, S. (1999). Risk factors in school shootings. Unpublished Doctoral Dissertation. Pacific University, Forest Grove, OR.

Published dissertations:

Foo, G. B. (2002). Marital conflict and childhood relational aggression: A gender-balanced approach to understanding adjustment problems in middle childhood. *Dissertation Abstracts International*, 63 (6B), 3042.

On-line citations:

Ascione, F. R. (2001). Animal abuse and youth violence. *Juvenile Justice Bulletin*. Washington, DC: Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Retrieved September 26, 2003 from <http://www.ojjdp.ncjrs.org>

US Department of Health and Human Services (2002). *The AFCARS Report*. Washington, DC: Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth, and Families, Children's Bureau ↗(www.acf.hhs.gov/programs/cb).

Presentations at conferences:

Shannon, P., & Agorastou, M. (2003). Children with disabilities who have been maltreated: Preliminary findings from a survey of state child welfare agencies. Paper presented at the Annual Meeting of the American Association on Mental Retardation, August 2003, Los Angeles, CA.

Reports:

National Symposium on Abuse and Neglect of Children with Disabilities. (1995). Abuse and neglect of children with disabilities: Report and recommendations. Lawrence, KS: The Beach Center on Families and Disability, The University of Kansas, and the Erikson Institute of Chicago.

Computer software:

SAS Version 8e. (2000). Cary, NC: SAS Institute, Inc.

Muthen, L. K., & Muthen, B. O. (2001). *Mplus statistical analysis with latent variables: User's guide*. Los Angeles, CA Muthen and Muthen.

Legal citations:

People ex rel. State Board of Charities v. New York. Society for the Prevention of Cruelty to Children, 161 NY 233 (1899).

Misc. references:

UNICEF (1990). Children and AIDS: An impending calamity. New York.

WHO (1996). Life skills education planning for Research Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. MNH/PSD/96.2.REV.1 Geneva.

Other misc. formatting and style notes

All author identification should be restricted to the first title page (names, affiliations, acknowledgements).

Use of etc, i.e., e.g., vs. viz, and cf is restricted to WITHIN parentheses in the text. If not WITHIN parentheses, you must write out (etc. = and so forth; i.e. = that is; e.g. = for example; vs. = versus; viz. = namely; cf = compare).

Numbers that begin a sentence must always be written out. Numbers in the text that measure (age, distance, time) should be in numerical style; other numbers from zero through nine should be written out UNLESS other numbers in the paragraph are in numerical style. Numbers 10 and up can always be in numeric style unless they begin a sentence.

Use of footnotes is not permitted. If the footnoted material is needed, it should be incorporated into the text itself. Otherwise, delete.

ANEXO C – Questionário sobre traumas na infância (QUESI)

Idade: _____ anos.

Sexo: Masculino ()

Feminino ()

Assinale com um X cada frase, de acordo com as alternativas: nunca, poucas vezes, às vezes, muitas vezes, sempre.					
Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.					
2. Eu soube que havia alguém para me proteger e cuidar.					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo: “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.					
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
6. Eu tive que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado (a).					
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.					
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
16. Eu tive uma ótima infância.					
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.					
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.					
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.					
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22. Eu tive a melhor família do mundo.					
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
24. Alguém me molestou.					
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.					
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.					
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

Avaliação Sócio-Econômica

		Legenda
Número de automóveis ()	Número de banheiros na residência ()	0 - Não possui
Número de aparelhos de TV em cores ()	Você tem máquina de lavar/tanquinho? ()	1 - Um
Você tem freezer (ou geladeira duplex)? ()	Número de rádios ()	2 - Dois
Você tem geladeira? ()	Número de empregadas domésticas ()	3 - Três
Você tem videocassete ou DVD? ()	Quantos anos o chefe de família estudou? _____	4 - Quatro ou mais

ANEXO D - Normas para submissão de manuscritos à Educação & Sociedade

EDUCAÇÃO & SOCIEDADE (ES) destina-se à divulgação de trabalhos que incentivem a pesquisa acadêmica e o debate amplo sobre a educação nos diversos prismas de sua relação com a sociedade. Os trabalhos encaminhados para publicação devem ser **inéditos**, em meios impressos ou eletrônicos, não sendo permitida a sua apresentação simultânea para avaliação em outro periódico. A revista receberá para publicação artigos redigidos em português, espanhol, francês, inglês e alemão. Os artigos em inglês, francês e alemão, após a sua aprovação, serão traduzidos para o português e revistos pelos autores. Na publicação eletrônica, os textos estrangeiros, com exceção do espanhol, serão disponibilizados também em seus idiomas de origem.

Normas para apresentação de colaborações

Categorias de artigos - *Educação & Sociedade* publica textos de pesquisa e ensaio, compondo as diferentes seções do periódico: Artigos, Revisão & Síntese, Análise das Práticas Pedagógicas, Formação de Profissionais da Educação, Debates & Polêmicas, Imagens & Palavras (incluindo resenhas).

O processo de avaliação - Os originais serão submetidos à apreciação prévia do Comitê Editorial, que encaminhará aos pareceristas (no mínimo 03) aqueles que considerar adequados aos critérios editoriais da revista. Os pareceristas recomendarão a sua aceitação, recusa ou poderão sugerir reformulações. Neste caso, o artigo reformulado retornará aos pareceristas para avaliação final.

Com o sistema duplo-cego (*blind review*), os nomes dos pareceristas permanecerão em sigilo, omitindo-se também perante estes os nomes dos autores.

A política editorial da revista define as seguintes categorias para avaliação dos textos: conteúdo, forma, originalidade, relevância e atualidade.

Apresentação formal dos originais - Os originais deverão ser redigidos na ortografia oficial e digitados em processador de texto *Word for Windows*, em fonte Garamond, tamanho 12, espaço duplo, em folha formato A4. O volume de texto do artigo, incluindo resumos, notas e bibliografia, não deverá ultrapassar o limite de 44.000 caracteres (considerando os espaços). No preparo do original, deverá ser observada a seguinte estrutura:

- a) Título e subtítulo do artigo (até duas linhas);
- b) Resumo e palavras-chave: o resumo não deve ultrapassar 1.000 caracteres (considerando espaços) e as palavras-chave, que identificam o conteúdo do artigo, devem ser de no máximo cinco (05). Para a redação e estilo do resumo, observar as orientações da nbr-6028, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (abnt).
- c) Título em inglês, *abstract* e *key words*.
- d) Corpo do texto, ao longo do qual não deve haver identificação autoral;
- e) Referências bibliográficas - Devem obedecer a nbr-6023/2002, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (abnt), sendo ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. Nas referências bibliográficas de até três autores, todos poderão ser citados, separados por ponto e vírgula. Nas referências com mais de três autores, citar somente o primeiro autor, seguido da expressão **et al**. A exatidão das referências constantes na listagem e a correta citação de seus dados no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) dos trabalhos.

Alguns exemplos de referências bibliográficas

Livros (um autor)

FRIGOTTO, G. *Educação e a crise do capitalismo real*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

Livros (dois autores)

BABIN, P.; KOULOUMDJIAN, M. *Os novos modelos de compreender: a geração do audiovisual e do computador*. São Paulo: Paulinas, 1989.

Capítulos de livros

OLIVEIRA, F. Neoliberalismo à brasileira. In: GENTILI, P. (Org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1995. p. 29-34.

Artigos de periódicos (com mais de três autores)

PODSAKOFF, P.M. et al. Transformational leader behaviors and their effects on followers' trust in leader, satisfaction, and organizational citizenship behaviors. *Leadership Quarterly*, Greenwich, Conn., v. 1, n. 2, p. 107-142, 1990.

Teses

CARVALHO, W.L.P. *O ensino das ciências sob a perspectiva da criatividade: uma análise fenomenológica*. 1991. 302f. Tese (doutorado) - Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Artigo de periódico (formato eletrônico)

AQUINO, J.G.; MUSSI, M.C. As vicissitudes da formação docente em serviço: a proposta reflexiva em debate. *Educação & Pesquisa*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 211-227, jul. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 14 ago. 2002.

Livro em formato eletrônico

SÃO PAULO (Estado). *Entendendo o meio ambiente*. São Paulo, 1999. v. 1. Disponível em: <<http://www.bdt.org.br/sma/entendendo/atual/htm>>. Acesso em: 8 mar. 1999.

Artigo assinado (jornal)

DIMENSTEIN, G. Escola da vida. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 14 jul. 2002. Folha Campinas, p. 2.

Artigo não-assinado (jornal)

FUNGOS e chuva ameaçam livros históricos. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 5 jul. 2002. Cotidiano, p. 6.

Decretos, leis

BRASIL. Decreto n. 2.134, de 24 de janeiro de 1997. Regulamenta o art. 23 da Lei n. 8.159, de 8 de janeiro de 1991, que dispõe sobre a categoria dos documentos públicos sigilosos e o acesso a eles, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 18, p. 1435-1436, 27 jan. 1997. Seção 1.

Constituição federal

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

Relatório oficial

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Relatório 1999. Curitiba, 1979. (mimeogr.).

Gravação de vídeo

VILLA-LOBOS: o índio de casaca. Rio de Janeiro: Manchete Vídeo, 1987. 1 videocassete (120 min.): VHS, son., color.

Trabalho publicado em Anais de Congresso

PARO, V.H. Administração escolar e qualidade do ensino: o que os pais ou responsáveis têm a ver com isso? In: SIMPOSIO BRASILEIRO DE POLITICA E ADMINISTRAÇÃO DA EDUCAÇÃO, 18., 1997, Porto Alegre. *Anais...* Porto Alegre, EDIPUCRS, 1997. p. 303-314.

f) Notas: quando existirem, devem ser numeradas seqüencialmente e colocadas no final do artigo. Não é permitido o uso de notas bibliográficas. Para isso, deve-se utilizar as *citações no texto*: a identificação das referências no corpo do trabalho deve ser feita com a indicação do(s) nome(s) do(s) autor(es), ano de publicação e paginação. Ex: (Nunes, 1995, p. 225).

g) s e figuras - As s deverão ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que foram incluídas no texto e encabeçadas por seu título, evitando-se a não repetição dos mesmos dados em gráficos. Na montagem das s, recomenda-se seguir as "Normas de apresentação tabular", publicadas pelo ibge. *Tabelas* são identificados como s, seguindo uma única numeração em todo o texto. As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) serão consideradas *figuras*.

Recomenda-se ainda que estes elementos sejam produzidos em **preto e branco**, em tamanho máximo de **14 x 21 cm** (padrão da revista), apresentando, sempre que possível, qualidade de resolução (a partir de **200 dpis**) para sua reprodução direta.

Observações gerais: Serão fornecidos gratuitamente ao autor principal de cada artigo (05) cinco exemplares do fascículo em que seu trabalho foi publicado; em artigos de co-autoria, cada autor receberá (03) três exemplares; no caso de mais de três autores, cada um receberá (02) dois exemplares.

A revista não se obriga a devolver os originais das colaborações enviadas e informa que o conteúdo dos textos publicados é de inteira responsabilidade de seus autores, não refletindo necessariamente a opinião do Comitê Editorial.

Os trabalhos serão disponibilizados integralmente também em formato eletrônico, no *site* da *Scientific Electronic Library On Line* (scielo) (www.scielo.br/es), imediatamente após a sua publicação impressa.

Orientações para submissão de trabalhos:

A partir de 2008, *Educação & Sociedade* irá operar exclusivamente pelo Sistema scielo de Publicação, que utiliza o *Open Journal System* como suporte de gerenciamento eletrônico para publicação de periódicos científicos.

Dessa forma, o processo de captação e arbitragem dos artigos passará necessariamente por uma plataforma eletrônica, *on-line*, onde os autores poderão se cadastrar e submeter seus trabalhos para apreciação do Comitê Editorial, podendo, inclusive, acompanhar todo o processo de tramitação de seu texto.

Para se cadastrar no sistema, é necessário acessar o endereço abaixo e, depois, seguir as orientações para submissão de artigos à *Educação & Sociedade*.

<http://submission.scielo.br/index.php/es/login>

ANEXO E – Instrumento para coleta de dados junto aos professores

Escola: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Idade: _____	Formação: <input type="checkbox"/> Magistério <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Superior em andamento Indique o tempo de formado: _____
--	---	---

Há quanto tempo você leciona? _____.

1- Em sua opinião, o que é violência contra a criança? _____

2- Você se sente preparada para identificar os casos de crianças maltratadas pela família?
 Não Sim Algumas vezes

Por quê? _____

3- Você obteve informações a respeito da violência contra criança durante a sua formação (graduação; pós-graduação; palestras; cursos, etc)?
 Não Sim

Caso tenha respondido “sim”, onde recebeu e de quem? _____

4- Você sabe quais os sinais e sintomas apresentados por crianças que sofrem violência em casa?
 Não Sim

Caso tenha respondido “sim”, quais são? _____

5- Você se considera responsável em identificar e comunicar os casos de violência contra criança aos órgãos competentes?
 Não Sim Por quê? _____

Caso tenha respondido “sim”, onde fazer a comunicação? _____

6- Qual seria a sua atitude frente a suspeita ou confirmação de violência doméstica entre seus alunos?

7- Em sua classe ou escola, existe ou existiu alguma criança maltratada?
 Não Sim

Caso tenha respondido “sim”, quantos? _____

8- Dentre esses casos, existe ou existiu algum suspeito de abuso sexual?
 Não Sim

Caso tenha respondido “sim”, quantos? _____

9- Caso tenha respondido “sim” às questões 7 e/ou 8, você questionou a(s) criança(s) sobre a autoria do(s) crime(s)?
 Não Sim

Quem foi apontado por ela(s) como autor(es)? _____

ANEXO F - Normas para submissão de manuscritos à Revista Cadernos de Saúde Pública

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, nutrição, parasitologia, ecologia e controle de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento em saúde, ciências sociais aplicadas à saúde, dentre outras.

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções: **(1) Revisão** – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras); **(2) Artigos** – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras); **(3) Notas** – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras); **(4) Resenhas** – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras); **(5) Cartas** – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP ou nota curta, relatando observações de campo ou laboratório (máximo de 1.200 palavras); **(6) Debate** – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras); **(7) Fórum** – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). O limite de palavras inclui texto e referências bibliográficas (folha de rosto, resumos e ilustrações serão considerados à parte).

Apresentação do texto

Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês. O original deve ser apresentado em espaço duplo e submetidos em 1 via, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, com margens de 2,5cm. Deve ser enviado com uma página de rosto, onde constará título completo (no

idioma original e em inglês) e título corrido, nome(s) do(s) autor(es) e da(s) respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo apenas do autor responsável pela correspondência. Todos os artigos deverão ser encaminhados acompanhados de disquete ou CD contendo o arquivo do trabalho e indicação quanto ao programa e à versão utilizada (somente programas compatíveis com Windows). Notas de rodapé não serão aceitas. É imprescindível o envio de carta informando se o artigo está sendo encaminhado pela primeira vez ou sendo reapresentado à nossa secretaria.

No envio da segunda versão do artigo deverá ser encaminhada uma cópia impressa do mesmo, acompanhadas de disquete.

Colaboradores

Deverão ser especificadas, ao final do texto, quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Ilustrações

As figuras deverão ser enviadas em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. Os custos adicionais para publicação de figuras em cores serão de total responsabilidade dos autores.

É necessário o envio dos gráficos, separadamente, em arquivos no formato WMF (Windows Metafile) e no formato do programa em que foram gerados (SPSS, Excel, Harvard Graphics etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma e com nome de todas as variáveis. Também é necessário o envio de mapas no formato WMF, observando que os custos daqueles em cores serão de responsabilidade dos autores. Os mapas que não forem gerados em meio eletrônico devem ser encaminhados em papel branco (não utilizar papel vegetal). As fotografias serão impressas em preto-e-branco e os originais poderão ser igualmente em preto-e-branco ou coloridos, devendo ser enviados em papel fotográfico no formato 12x18cm.

O número de s e/ou figuras deverá ser mantido ao mínimo (máximo de cinco s e/ou figuras). Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse este limite.

Resumos

Com exceção das contribuições enviadas às seções *Resenha* ou *Cartas*, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. Os resumos não deverão exceder o limite de 180 palavras e deverão ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave.

Nomenclatura

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo). Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

Referências

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva ¹).

As referências citadas somente em s e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos

Artigos de periódicos

• Artigo padrão

Até 6 autores:

Barbosa FS, Pinto R, Souza OA. Control of schistosomiasis mansoni in a small north east Brazilian community. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1971; 65:206-13.

Mais de 6 autores:

DeJong RJ, Morgan JA, Paraense WL, Pointier JP, Amarista M, Ayeh-Kumi PF, et al. Evolutionary relationships and biogeography of *Biomphalaria* (Gastropoda: Planorbidae) with implications regarding its role as host of the human bloodfluke, *Schistosoma mansoni*. *Mol Biol Evol* 2001; 18:2225-39.

• Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 116:41-2.

• Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [Editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

• **Volume com suplemento**

Deane LM. Simian malaria in Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz 1992; 87 Suppl 3:1-20.

• **Fascículo com suplemento**

Lebrão ML, Jorge MHPM, Laurenti R. Hospital morbidity by lesions and poisonings. Rev Saúde Pública 1997; 31(4 Suppl):26-37.

• **Parte de um volume**

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann Clin Biochem 1995; 32(Pt 3):303-6.

• **Parte de um fascículo**

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994; 107(986 Pt 1):377-8.

Livros e outras monografias

• **Indivíduo como autor**

Barata RB. Malária e seu controle. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.

• **Editor ou organizador como autor**

Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

• **Instituição como autor e publicador**

Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid programme. Washington DC: Institute of Medicine; 1992.

• **Capítulo de livro**

Coelho PMZ. Resistência e suscetibilidade à infecção por *Schistosoma mansoni* em caramujos do gênero *Biomphalaria*. In: Barbosa FS, organizador. Tópicos em malacologia médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. p. 208-18.

• **Eventos (anais de conferências)**

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto; Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

• **Trabalho apresentado em evento**

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Coangress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

• **Dissertação e tese**

Escobar AL. Malária no sudoeste da Amazônia: uma meta-análise [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1994.

Outros trabalhos publicados

• **Artigo de jornal**

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil 2004; 31 jan.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996; 21 jun.

• **Documentos legais**

Decreto no. 1.205. Aprova a estrutura regimental do Ministério do Meio Ambiente e da Amazônia Legal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1995; 2 ago.

Material eletrônico**• CD-ROM**

La salud como derecho ciudadano [CD-ROM]. Memoria del VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.

• Internet

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 05/Fev/2004).

Cadernos de Saúde Pública

Rua Leopoldo Bulhões 1480

Rio de Janeiro RJ 21041-210 Brasil

cadernos@ensp.fiocruz.br

2007 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.